



2e journée
de physiothérapie
gériatrique

La continence en pratique

La gériatrie c'est sexy,
Mais la périnéo aussi !

Emilie CERUTTI



Un petit cas clinique

Lors de l'un de vos après-midis lucratifs en EHPAD, alors que vous faisiez votre unique A/R dans le couloir avec Maurice, Brenda, l'aide-soignante qui est toujours dans vos pieds lors de chacune de vos visites vous informe que le Dr JESAITOUT vous a prescrit une nouvelle patiente à sa demande .

Il s'agit de Gisele, 89 ans qui a des fuites urinaires.

Le doc pense qu'à son âge on ne peut plus rien faire, mais elle a quand même insisté.

Vous êtes d'accord avec Dr JESAITOUT

Vous êtes d'accord avec BRENDA

Quelques chiffres

Incontinence urinaire

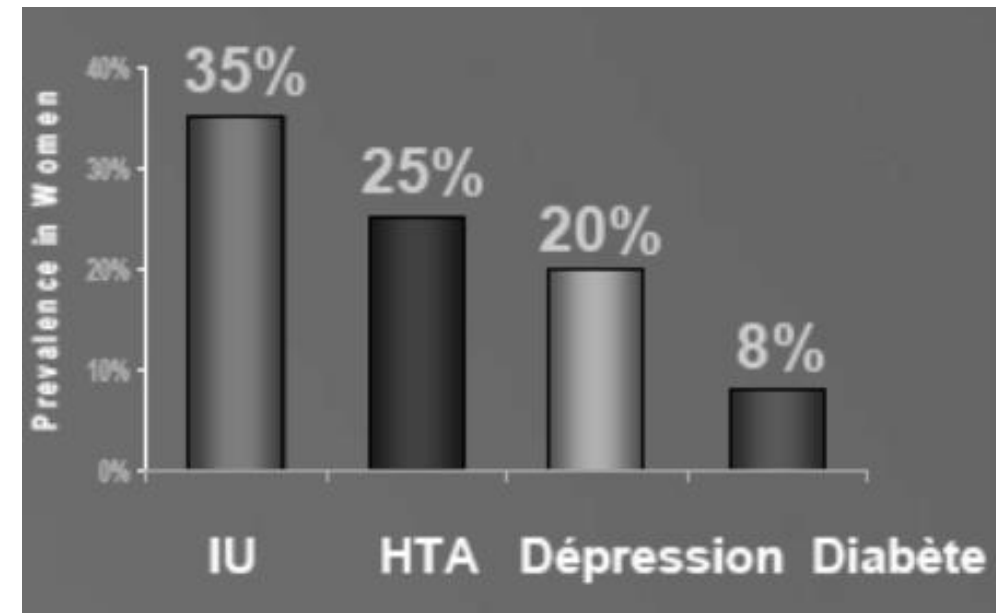
- 1/3 des F > 70 ans

Incontinence fécale & constipation

- 50% des résidents d'EPHAD

En cas de démence

- X 3 ou X 4



IU = Plus fréquente que les maladies chroniques les plus fréquentes (HTA)

Motive 50 à 80% des entrées

Et pourtant Conditions les plus négligées en établissement.

Un petit cas clinique

Gisèle a comme atcd:

- 5 accouchements voie basse,
- une chirurgie pour descente d'organe,
- 3 opérations de bandelettes pour les fuites urinaires,
- PTH bilat,
- gonarthrose invalidante bilatérale,
- un début de trouble cognitif.
- se déplaçait avant avec un déambu 3 roues.

Brenda vous explique que depuis son retour de gériatrie ou elle est restée un mois sans voir de kiné, -en plus de ne plus réussir à faire ses transferts seule- Gisele n'arrive plus à se retenir, et tout ça devient ingérable pour l'équipe soignante en sous-effectif qui passe sa journée à lui changer ses couches (TENA superabsorbantes®, avec lesquelles Gisele pourrait pourtant aller danser en toute discrétion)

Selon vous, de quoi souffre Gisèle ?

incontinence urinaire d'effort

incontinence par urgenturie

aucun des deux

L'Incontinence Urinaire

= perte involontaire d'urine par le méat urinaire

incontinence d'effort

- non précédée du besoin d'uriner, qui survient lors de conditions d'hyperpression abdominale

incontinence par urgenturie

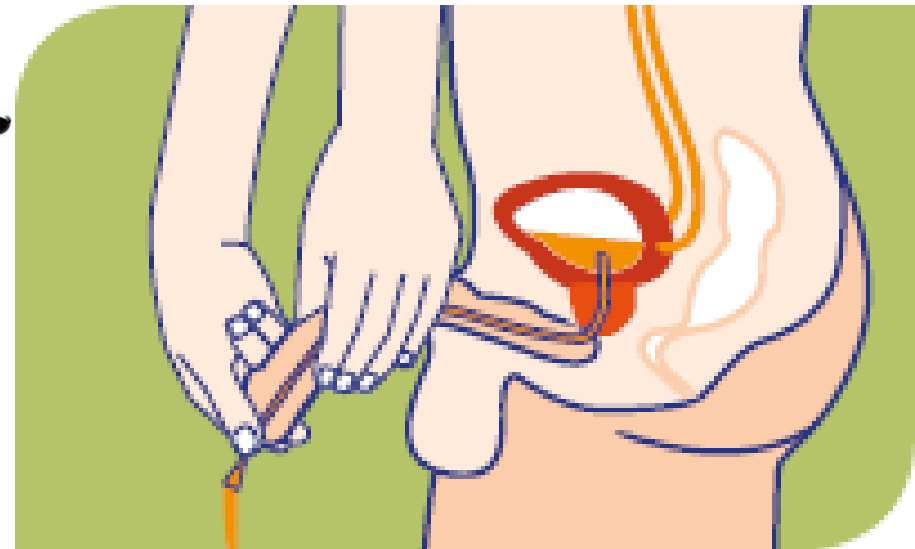
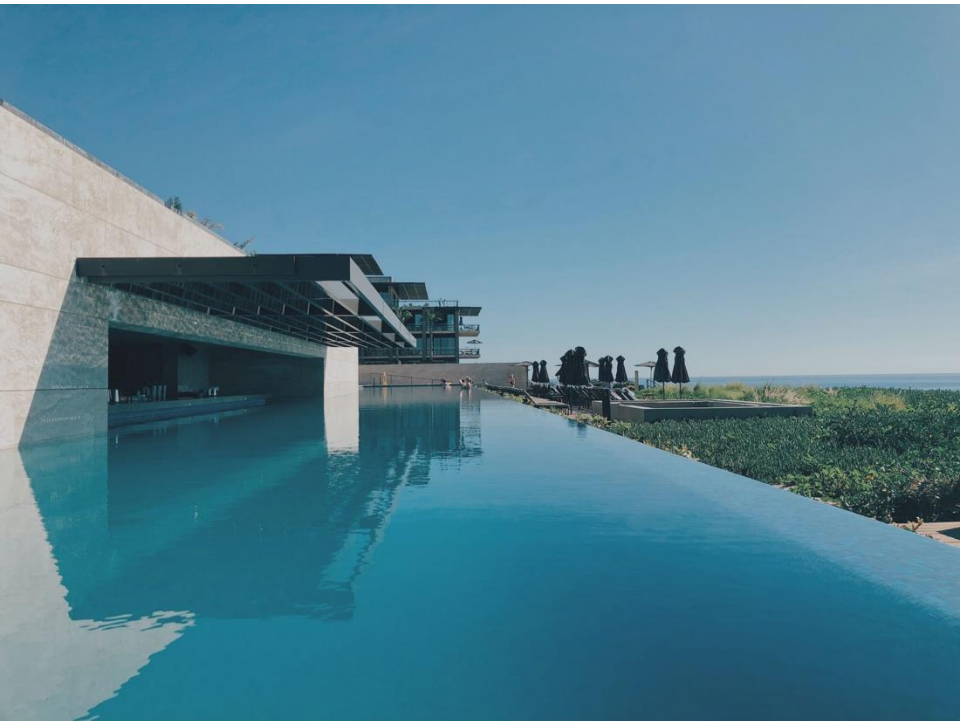
- qui survient lors d'une envie soudaine et irréprouvable d'uriner.
HAV
 - anatomique
 - neurologique
 - idiopathique

incontinence mixte

- mélange des deux, mais prédominance de l'un ou l'autre

L'incontinence par regorgement

Vessie rétentionniste du sujet âgé .



L'incontinence par regorgement

Changement structurel de la paroi vésicale ($t_c > m$)

Diminution des sensibilités vésicales

Majorée par la polymédication => Charge ach (atdp tricycliques, les antipsychotiques ou les ttt antiparkinsoniens)



L'incontinence fonctionnelle



- ✓ pas le tps d'aller au WC ou de se déshabiller (trb locomoteurs, visuels, pratiques)
- ✓ environnement inadapté
- ✓ immobilisation imposée (ou réponse insuffisamment rapide des soignants)

Un petit cas clinique

Maintenant que vous savez ça, quelles rééducation proposeriez vous à Gisèle ?

travail manuel interne

biofeedback

électrostimulation

techniques cognitivo-comportementales

activité physique

Autre

Prise en charge

Dépend du degré de dépendance de la PA

PEC globale

- Sensibiliser l'équipe
- PEC des facteurs favorisant (constipation +++++, bmi, ttt, ...)
- Optimisation de l'espace
- Rééducation globale de la PA : renfo, transfert

PEC spécifique

- Ostrogéno-thérapie locale
- Calendrier mictionnel / règles HD
- Seulement chez femme avec mms > 15, possible d'envisager une rééduc périnéale interne si mobilité OK

Si démence

- Orga de l'espace (emprunte, porte...)
- vêtements adaptés
- routine, heures fixes, après les repas +

Prise en charge

Dépend du degré de dépendance de la PA

PEC globale

- Sensibiliser l'équipe
- PEC des facteurs favorisant (constipation +++++, bmi, ttt, ...)
- Optimisation de l'espace
- Rééducation globale de la PA : renfo, transfert

PEC spécifique

- Ostrogéno-thérapie locale
- Calendrier mictionnel / règles HD
- Seulement chez femme avec mms > 15, possible d'envisager une rééduc périnéale interne si mobilité OK

Si démence

- Orga de l'espace (emprunte, porte...)
- vêtements adaptés
- routine, heures fixes, après les repas +

Les règles hygièno diététiques & le travail cognitivo-comportemental



Diminué de 58% -> 35% de la pollakiurie
-> 61% des urgenturies

Consommer 2 tasses de café favorise d'apparition de symptômes irritatifs



6/10X consommation d'alcool

Bière serait protecteur chez l'homme
?????? (pas chez la femme)



Gaz +++

Sucre +++ (edulcorants =)



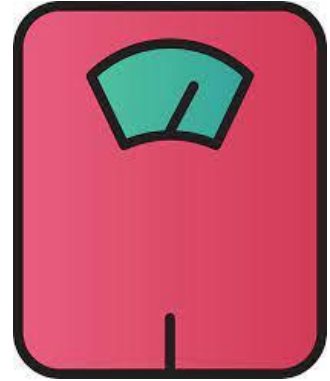
(> 8 fois / semaine)

(> 568ml/j)



- Diminuer la **quantité** n'a pas d'impact sur les symptômes de l'HAV

- **Réduction pondérale** de 5% améliore significativement les symptômes



- **Constipation** multiplie X2 à 4 les symptômes d'HAV



- **Activité physique** protectrice et bénéfique (30mn / jour diminue la nycturie)



La reprogrammation mictionnelle

Ou "entraînement vésical »



- Basée sur le calendrier mictionnel
- Objectif :
 - Espacer progressivement les mictions => occupation mentale
 - Objectifs courts et réalisables
 - Nécessite la maîtrise du reflexe de 3 mahony (donc un périnée compétent) : contraction suffisamment longue (12sc) diminue les contractions détrusoriennes



Prise en charge

JAMA Internal Medicine | **Original Investigation**

Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urinary Incontinence in Older Women **A Randomized Clinical Trial**

Chantale Dumoulin, PhD; Mélanie Morin, PhD; Coraline Danieli, PhD; Licia Cacciari, PhD;
Marie-Hélène Mayrand, MD, PhD; Michel Tousignant, PhD; Michal Abrahamowicz, PhD; for the Urinary Incontinence and Aging Study Group

362 femmes âgées souffrant d'IU
réduction des épisodes
d'incontinence après un an était de
70 % pour les participantes du
traitement individuel de
physiothérapie des muscles du
plancher pelvien contre 74 % pour
les femmes de l'intervention en
groupe.

Prise en charge

Dépend du degré de dépendance de la PA



Q SIGN IN / JOIN ICS

ICS 2023 > Programme > S27 > Abstract 227

An exergame combining strength, balance and cognitive training with pelvic floor muscle exercises to treat older women with urgency urinary incontinence: a pre-post pilot study

Mont-Briant S¹, Guimarães V², de Bruin E³, de Jong J⁴, Swinnen N⁵, Thalmann M³, Dumoulin C¹

- amélioration d'environ 68 % de IIU ce qui constitue une différence cliniquement importante compte tenu du seuil de 50 % pour la différence minimale cliniquement importante (DMI).

- Amélioration QdV

- amélioration statistiquement significative des fonctions cognitives et physiques.

URE 1



A: The setup used in the study, including the computer, foot sensors and a vaginal sensor. B: Overview of the exergame mini games.



Prise en charge

Dépend du degré de dépendar

Programme en ligne d'entraînement des muscles du plancher pelvien en groupe pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes âgées : une étude pilote à méthode mixte


Recrutement terminé

Chercheuses : Mélanie Le Berre, candidate au doctorat, Chantale Dumoulin, Ph. D.

Sources de financement : Clinical Research Grant, Réseau québécois de recherche sur le vieillissement

Article

Group-Based Pelvic Floor Telerehabilitation to Treat Urinary Incontinence in Older Women: A Feasibility Study


Mélanie Le Berre ^{1,2,*} , Johanne Filiatrault ^{1,2}, Barbara Reichetzer ^{3,4,5} and Chantale Dumoulin ^{1,2,*}

Research Protocol

Feasibility, acceptability and effects of a group pelvic floor muscle telerehabilitation program to treat urinary incontinence in older women

Mélanie Le Berre ^{1,2} , Johanne Filiatrault ^{1,2}, Barbara Reichetzer ^{3,4,5} and Chantale Dumoulin ^{1,2}

DIGITAL
HEALTH 

Digital Health
Volume 8: 1–13
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/20552076221123720
journals.sagepub.com/home/dhj


Acceptability of Group-Based Telerehabilitation Pelvic Floor Muscle Training Program in Older Women with Urinary Incontinence: A Qualitative Study

Le Berre M¹, Filiatrault J¹, Reichetzer B², Kairy D³, Lachance C⁴, Dumoulin C⁵

Rencontres individuelles

Même bénéfiques qu'en présentiel, aussi bien sur l'IU que sur QdV et 'effet groupe' »

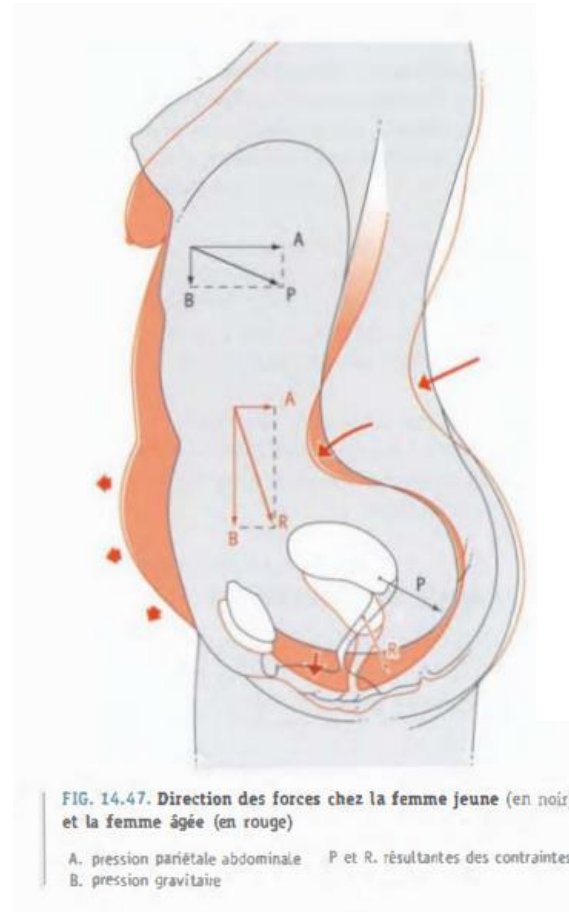
Prise en charge

Travail respiratoire (expi +++)

mobilité

Mise en jeux des reflèxes posturaux

Dépend du degré de dépendance de la PA



THE CORE



Un petit cas clinique

Le médecin voudrait d'ailleurs que vous ameniez Gisele dans votre balnéothérapie pour son arthrose

pas possible : l'incontinence est une contre-indication à la balnéo

Ok, je comptais bientôt changer l'eau.



Un petit cas clinique

Vous avez mis en place tout ce qui était possible à votre niveau mais Gisèle a toujours des épisodes d'incontinence majorées par la présence de fécalome. Dr JESAISTOUT, impressionné de vos connaissances sur le sujet de l'incontinence sollicite votre avis.

là encore, je ne suis pas formée, je ne peux rien faire

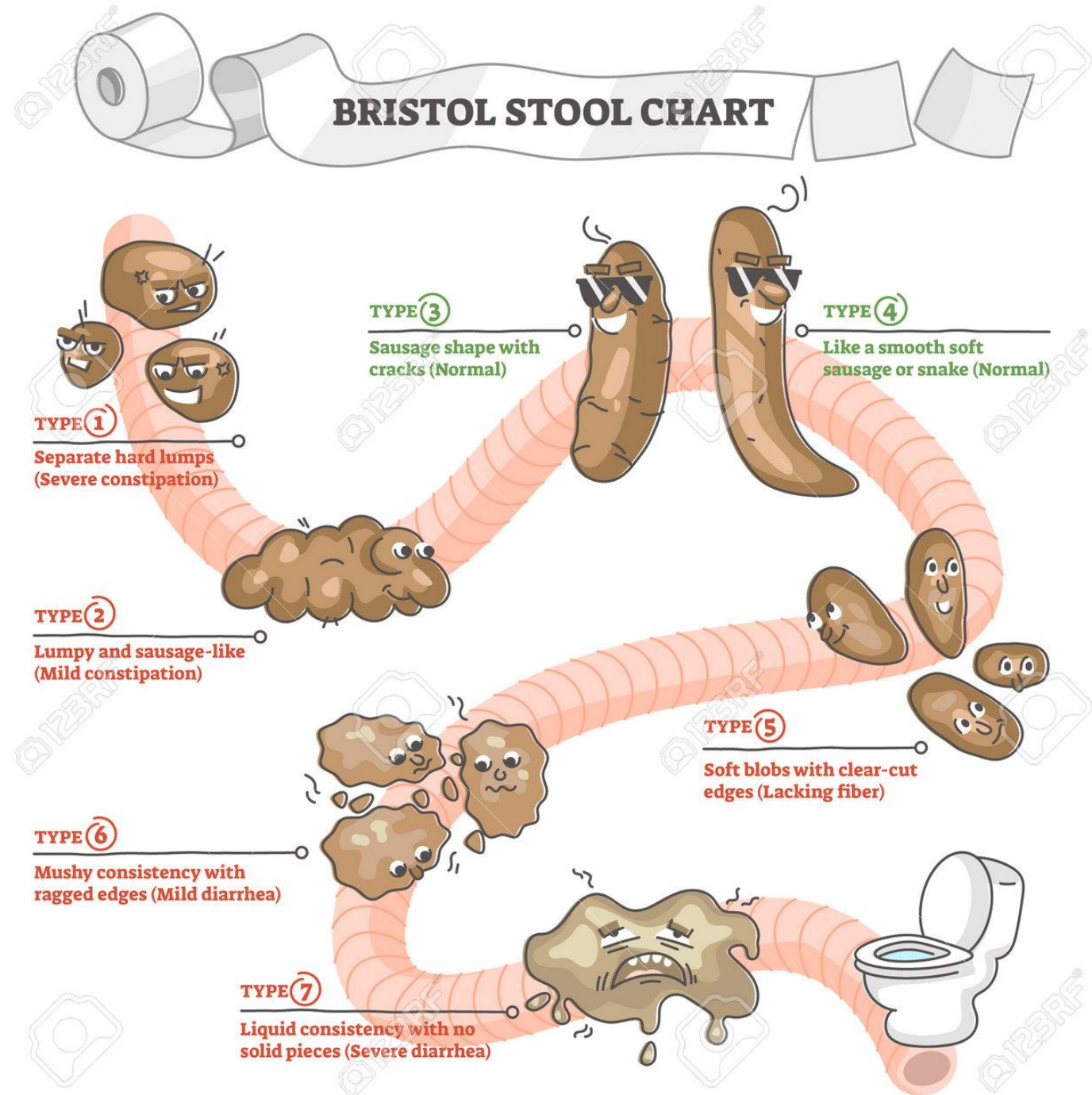
les laxatifs c'est la vie

mince si elle pose la question c'est qu'on doit pouvoir faire quelque chose, mais je ne sais pas quoi

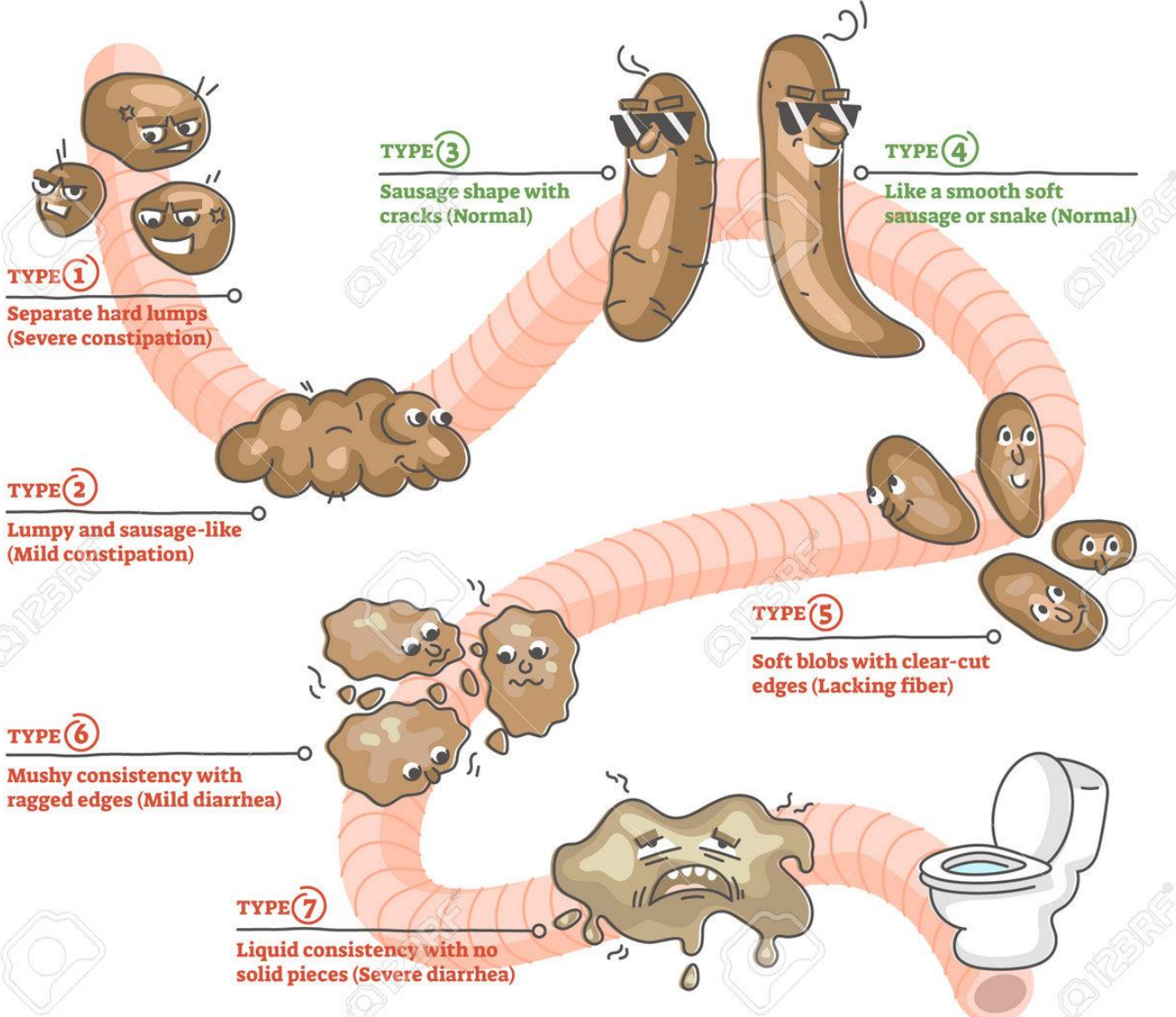
Un petit cas clinique

Brenda vous informe qu'elle ne
est constipée, puisqu'elle retrou
liquides dans la protection de G
ses laxatifs dans ces moments l

- Elle
- Elle souffre pl
-



BRISTOL STOOL CHART



Incontinence fécale

= perte involontaire de selles ou de gaz par l'anus

2 à 20% pop générale

50% sujets institutionnalisés

**Toute incontinence est avant tout une
constipation !**



constipation

- Critères de Rome IV
 - Au moins 2 critères présents depuis 6 mois :



fewer than 3 stools a week



lumpy or hard stools



bowel doesn't empty completely



straining



feeling blockage in rectum

+ Manœuvres digitales > 25% du temps



painful bowel movement



abdominal pain

=> Si fréquent, Syndrome de l'intestin irritable

+/-défaut de
poussée
abdominale



constipation



De transit

Terminale

= dyschésie

Défaut de motricité
colique ou
mégadolichocolon

Anale
Asynchronisme
ano rectal

Rectale
mégarectum



Physiopathologie / constip. fonctionnelle

Constipation de transit



Constipation terminale



Les règles hygiéno diététiques / constip

Normaliser la qualité des selles:

- Hydratation (boire + ?) => riche minéraux – OE
- Apport fibres
- laxatifs

Pratique AP

Reflexe gastro colique

Donat 1 060 mg/l
Rozana 160 mg/l
Hépar 119 mg/l
Quézac 95 mg/l
Badoit 85 mg/l
Contrex 84 mg/l

Tableau III. Aliments les plus riches en fibres

Pour 100 g d'aliment

Céréales All Bran : 27,0 g
Noix de coco séchée : 23,5 g
Noix de coco fraîche : 13,6 g
Levure alimentaire : 22 g
Haricot blanc cru, sec : 21 g
Figue sèche : 18,5 g
Pruneau sec 16 g
Fruit de la passion : 15,9 g
Farine de seigle : 15,3 g
Amande : 15 g
Lentille crue sèche : 11,7 g
Farine de soja : 11,6 g
Sésame : 11 g
Farine de blé complet : 9 g
Pain complet : 8,5 g
Datte sèche : 8,7 g
Cacahuètes : 8,4 g
Raifort râpé : 8,3 g
Groseille : 8,2 g
Cassis : 8 g
Blé soufflé : 8 g
Haricot blanc cuit : 8 g
Flocon d'avoine : 7 g
Châtaigne : 6,8 g
Petit pois cuit : 6,1 g

Type de laxatif			Mécanisme d'action	Randomisées ayant montré une efficacité
Laxatifs de lest	Fibres insolubles	Son de blé	Augmentation du contenu en eau dans le grêle, Accélération du transit intestinal et colique Augmentation du nombre de selles	OUI
	Fibres solubles	Psyllium, gommés, mucilages	Augmentation du contenu en eau dans le grêle et le côlon, Augmentation du poids des selles et leur fréquence	OUI
Laxatifs osmotiques	Sucrés	Lactulose, lactitol, sorbitol...	Sucres non absorbés, agissant par leur pouvoir osmotique	OUI
	Salés	Macrogols	PEG non absorbé agissant par son pouvoir osmotique	OUI
Laxatifs lubrifiants	Huile de paraffine		Agent lubrifiant	NON OUI en association avec lactulose
Laxatifs stimulants	Bisacodyl		Prodrogue métabolisée par le microbiote Stimule la motricité	OUI
	Anthraquinone, sennosides		Prodrogue métabolisée par le microbiote Stimule la motricité	NON
	Prucalopride		Agoniste 5-HT4 Stimule la motricité	OUI
	Pyridostigmine		Inhibiteur de l'acétylcholine estérase Stimule la motricité	NON
Autres	Linacotide		Agoniste de la guanylate cyclase Effet sécrétoire dans le côlon	OUI
Lavements			Favorise évacuation rectale	NON
Suppositoires	Glycérine		Favorise évacuation rectale	NON
	Glycérine + CO2		Favorise évacuation rectale	OUI

ches en fibres



Caféine

- L'effet laxatif du café par augmentation de la motricité colique, ?
 - Conso excessive chez le constipé ?
- On peut recommander une utilisation sans excès de caféine.



Alcool et Tabac

- Alcool :
 - Neurotoxicité directe liée à l'inflammation colique majeure l'accélération du transit
- Tabac:
 - Accélération du transit et du remplissage recto sigmoïdien
- **NON RECOMMANDABLE**

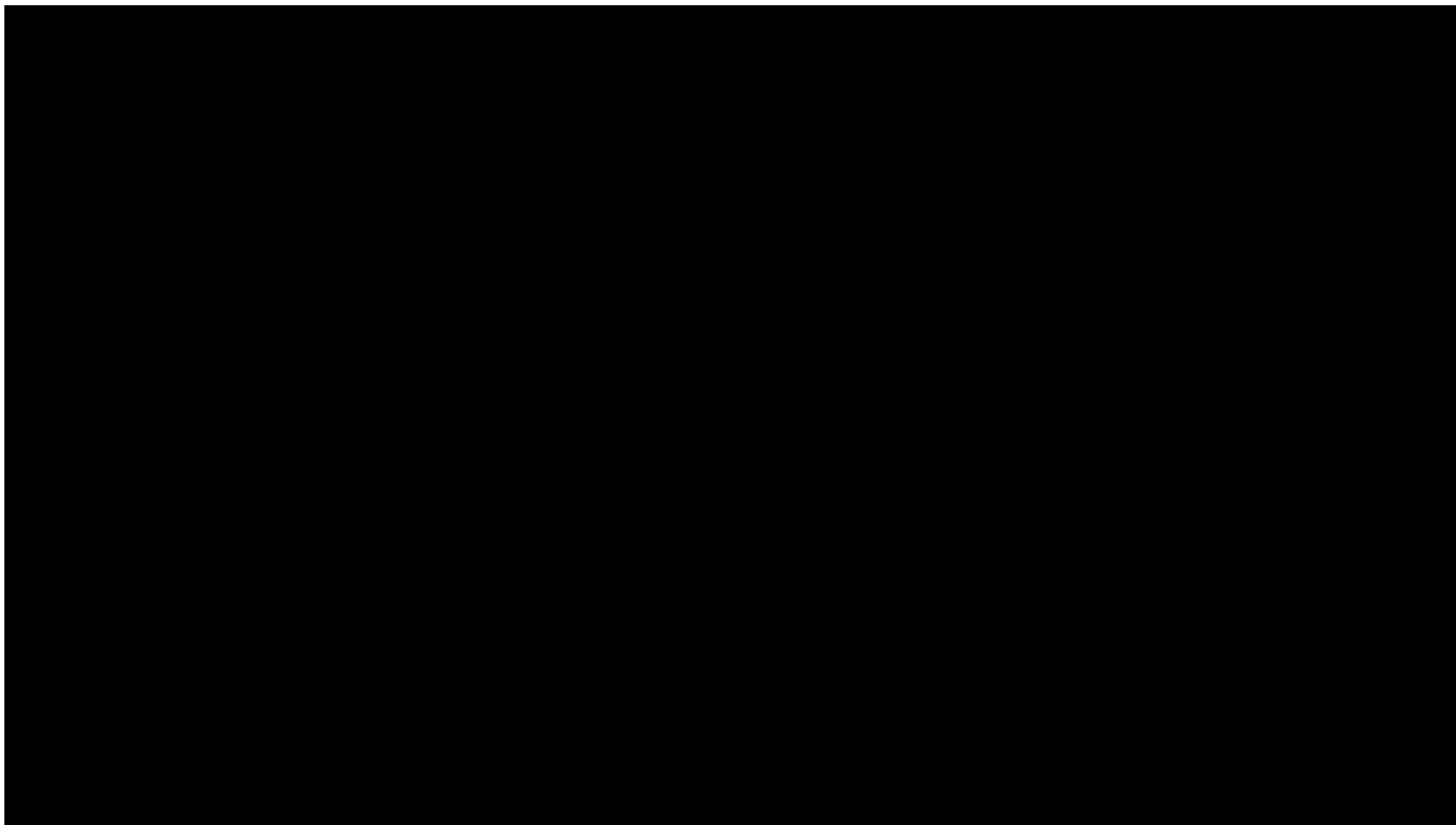


Caféine + nicotine ?



- L'effet laxatif du café par augmentation de la motricité colique, ?
 - Conso excessive chez le constipé ?
- Le tabac
- Post prandial
- Conditionnement!

Quid de la position ?



Poussée défécatoire

Poussée idéale STARTER

Inspiration abdominale,

Contraction des abdominaux en

rentrant le nombril

Poussée vers le bas et l'arrière en

Gardant le ventre rentré



Les règles hygiéno dietétiques / incontinence fécale

Améliorer la consistance des selles !

Conserver l'apport hydrique

Éviter les excitants, riches en minéraux et vin

Éviter le froid

Par petite quantité

Plutôt des bouillons ou boisson sucrées



Les règles hygiéno dietétiques / incontinence fécale

Améliorer la consistance des selles !

La consommation ou l'adjonction de fibres alimentaires ou de mucilages est recommandée quand selles sont molles ou liquides

- Non nécessaire si selles < Bristol 4

Probiotiques ?

- fréquemment prescrits (Lactobacilles), peu de preuves



Les règles hygiéno diététiques / incontinence fécale

Améliorer la consistance des selles !

Féculents et céréales non complètes à chaque repas

- Carottes cuites, betteraves, courgettes (épépinées et épluchées), tapioca, riz
- Eau du riz
- Bananes écrasée,
- Poires
- Coings
- Matières grasses crues plutôt que cuites
- Pomme crue épluchée et râpée (pectine)



Les règles hygiéno diététiques / incontinence fécale

A EVITER

Lait

Céréales riches en fibres

Crucifères

les légumes et fruits crus

Les fruits secs et oléagineux

Les irritants (plats épicés, poivre, cornichon, vinaigre, alcool, tabac....

produits « sans sucres » qui contiennent des excitants pouvant être laxatifs



Et la balnéo et l'incontinence fécale ?



Tampons anaux





2e journée
de physiothérapie
gériatrique

Merci de votre attention

Emilie CERUTTI



Little biblio

- Amarenco, G., Gamé, X., Petit, A. C., Fattou, B., Jeandel, C., Robain, G., Scheiber-Nogueira, C., Vetel, J. M., Mares, P., & Groupe de recherche appliquée à la pathologie pelvi-périnéale de la personne âgée (GRAPPPA) (2014). Recommandations concernant l'incontinence urinaire de la personne âgée : construction et validation de l'algorithme décisionnel GRAPPPA [Guidelines concerning urinary incontinence in elderly: construction and validation of GRAPPPA algorithm]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 24(4), 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2013.11.016>
- Meyer P. (2017). Algorithmes et incontinence urinaire des séniors : évaluations, traitements, recommandations et niveaux de preuve. Revue de la littérature [Algorithms and urinary incontinence in the elderly. Assessment, treatment, recommendations and levels of evidence. Review]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 27(3), 111–145. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2017.01.004>
- Klausner, A. P., & Vapnek, J. M. (2003). Urinary incontinence in the geriatric population. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 70(1), 54–61.
- Medical Advisory Secretariat (2008). Behavioural interventions for urinary incontinence in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series*, 8(3), 1–52.
- Stenzelius, K., Molander, U., Odeberg, J., Hammarström, M., Franzen, K., Midlöv, P., Samuelsson, E., & Andersson, G. (2015). The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age and ageing*, 44(5), 736–744. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv070>
- Mueller, E. A., & Kirch, W. (2015). Gesundheitsversorgung bei Harninkontinenz im Alter [Health care of geriatric patients with urinary incontinence]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 140(7), 519–522. <https://doi.org/10.1055/s-0041-101240>
- van Houten P. (2015). Urine-incontinentie bij ouderen is te behandelen [Urinary incontinence in the elderly can be treated]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 159, A9692.
- ANSES, 2020, Sécurité des couches pour incontinence
- OMEDIT Haute Normandie, 2013, Proposition de protocole de prise en charge de la constipation chez le sujet âgé Toully, 2021, La constipation du sujet âgé et sa prise en institution
- Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 2007, Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Beaujot S., 2004, La prise en charge de l'incontinence urinaire en EHPAD