

Nouvelles des Congrès

par le Dr Thomas Orban, médecin généraliste, 1180 Uccle

NOUVELLES DES CONGRÈS

Semaine à l'étranger

Huelva, du 25 avril au 2 mai 2009

L'incontinence urinaire

Toute perte d'urine involontaire est une incontinence urinaire. Elle est fréquente puisqu'elle survient chez 20 % des femmes à domicile et 50 % des patients âgés institutionnalisés. Les langes ne sont ni LA solution, ni une fatalité.

L'incontinence de stress (d'effort) est une perte d'urine involontaire en cas d'effort important, de toux ou d'éternuement qui survient par la fermeture incomplète du sphincter interne. Elle survient surtout après la ménopause et après une prostatectomie radicale. Elle est améliorée par **la kinésithérapie de rééducation périnéale qui en est le premier traitement**. Les modifications comportementales sont très utiles :

- ne pas se retenir lorsque le besoin d'uriner se fait sentir;
- s'asseoir sur la toilette (évite la contraction des muscles abdominaux, ce conseil pour aussi curieux qu'il puisse paraître est surtout pour les femmes qui ne prennent pas le temps de s'asseoir correctement pour uriner);
- horaire mictionnel régulier;
- ne pas pousser en urinant;
- éviter la constipation.

La chirurgie par bandelettes sousurétrale n'est indiquée que pour les échecs de rééducation.

L'incontinence par impériosité (d'urgence) est consécutive à un besoin urgent et irrésistible d'uriner provoqué par une contraction du muscle de la vessie due à une vessie instable. Elle est accompagnée de pollakiurie (plus de 8 fois par jour) et de nycturie (plus d'une fois par nuit). Les causes en sont une vessie irritée (ménopause, prostate, infection, modification génétique, cystite interstitielle) ou un trouble neurologique (trauma médullaire, SEP, parkinson, AVC).

On proposera des **changements de comportements**: carnets mictionnels, limitation des apports et des boissons caféinées, rééducation de la vessie, miction postpo-

sée, horaire de miction régulier. Les **anti-muscariniques** sont le premier choix médicamenteux (ex.: oxybutinine).

Nous adresserons à l'urologue en cas d'échec du traitement primaire, d'hématurie, d'infections urinaires récidivantes, de prolapsus sévère, de suspicion de lésion neurologique et d'anomalie prostatique.

Recherchons les **pseudo-incontinences** par déficit de mobilité (le patient n'est mis à la toilette que deux fois par jour...). Les fistules vésico-vaginales sont un autre exemple de pseudo incontinence que l'on doit à l'augmentation de la fréquence des césariennes.

Il n'existe pas d'âge ou l'incontinence DOIT être acceptée!

D'après l'exposé « L'incontinence urinaire » du Dr. A. STEINIER, urologue, Cliniques Universitaires St-Luc à Bruxelles.

Évaluons la fragilité de nos patients âgés

En 2020 le nombre d'octogénaires aura doublé. Parmi eux, beaucoup seront dépendants, atteints de maladies et de diverses **incapacités**. Or le passage à la dépendance est précédé d'une période au cours de laquelle on peut repérer des indicateurs de **fragilité** du patient, (vulnérabilité accrue à des agressions, liée à une diminution des réserves physiologiques de plusieurs systèmes). Ces indicateurs nous permettent d'évaluer les risques de déclin fonctionnel, de syndrome gériatrique, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de décès. Plusieurs critères ou échelles existent (Fried, Speechley-Tinetti, Edmonton Frail scale, SHERPA et ISAR). Pensons au dépistage rapide de la vision, de l'audition, de la force des bras et des jambes, de la continence urinaire, de l'état nutritionnel et cognitif, de la dépression, des ADL et iADL, du domicile et du réseau social.

La situation d'une personne âgée est rendue complexe par son histoire, ses ressources, ses besoins structurels et de soins, son statut bio-psycho-sociale, ses incertitudes en terme de diagnostic et de résul-

tat clinique, ses problèmes de santé et l'instabilité fonctionnelle qui en résulte.

En résumé, la **fragilité** prédit l'évolution fonctionnelle à moyen et long terme et permet d'orienter le plan de soins. L'évaluation du niveau de **complexité** permet de déterminer les besoins multidisciplinaires.

D'après l'exposé « Fragilité: évaluation en pratique à domicile » du Pr C. SWINE, gériatre aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne à Yvoir.

L'urgence de la douleur testiculaire aiguë

Jusqu'à preuve du contraire, l'apparition brutale d'une douleur testiculaire est le signe d'une **torsion testiculaire**. On la rencontre chez les patients de 7 à 30 ans. La montre tourne, nous avons 6 heures pour sauver ce testicule! **La réalisation d'une échographie retarde le traitement chirurgical de 4 heures: oublions-la!**

Le patient doit être adressé de toute urgence à l'urologue qui réalisera d'emblée une exploration chirurgicale (15 minutes en salle d'opération). À l'examen clinique, le testicule gauche est toujours plus bas que le droit, s'il est tordu, il sera remonté.

Nous pouvons réaliser une **tigette urinaire** au cabinet à la recherche d'une prostatite qui est toujours associée à l'épididymite.

D'après l'atelier « Consultations quotidiennes en urologie » animé par le Dr A. STEINIER, urologue, Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles et par le Dr C. PIRE, généraliste à Neufchâteau.

Flash: gros testicule

L'augmentation de taille d'un testicule doit nous alerter. Pensons aux tumeurs.

- entre 15 et 35 ans: carcinome embryonnaire;
- de 35 à 50 ans: séminome;
- de 50 à 60 ans: peu de tumeurs testiculaires;
- au-delà de 60 ans: lymphome.

D'après l'atelier « Consultations quotidiennes en urologie » animé par le Dr A. STEINIER, urologue, Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles et par le Dr C. PIRE, généraliste à Neufchâteau.