

Problèmes urinaires du senior

Les problèmes urinaires, quand ils existent, conditionnent souvent l'avenir social et même l'autonomie du senior. Pourtant, considérer la prostate ou les outrages du temps comme seuls responsables est une solution de facilité. L'élimination urinaire n'est pas le simple résultat d'une vidange de réservoir ; elle mérite vraiment qu'on s'en occupe !

Même si leur fréquence a tendance à augmenter avec l'âge, les problèmes rencontrés ne sont pourtant ni inéluctables, ni irréversibles dans la majorité des cas.



Les types de troubles urinaires

La dysurie : faire des efforts pour uriner. Ce symptôme s'installe progressivement, on ne le remarque pas forcément si on ne s'interroge pas. Souvent d'ailleurs, c'est l'entourage qui soulève le problème. Rappelons qu'une miction (le fait d'uriner) normale est immédiate, facile et complète. La dysurie correspond à des mictions interminables, un jet diminué et parfois une « dernière goutte » longue à venir. La nécessité de pousser aboutit parfois à adopter une position assise et peut même dans certains cas provoquer essoufflement ou angine de poitrine.

Pollakiurie : avoir envie, souvent et ne faire qu'en petite ou moyenne quantité. On peut accepter comme normales 4 à 5 mictions dans la journée et une la nuit jusqu'à 60 ans, chez un homme sans troubles du sommeil (insomnies). Après on accepte un lever nocturne supplémentaire par décennie (2 à 70 ans, 3 à 80 ans, etc.). Bien que pouvant apparaître de façon isolée, la pollakiurie s'accompagne fréquemment de dysurie.

Les douleurs : Elles doivent toujours attirer l'attention. **Pesanteur au dessus du pubis, brûlures mictionnelles.**

L'instabilité vésicale : c'est « l'urgence mictionnelle ». La vessie se contracte de façon involontaire, entraînant soit des fuites imprévisibles, soit des envies contrôlées mais impérieuses et nombreuses, surtout la nuit.

L'incontinence d'effort : les pertes d'urines sont dues à une faiblesse des sphincters (muscles d'ouverture et fermeture de la vessie) et surviennent au cours d'efforts provoquant une pression dans le bas ventre, comme lors de l'éternuement, de la toux, du rire, du sport. Rare chez l'homme, elle fait généralement suite à l'ablation chirurgicale de la prostate.

La miction par regorgement : Se traduit par la vidange périodique de la vessie, involontaire et sans besoin. La vessie ne se contracte plus, ou un obstacle (une grosse prostate par exemple) empêche l'écoulement urinaire normal. De ce fait, l'urine « déborde » quand la vessie est trop pleine. Parfois aussi, l'incontinence résulte d'un handicap physique (on ne peut plus arriver seul ou à temps aux toilettes), mental (démence), ou fait suite à la prise de certains médicaments (diurétiques, somnifères, relaxants musculaires, etc.). Le blocage, la rétention aiguë d'urine fait partie des urgences thérapeutiques : il n'est plus possible d'uriner, la vessie devient énorme et l'envie aussi. La douleur est tellement intense qu'elle peut faire atteindre un état d'agitation extrême. Le soulagement sera immédiat dès le drainage, par sonde urinaire ou ponction directe. Attention toutefois, la vidange doit se faire de façon progressive pour éviter tout malaise de type vagal : hypotension artérielle, nausées, étourdissements, sueurs...



Finalement, si anatomiquement l'appareil urinaire est relativement simple, son fonctionnement est d'une grande complexité. Ne pas perdre de vue cette notion permettra peut-être de ne plus se contenter d'explications hâtives et simplistes. **Faire un diagnostic précis permet de proposer la meilleure solution :** n'oublions pas que l'on parle ici de qualité de vie.

Que faut-il faire ?

Des symptômes urinaires doivent toujours faire consulter. Le médecin recherchera d'abord les causes facilement identifiables, très souvent aiguës et transitoires, pour peu qu'elles soient diagnostiquées et traitées. La toute première chose que le médecin fera après avoir reconstitué avec vous l'historique des troubles, sera de voir si la prostate est devenue un obstacle ou non à l'évacuation. Le toucher rectal est donc indispensable. Parfois une échographie (endorectale ou non) et d'autres tests comme la débitmétrie (mesure de la puissance du jet urinaire) ou l'urographie intraveineuse (évaluation radiologique de l'ensemble de l'appareil urinaire, des reins à l'urètre) seront nécessaires.

Quels sont les traitements ?

Ils seront proposés par votre médecin en accord avec votre urologue. Quand la prostate est en cause, des traitements médicamenteux bien adaptés sont relativement efficaces. La chirurgie ne sera envisagée que lors de gênes importantes, ou de la présence d'une tumeur cancéreuse. Si l'incontinence d'effort survient parfois après l'ablation de la prostate, le fait qu'elle dure plus de 6 mois après l'intervention doit faire reconsulter. Les progrès dans les techniques opératoires ont considérablement diminué ce type de risques. Quand il y a une instabilité vésicale, certains exercices de rééducation, l'instauration d'un rythme mictionnel et d'un traitement médicamenteux bien choisi ont régulièrement des résultats très satisfaisants.