

Causes de l'incontinence urinaire

Transitoire	Chronique
<ul style="list-style-type: none">- fonctionnelles (alitement pour cause médicale, non repérage des toilettes)- infection urinaire- fécalome ;- confusion ;- iatrogénies (diurétiques, sédatifs, .).	<ul style="list-style-type: none">- Altération de la mobilité (Parkinson, hémiplégie, démence, arthrose, .)- mictions par regorgement- instabilité vésicale =- impériosité ;- incontinence «d'effort»- plusieurs mécanismes associés.



Incontinence fécale.

- Sans lésion périnéales :
 - diarrhée aiguë ou chronique (abus de laxatif),
 - constipation et obstruction rectale : **fécalome**, tumeur,
 - neurologique : démence, séquelles d.AVC, neuropathie (diabète), .
- Avec atteinte périnéales :
 - traumatique : séquelles de chirurgie ou obstétricale,
- Neurogène idiopathique (dénervation) : post-obstétrical, prolapsus.

Prise en charge de l'incontinence

- Rééducation dans la mesure du possible :
 - conduire le patient régulièrement aux toilettes,
 - à heures fixes (I.F. ++),
 - éviter les résidus post-mictionnels (sondages),
- Toilettes proches des patients, accessibles, pratiques.

TROUBLES SENSORIELS.

■ Le GOÛT.

■ Augmentation du seuil de détection des 4 saveurs :

■ "sucré < amer < acide < salé

■ caractère anorexigène des régimes sans sels.

■ De nombreuses maladies (tumeurs, Alzheimer, diabète, grippe, .) ou médicaments (ATB, AINS, anti-HTA,....) peuvent induire des dysgeusies (altérations du goût)

L'ODORAT.

- Diminution du seuil de perception des odeurs à partir de 20 ans chez l'homme et de 40 à 50 ans chez la femme.
- Anosmie totale chez 10 à 15 % des 80 ans et +.

- Conséquences :
 - danger : non perception des odeurs de gaz ou de brûlé.
- Diminution de la stimulation olfactive de l'appétit
baisse de l'appétit.



Le TOUCHER

■ Sensibilité superficielle :

- ↓ sensibilité tactile,
- ↓ habileté somesthésique (ensemble de différentes sensations (pression, chaleur, douleur ...))
- ↓ stéréognosie.

■ Sensibilité profonde (proprioceptive) ↓ avec l'âge.



L'OUÏE.

- Presbyacousie : ↓ de l'audition avec l'âge, à partir de 50 ans environ.
- Clinique :
 - le patient parle fort et fait souvent répéter,
 - Difficulté de compréhension des conversations en groupe,
 - Augmentation du volume de la télévision,
 - Impression « d'oreilles bouchées ».
- Conséquences :
 - réactions dépressives,
 - baisse des échanges, isolement relationnel et social,
- ↓ de la vigilance,
- .↓ des activités cérébrales et des fonctions cognitives

La VUE.

Vieillessement :

-  presbytie (défaut d'accommodation),
-  ↓ seuil visuel : il faut plus de lumière pour voir de la même façon,
-  ↓ du champ visuel
-  ↓ de la perception des couleurs



Le sommeil de la personne âgée

- Altération de la continuité du sommeil et du maintien de l'éveil (augmentation du nombre de réveils).
- Le sommeil diurne s'organise en siestes de + en + fréquentes et longues : "la durée totale du sommeil sur 24 heures ne varie pas avec l'âge, mais c'est sa répartition qui varie.
- Le sommeil nocturne est moins « réparateur »

Prise en charge

- Réduire le temps passé au lit.
- Heure fixe de lever.
- Exercice physique dans la journée (marche ++).
- Éviter alcool, tabac, café, . le soir.
- Siestes courtes.
- Médicaments :
 - Respect des contre-indications,
 - Demi-dose.
- Risque des hypnotiques : chutes, fractures, troubles cognitifs.



ÉTATS GRABATAIRES

L'immobilisation est toujours néfaste !

- Fréquent à domicile comme à l'hôpital.
- Limiter au maximum l'immobilisation et l'éviter si possible.
- La prévention des complications de décubitus et de la dépendance physique et psychique induites par l'immobilisation est un **objectif prioritaire** dans la prise en charge des malades âgés

Conséquences.

■ Cardio-vasculaires :

- Hypotension orthostatique,
- Désadaptation cardio-vasculaire,
- Complications veineuses thrombo-emboliques= phlébite → embolie pulmonaire.

■ Broncho-pulmonaires :

- Diminution de l'amplitude des mouvements pulmonaires "stase des sécrétions bronchiques
- Augmentation des infections broncho-pulmonaires (pneumopathies de déglutition +++).



Conséquences

■ **ESCARRES +++.**

■ **Digestives :**

- .Anorexie (gastrite, ulcère, constipation),
- .Constipation +++,

■ **Fécalome.**

■ **Urinaires :**

- .Infections urinaires (stase vésicale),
- .Rétentions aiguës d'urine,

■ **Incontinence (prise en charge inadaptée).**

Conséquences

■ Ostéo-articulaires:

- amyotrophie ++
- Enraidissement des articulations,
- Troubles moteurs (pertes des réflexes posturaux),
- Déminéralisation osseuse.

■ Psychologiques :

- Sentiment de proximité de la mort,
 - Désorientation temporo-spatiale,
 - Confusion, agitation, anxiété,
- Sd dépressif "refus ttt et alimentation- mort

Prévention des complications.

- Limiter autant que possible la durée de l'immobilisation.
 - Prévention des thromboses veineuses par des bas de contention et/ou HBPM en SC.
 - Apports nutritionnels et hydriques adaptés.
 - Lutte contre la constipation et préservation de la continence (pas de couche systématique)
 - **Prévention des escarres +++.**
 - Lutte contre les rétractions tendineuse et les positions vicieuses (mobilisation +++).
- Soutien psychologique et encouragements

- Les symptômes spécifiques de la personne âgée sont très variés.
- Ces symptômes constituent souvent une situation d'urgence en gériatrie en raison de l'état poly pathologique et fragile du malade âgé.
- Être systématique et vigilant.
 - **Être à l'écoute du patient :**
« Nous soignons des malades, pas des maladies ».