

**Apprendre à mieux soigner les personnes âgées**  
**C'est apprendre à mieux soigner l'ensemble des patients**

**Le 107<sup>ème</sup> congrès d'urologie est l'occasion de présenter les travaux du nouveau groupe transdisciplinaire qui réunit gériatres et urologues.**

Les personnes âgées sont particulièrement **exposées au développement de pathologies urologiques** (incontinence urinaire, pathologies de la prostate, chez l'homme, cancers, (lire p. 3) ; ces pathologies urologiques peuvent retentir de manière importante sur leur qualité de vie et leur autonomie. Mais **le vieillissement ne s'exprime pas de la même façon chez tous les individus, et l'âge chronologique ne dit pas grand-chose de l'état de chacun: la prise en charge de la personne âgée doit donc toujours être personnalisée, et intégrer données médicales, mais aussi environnementales, familiales.** Et plus que pour tout autre patient, il faut veiller à ce que les soins dispensés – médicaments, interventions chirurgicales, gestes invasifs, comme la pose de sondes urinaires – ne mette pas en péril l'équilibre physique, psychologique, social de la personne, souvent fragile.

**Afin d'améliorer tous les aspects de la prise de la personne âgée, les urologues de l'AFU se sont rapprochés de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie dans un intergroupe « gériatrie »** qui présentera ses premiers travaux lors d'un forum d'exercice professionnel, organisé par le Pr Pierre Mongiat-Artus et le Dr Benoît Vignes, du 107<sup>ème</sup> congrès le samedi 23 novembre à 9h35, salle 351.

**Samedi 23 novembre, 9h35, salle 351 : *Qu'est-ce que les gériatres peuvent vous apporter dans la gestion de vos patients âgés ?*** Une session modérée par le Pr Pierre Mongiat-Artus (urologue, Paris), le Pr Elena Paillaud (gériatre, Créteil), et le Dr Xavier Rébillard (Urologue, Montpellier)  
Avec notamment un point sur :

- L'évaluation gériatrique ( Dr Gilles Albrand – gériatre Lyon)
- Le syndrome confusionnel post-opératoire (Dr Guillaume Legrand – urologue Paris)

## 1. Pourquoi s'intéresser à la gériatrie ?

La population âgée augmente du fait de l'allongement de l'espérance de vie - on estime qu'entre 2000 et 2050, la population mondiale gagnera 10 ans de vie. Et la part des individus de plus de 65 ans devrait représenter 25 % de la population totale en Europe, en 2025.

Le vieillissement de la population s'accompagne du développement de certains troubles ou pathologies de la sphère urologique – problèmes urinaires, incontinence ou rétention, cancers.

### 1.1. Le vieillissement de l'appareil urinaire :

Le vieillissement des tissus et du système nerveux est un facteur d'entrée dans l'incontinence :

- Lorsque l'on vieillit, les fibres musculaires lisses se raréfient au profit des fibres grasses, et des fibres de collagènes prolifèrent au niveau de la paroi vésicale, **entraînant perte d'élasticité de la vessie et perte de contractilité.**
- La **perte de tonus musculaire retentit aussi sur les sphincters lisse et strié ainsi que sur le périnée – sur ce dernier point, les femmes sont plus touchées pour des raisons anatomiques et du fait des carences oestrogéniques liées à la ménopause.**
- **Le muscle de la vessie se dénerve** : le nombre des récepteurs sympathiques (qui contribuent au relâchement du muscle de la vessie) diminue d'où un déséquilibre favorable aux récepteurs parasympathiques (qui participent de contraction du muscle) – à l'origine d'envie pressantes. Par ailleurs, les récepteurs qui contrôlent le remplissage sont moins nombreux et ils fonctionnent moins bien.
- Le vieillissement affecte aussi **les rythmes physiologiques calés sur le jour et la nuit (rythmes nyctéméraux)**, notamment la sécrétion de l'hormone antidiurétique (vasopressine) qui ne joue plus bien son rôle d'espacement des mictions la nuit.

**Plus l'âge avance, plus la continence est menacée**, chez l'homme et la femme, même si celle-ci est souvent concernée pour des raisons morphologiques (poids de l'appareil génital sur les muscles périnéaux). **On estime ainsi que les fuites d'urine ou l'incontinence concernent plus de 2,6 millions de personnes de plus de 65 ans, en France. L'incontinence pèse sur l'autonomie de l'individu (crainte de sortir), comme la perte d'autonomie pèse sur la continence (difficulté à se déplacer, problèmes neurocognitifs, démences). Ainsi 50 à 80 % des plus de 70 ans résidant en Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont incontinents, contre 20 à 30 % de ceux qui demeurent à leur domicile.**

**Outre le problème d'incontinence, le vieillissement peut être à l'origine de rétentions urinaires dues**

- **à un obstacle : notamment, chez les hommes présentant une hypertrophie bénigne de la prostate ;**
- **à un défaut de contractilité de la vessie (dénervation, médicaments) ;**
- **à une vessie instable (déséquilibre vésico-sphinctérien).**

L'ensemble de ces troubles (incontinence et rétention urinaire) nécessite parfois le recours à la pose de sondes urinaires, facteurs d'infection, voire de dégradation de l'autonomie. Le juste encadrement de la pose des sondes est donc un élément important de la prise en charge de la personne âgée, d'où le travail commun de l'AFU et de la SFGG sur ce sujet.

### **1.2. L'augmentation de la prévalence du cancer :**

Avec l'âge, le risque de développer un cancer augmente.

**Les cancers de plus de 60 ans représentent 50 % de l'ensemble des cancers et 70 % de la mortalité.**

A chaque étape de la prise en charge, il est nécessaire de peser la pertinence des soins :

- **Un traitement lourd, contraignant, présentant des effets indésirables est-il pertinent à l'âge du patient ?**
- **Une hospitalisation ne risque-t-elle pas d'affecter l'état général**
- **Comment organiser la prise en charge au domicile, facteur de maintien de l'équilibre de la personne ?**

A ces questions, il n'existe aucune réponse toute faite car :

- **Les personnes âgées forment une population très hétérogène en termes de santé et d'espérance de vie ;**
- **L'environnement, l'entourage, social, familial, joue un rôle, et chaque situation est singulière ;**
- **Les souhaits du patient (être traité ou bien être soulagé, gagner en espérance de vie ou en qualité de vie) doivent être au centre de chaque décision.**

Il est donc important de savoir **engager le dialogue, avec le patient, son entourage, pour prendre la bonne décision et engager la démarche de soins dans un programme d'accompagnement plus global.** Et l'attention requise pour traiter au mieux le patient âgé, les réflexes acquis par l'équipe soignante rejaillissent sur la qualité des soins prodigués à l'ensemble de la population, tous âges confondus, comme le souligne le professeur Pierre Mongiat-Artus, responsable du nouveau groupe Gériatrie de l'AFU.

## **2. « Mieux soigner les personnes âgées pour mieux soigner l'ensemble des patients », l'éclairage du professeur Pierre Mongiat-Artus.**

**Quels sont les objectifs concrets de la commission Gériatrie à l'AFU ?**

**Pr Pierre Mongiat-Artus :** Le groupe a pour but d'améliorer la prise en charge de la personne âgée, en renforçant les échanges entre les gériatres et les urologues. Les urologues ont une expertise technique de l'appareil urinaire et des troubles ou pathologies qui l'affectent avec l'âge. En revanche, ils ont à apprendre des gériatres sur les spécificités de la prise en charge de la personne âgée, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'état général et de l'autonomie du patient grâce à des questionnaires adaptés, et la prise en compte de son environnement social, familial, dans le

choix des solutions thérapeutiques mises en œuvre. Il est important de construire ensemble les solutions thérapeutiques les meilleures, à partir du croisement de nos expériences et de nos expertises. Concrètement, le groupe se réunit deux fois par an pour avancer sur les projets communs retenus. Aujourd'hui 5 projets ont été initiés ; ils portent sur :

- **L'évaluation du risque confusionnel post-opératoire** - pour aider les urologues dans le cadre de la prise en charge chirurgicale).
- **L'évaluation du risque de perte d'autonomie post-thérapeutique** : les fonctions cognitives de la personne âgée risquent de décliner après une hospitalisation. Il faut pouvoir évaluer au mieux ce risque pour le prévenir ou le limiter: par exemple, en réduisant l'hospitalisation, en choisissant, quand cela est possible, d'avoir recours à la chirurgie ambulatoire.
- **L'évaluation du risque de rétention urinaire** : l'expertise des urologues doit permettre aux gériatres de mieux estimer le risque de chaque patient, afin d'en tenir compte dans la prise en charge et les prescriptions.
- **Le drainage vésical à demeure** : quels sont les risques liés à la pose d'une sonde urinaire ? Quelle est la pertinence de son maintien ? Comment choisir la solution la plus pertinente pour améliorer l'état et la qualité de vie du patient ? (lire p. 5).
- **Le médicament chez la personne âgée** : comment choisir le bon médicament, compte tenu de la polymédication et des modifications d'absorption et d'excrétion liées au vieillissement ? Un sujet d'autant plus important que l'on manque de données pharmacologiques sur la personne âgée, exclue des essais qui incluent les sujets sans comorbidités.

Et, au-delà de ces aspects très techniques, l'objectif de la commission est de valoriser les aspects humains de la relation thérapeutique : le médecin doit apprendre à être attentif aux besoins et aux attentes du patient. « **Qu'est-ce que je pourrais faire pour vous aider ?** » : il faut le questionner, recueillir son avis, directement ou auprès des aidants naturels. Il faut aussi se questionner : **qu'est-ce guérir ? Est-ce supprimer la maladie et pour vivre plus longtemps ou bien soulager les symptômes pour permettre de vivre mieux ?** La réponse n'est pas évidente et peut varier d'un patient à l'autre.

#### **Un exemple concret ?**

**Pr Pierre Mongiat-Artus** : si une patiente âgée peut guérir au prix d'une intervention chirurgicale qui nécessite qu'on la retire de son pavillon pour la placer en institution dans les suites. Quel est le bénéfice du soin ? **Il faut y réfléchir avec humilité : apprendre à penser à ce malade et à sa place dans la société plutôt qu'à sa maladie ; apprendre, ensemble, à adapter le parcours de soin - par exemple, en allant vers le malade, plutôt qu'en le contraignant à aller vers le médecin, avec les conséquences de ce qui peut être vécu comme un déracinement ; en associant le médecin traitant à l'organisation de soins qui privilégient le maintien à domicile.**

#### **Est-ce que cela signifie qu'il faut moins traiter les personnes âgées ?**

**Pr Pierre Mongiat-Artus** : Non, car moins traiter, ce peut être maltraiter. Ainsi, l'analyse des données montrent un sous-traitement des personnes âgées souffrant d'un cancer<sup>1</sup>. Ainsi, les chiffres montrent que les hommes sont traités pour leur cancer de la prostate, essentiellement en fonction de leur âge chronologique. Et les hommes âgés, en bonne condition, présentant un cancer de la

---

<sup>1</sup> Brossard 2007 BEH/InVS

prostate reçoivent moins de traitements curatifs que certains hommes, plus jeunes, qui présentent beaucoup de comorbidités. Il est vrai qu'il faut veiller à ne pas surtraiter le cancer de la prostate, qui évolue lentement : mais **il faut pouvoir évaluer, de manière juste, l'état général et l'espérance de vie du patient. Sous-traiter a finalement un coût humain voire économique – car au stade avancé, la prise en charge du cancer est aussi très coûteuse.**

L'essentiel est de s'interroger sur la pertinence des soins mis en œuvre, en fonction de la situation du patient, de ses souhaits, lorsqu'il est en mesure de les exprimer, de son âge, de son insertion sociale. Il n'y a pas de recette a priori: il faut faire de la médecine individualisée, de la bonne médecine. Apprendre à mieux soigner les personnes âgées, c'est finalement apprendre à mieux soigner l'ensemble des patients.

### **La commission gériatrie envisage-t-elle de publier des recommandations de bonne pratique?**

**Pr Pierre Mongiat-Artus :** La commission vient de voir le jour : dans un premier temps, nous allons d'abord produire des avis d'experts afin de mettre à disposition nos travaux. Ils seront suivis, dans un second temps de recommandations de bonne pratique formalisées.

#### **3. De la pertinence de la pose ou du maintien à demeure de sondes urinaires:**

Les sondes urinaires sont utilisées :

- en cas de rétention urinaire, lorsque le patient ne parvient plus à bien vider sa vessie ou à uriner seul – c'est le cas, notamment, les hommes souffrant d'hypertrophie bénigne de la prostate ;
- chez la personne âgée incontinente, lorsque les changes sont difficiles.

Cependant les sondes urinaires

- **Sont une source d'inconfort pour le patient ;**
- **Entravent la liberté de mouvement et contribuent à accroître la dépendance ;**
- **Ont une incidence psychologique ;**
- **Augmentent le risque d'infections urinaires.**

Elles doivent donc être utilisées en pesant le bénéfice pour chaque patient.

#### **Sont-elles la seule solution ? Existe-t-il des solutions alternatives ?**

- Pour uriner convenablement – un bon tuyau ne suffit pas, il faut aussi un bon moteur pour uriner !
- Etais péniciens pour l'incontinence de l'homme ?
- Sondages intermittents : ils consistent à passer une sonde plusieurs fois par jour pour évacuer les urines, et permettent d'éviter la sonde à demeure, au bénéfice du patient qui gagne en autonomie et se trouve moins exposé au risque d'infection.

#### **Quand et comment retirer la sonde ?**

#### **Dans quels cas est-il pertinent de maintenir une sonde à demeure ?**

- Lorsque le patient présente une rétention urinaire qui ne cède ni à la rééducation, ni aux traitements (médicaux ou chirurgicaux) ;
- Lorsqu'il n'est pas possible d'avoir recours à des solutions alternatives ;
- Lorsque l'incontinence urinaire aggrave des plaies ou des escarres ;

- Lorsque la mobilisation du patient – même pour des changes – est pénible et douloureuse pour le patient.

**Dans chaque situation, il importe de se soucier du patient : quelle est la meilleure solution pour lui ? Pour son confort, physique, moral ? Les soins devant être adaptés à ses besoins.**

Enfin il est important de prévenir, en amont, les situations qui peuvent conduire à la pose d'une sonde : par exemple, le traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate afin d'éviter son évolution vers une rétention urinaire.

**Le travail du groupe Gériatrie est, avant tout, un stimulateur de bonnes pratiques : s'il apporte, grâce au travail de ses experts, des réponses aux médecins urologues et gériatres, il apprend aussi à se poser les bonnes questions sur la pertinence de chaque soin.**