



Le rôle de l'IDE MPR dans la prise en charge des troubles vésico-sphinctériens dans la maladie de Parkinson

AIRR 2021

La maladie de Parkinson

Maud JEANNE

IDE Pôle MPR Saint Hélier Rennes

www.pole-sthelier.com



Introduction

- Les syndromes parkinsoniens (SP) regroupent :
 - Maladie de Parkinson idiopathique (MP)
 - Les syndromes parkinsoniens : Atrophie multisystème, paralysie supranucléaire progressive, dégénérescence cortico-basale, démence à corps de Lewy
 - Les syndromes parkinsoniens secondaires (iatrogènes, vasculaires ...)



Introduction

- Les troubles vésico-sphinctériens (TVS) sont fréquents dans les syndromes parkinsoniens =
 - Altération de la qualité de vie
 - Morbi-mortalité (infection urinaire, chute...)
- Liés à la perturbation de l'action inhibitrice des centres cortico-sous-corticaux sur les reflexes mictionnels
- Peuvent s'associer à :
 - IUE chez la femme
 - Obstacle prostatique chez l'homme
 - Vieillesse vésical
- Peuvent permettre de faire la distinction entre MP idiopathique et AMS
- PEC thérapeutique difficile



Maladie de Parkinson

- Maladie chronique, évolutive et fréquente après 60 ans (touche 1,5 % des personnes de plus de 65 ans)
- Liée à une perte de neurones dopaminergiques
- Diagnostic :
 - Triade : tremblements, rigidité, akinésie
- Impact fonctionnel, psychique et social
- Traitement : essentiellement les agonistes dopaminergiques

Les Neurones dopaminergiques sont impliqués dans le contrôle mictionnel.



Epidémiologie

- Environ 200 000 personnes atteintes de la maladie de Parkinson en France :
–25 000 nouveaux cas/ an , prévalence de 150/100 000 habitants
- Les hommes sont plus touchés que les femmes (sex ratio de 1,13)

Il s'agit de la 2^{ème} maladie neurodégénérative causant un handicap chez le sujet âgé

Au Pôle MPR Saint Hélier
En 2020

Consultation : 169
Hospitalisation complète : 18
Hospitalisation de jour : 35
Télééducation : 22



Parcours patient au PSH

Les patients ayant la maladie de Parkinson sont amenés à rencontrer un médecin MPR , orientés en amont par un neurologue, ou un urologue

Consultation médicale au Pôle St Hélier pouvant orienter sur :

1- Une prise en charge en **Hospitalisation complète** :

Durée et objectifs du séjour adaptés en fonction des besoins du patient

- Une équipe pluridisciplinaire : kiné, ergo, ortho, éducateurs sportifs
- Un suivi social et/ou professionnel (assistante sociale et/ou cellule d'insertion professionnelle),
- Un entretien IDE



2- Une prise en charge en Hôpital de jour

Se déroule sur 3 jours/ semaine pendant 4 semaines , en groupe ou en individuel

- Une équipe pluridisciplinaire : kiné, ergo, ortho, éducateurs sportifs
- Un suivi social et/ou professionnel (assistante sociale et/ou cellule d'insertion professionnelle),
- Un entretien IDE

En HC ou en HJ, l'entretien infirmier

- Premier contact avec le patient
- Se rendre disponible / accessible
- Faire le point sur son quotidien et ses attentes
- Etre vigilant sur la qualité de l'élimination et les éventuels TVS
= Réalisation d'une débitmétrie avec mesure du Résidu Post Mictionnel si TVS



3- Une prise en charge en Hôpital de Jour numérique

Epidemie de COVID= période d'accélération d'une nouvelle offre de soins

Se déroule 3 jours / semaine pendant 4 semaines

- Kiné
- Ergo
- APA
- Selon besoin, autres intervenants dont IDE pour TVS

Séances collectives et / ou individuelles

Avantages : - contact avec l'aidant - Facilite l'autoréducation
- accès à l'environnement du patient

Inconvénients : - Homogénéité du groupe
- Problème de gestion de la connexion



Ne pas négliger les troubles urinaires

- Handicapant pour le patient car les troubles moteurs l'empêchent de se rendre rapidement aux toilettes
- Problème d'accessibilité?
- Infantilisant , mauvaise estime de soi
- Anxiété, dépression
- Isolement social
- troubles du sommeil
- Coût financier
- Risque possible pour la fonction rénale
- ...



Apparition des troubles urinaires

- Les troubles urinaires sont fréquents dans la maladie de Parkinson :
 - 27 à 87 % dans la littérature
 - corrélés au niveau de déficience neurologique et au stade de la maladie
 - 30 % souffrent de TVS au début de la maladie et 70 % après 5 ans d'évolution



Signes cliniques

- Troubles du remplissage de la vessie +++ :
 - Nycturie (60%)
 - Urgenturie (33 à 54 %)
 - Pollakiurie (16 à 36 %)
 - Incontinence (< 25 %)
- Troubles de la vidange plus rares :
 - Dysurie (8%)
 - Rétention urinaire (<5%)
- Association des 2 : 20 % des cas



Diagnostic différentiel

- **Hypertrophie bénigne de la prostate :**
 - favorisée par le vieillissement
 - responsable d'un obstacle à la vidange vésicale

Se traduit par une dysurie, un jet urinaire faible , des gouttes retardataires, pollakiuries, urgenturies, impériosités

L'échographie prostatique, le toucher rectal et le dosage des PSA permettront le diagnostic de l'HBP



Les différents outils de diagnostic

- Questionnaire “Urinary Symptom Profile”
- Calendrier mictionnel
- Mesure du Résidu Post Mictionnel
- Débitmétrie
- ECBU
- Echographie reins-vessie-prostate
- Bilan Urodynamique

Et si besoin, orientation vers un urologue pouvant amener vers un uroscanner , cystoscopie



1- Urinary Symptom Profile (USP)

- se présente sous forme d'un questionnaire
- Sert de support pour la consultation médicale et/ou le Bilan Urodynamique
- permet l'élaboration d'un score d'incontinence urinaire à l'effort, d'hyperactivité vésicale et de dysurie.
- Comparaison du score entre deux consultations, et/ou après la mise en place d'un traitement.

Rôle IDE :

- Expliquer le but du questionnaire au patient et/ou son entourage
- Aider à le compléter si besoin



Urinary Symptom Profile (USP)

1. **Durant les 4 dernières semaines**, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

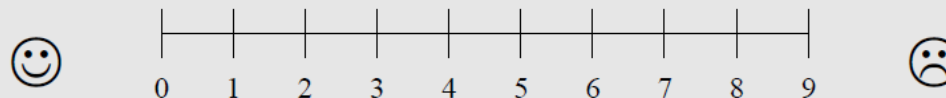
Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

	Jamais de fuite d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »



Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Plus de 15 minutes | De 6 à 15 minutes | De 1 à 5 minutes | Moins de 1 minute |

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Pas de fuites dans cette circonstance | Quelques gouttes | Fuites en petites quantités | Fuites inondantes |

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

5. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Deux heures ou plus | Entre 1 heure et 2 heures | Entre 30 minutes et 1 heure | Moins de 30 minutes |

6. Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillé(e) la nuit par un besoin d'uriner ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 0 ou 1 fois | 2 fois | 3 ou 4 fois | Plus de 4 fois |

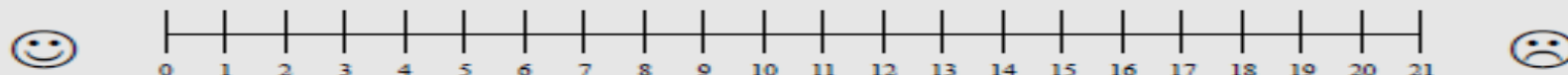
7. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

8. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

- | | | | |
|----------------------------|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normale | Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position) | Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains | Vidange par sonde urinaire |

9. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Normal | Jet faible | Goutte à goutte | Vidange par sonde urinaire |

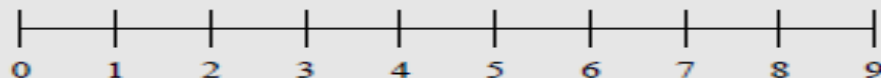
10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

- | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Miction normale et rapide | Miction difficile à débuter puis s'effectuant normalement | Miction débutant facilement mais longue à terminer | Miction très lente du début jusqu'à la fin | Vidange par sonde urinaire |

Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10

SCORE « DYSURIE »



2- calendrier mictionnel

- Intérêt : dépistage d'un dysfonctionnement de l'appareil urinaire: précisions des symptômes recherchés lors de l'interrogatoire.
- Généralement réalisé sur 3 jours avec des précisions sur l'heure de la miction , quantité urinée , hydratation , fuites ?...)

Rôle IDE :

- Expliquer le but du calendrier au patient et/ou son entourage
- Accompagner le patient à le compléter si besoin



3 -La débitmétrie avec mesure du RPM

- Intérêt : Examen de première intention dans l'exploration fonctionnelle d'un éventuel trouble urinaire.
- Permet de mesurer le débit urinaire lors de la miction et de par la courbe , voir la qualité du jet urinaire .
Un rapport est établi entre le temps de miction et la quantité urinée.
- Associée à la mesure d'un RPM, qui se fait par l'utilisation d'un bladder scan (non invasif)

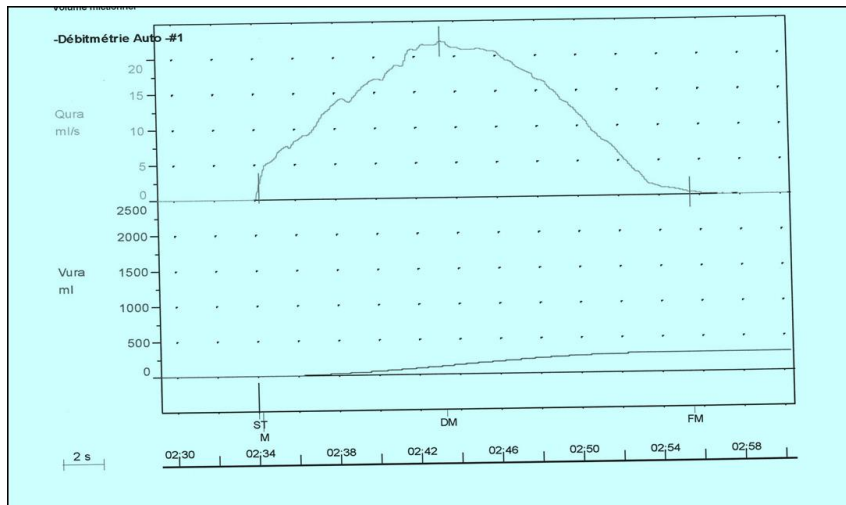
Rôle de l'IDE :

- Expliquer l'examen et son intérêt**
- Présenter les différentes suites possibles**

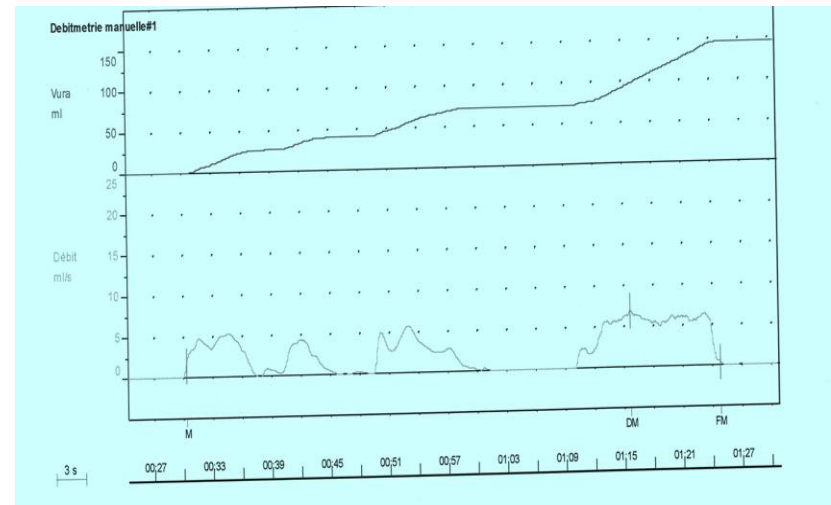


■ La débitmétrie

■ Débitmétrie d'aspect normal



■ Débitmétrie d'aspect anormal /en forme de « jet haché »



4- L'échographie vésico-rénale et prostatique

- Permet la visualisation des reins, de la vessie, des uretères et éventuellement de la prostate chez l'homme.
- Sert à dépister différentes affections du type:
 - Calcul rénal
 - Polype vésical
 - Adénome ou hypertrophie de prostate
 - kystes rénaux
 - Tumeur rénale ou vésicale



Et après?



■ Le Bilan Urodynamique

- Intérêt : Permet de comprendre le fonctionnement de l'appareil urinaire , et donc de détecter d'éventuelles anomalies de fonctionnement de la vessie et / ou du sphincter.
- Déroulement : Avec l' aide de capteurs intégrés dans les sondes urinaire et abdominale, on mesure les pressions de la vessie, du sphincter et de l'abdomen lors de différentes étapes, un ECBU est effectué au préalable de cet examen.



Rôle de l'IDE :

- Interroger le patient avant l'examen en utilisant comme support l'USP et le calendrier mictionnel envoyés préalablement
- Expliquer le déroulé et l'intérêt de chaque étape de l'examen afin de rendre le patient acteur
- Garantir une atmosphère la plus favorable possible pour cet examen inconfortable et invasif
- Assurer la fiabilité et l'interprétabilité de l'examen



Le Bilan Urodynamique

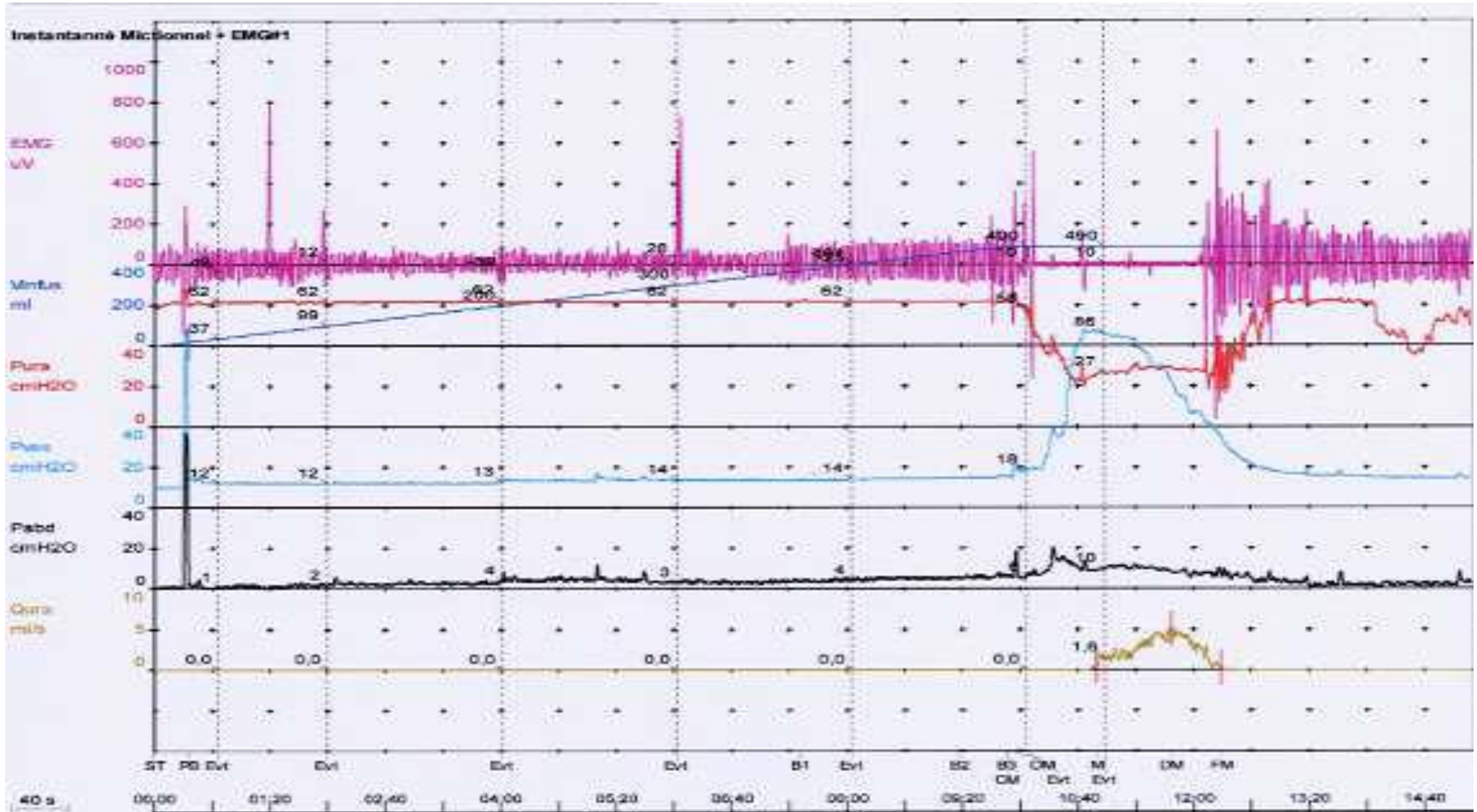
Le Bilan Urodynamique est un outil aidant au diagnostic du syndrome extra pyramidal

Shématiquement,

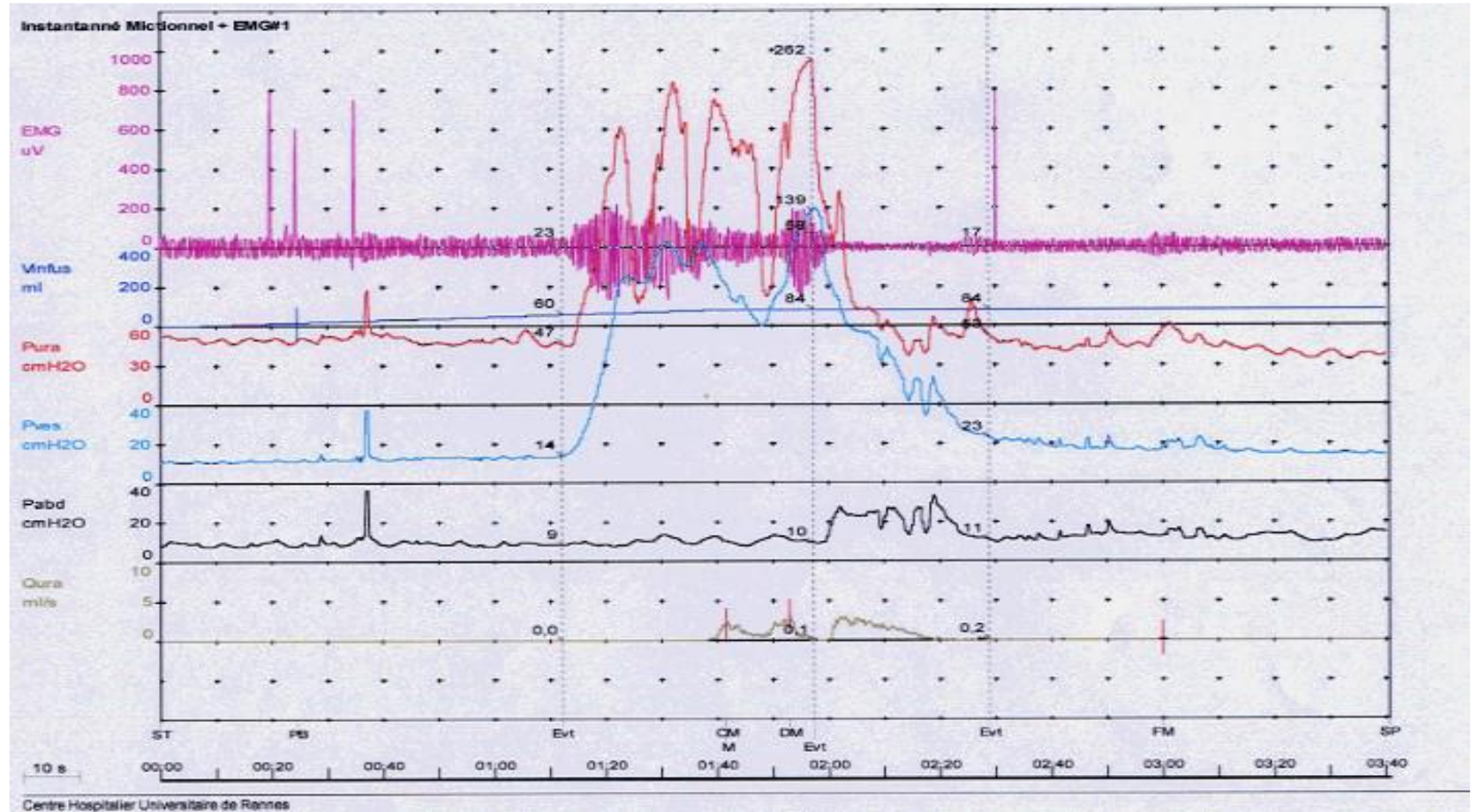
- Maladie de Parkinson = Tableau d'hyperactivité Vésicale
- Syndromes Parkinsoniens atypiques (AMS,PSP....) = tableau de dyssynergie vésico sphinctérienne



Le Bilan Urodynamique



Le Bilan Urodynamique



Les différentes thérapeutiques

UROstim2® Neurostimulation Tibiale Postérieure transcutanée.

➤ Indications:

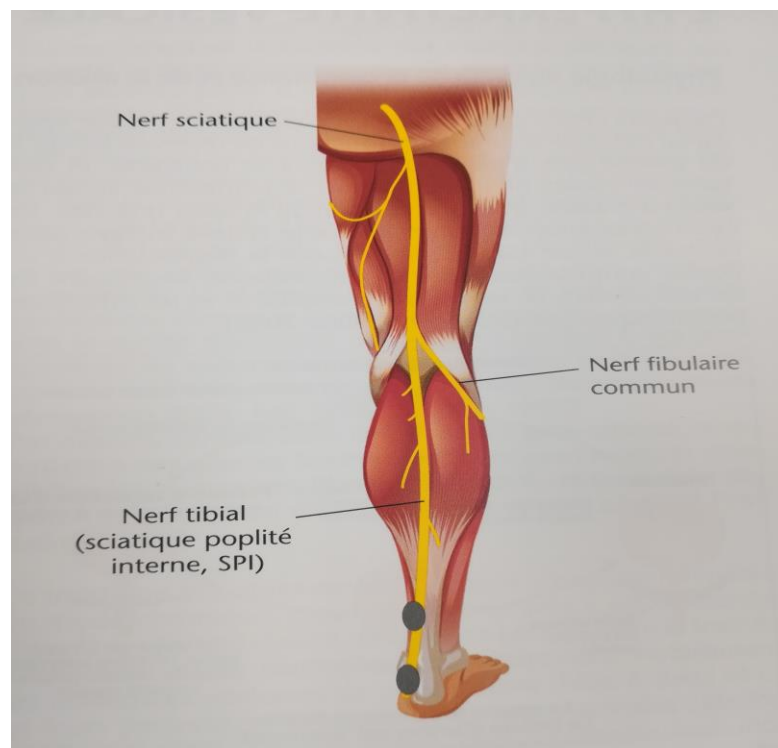
- Hyperactivité vésicale neurologique ou idiopathique de l'enfant, de l'adulte et de la personne âgée.
- Dysurie non obstructive.

➤ Alternative de 1^{ère} ligne aujourd'hui dans le traitement des troubles vésico-sphinctériens

➤ Point fort : technique Non invasive

Rôle de l'IDE :

- Expliquer l'utilisation du matériel
- Expliquer l'intérêt de la bonne disposition des électrodes
- Expliquer l'intérêt de la bonne observance
- S'assurer de la bonne compréhension à la fin de l'entretien (feed-back) et de l'adhésion du patient



-
- Temps éducatif réalisé par une IDE
 - Réévaluation programmée à 2 mois avec le médecin référent
 - Calendrier mictionnel + questionnaire USP remis au patient à l'issu de l'éducation

= comparaison avant / après urostim



Traitements Médicamenteux

Rôle de l'IDE :

- ❑ Expliquer l'intérêt de cette thérapeutique
- ❑ Informer le patient sur l'intérêt de l'observance
- ❑ Informer le patient sur les effets secondaires possibles et les surveillances à mettre en place

▪ Anticholinergique

- (oxybutinine, fésotérodine, soliféradine, chlorure de trospium)

- Lors d'une hyperactivité vésicale, il diminue :
 - La contractilité du détrusor
 - L'amplitude et la fréquence des contractions vésicales
 - La pression intra-vésicale
 - Lutte contre les fuites urinaires



risque de majoration des troubles cognitifs

- Nouvelles molécules : (mirabegron)

Non remboursée et coûteuse

pas de troubles cognitifs

Peu de modifications de la TA

- Autres (desmopressine)

Agit sur la nycturie

Traitement contre indiqué pour les + de 65 ans

Risque d'hyponatrémie



La Toxine Botulique

- Injectée dans un muscle :
 - Sphincter = amélioration de la vidange vésicale en diminuant les pressions urétrales
 - Détrusor = augmentation de la capacité vésicale / diminution des fuites, des urgenturies
 - L'objectif étant de protéger le haut appareil urinaire et améliorer la qualité de vie

Rôle IDE :

- Expliquer l'intérêt de cette thérapeutique**

Si le choix thérapeutique est de s'orienter vers l'injection de toxine botulique, une éducation aux auto sondages sera nécessaire avant la réalisation de celle-ci



L'Apprentissage aux Auto Sondages

Pourquoi le sondage intermittent ?

➤ Vidanger la vessie : une nécessité

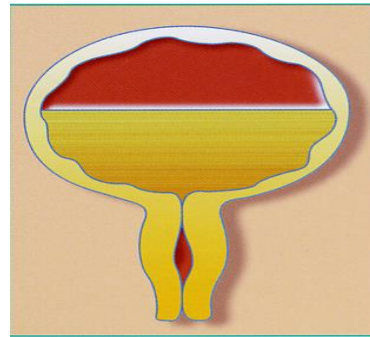
- ✓ L'auto-sondage
- ✓ C'est un soin propre et non stérile (autosondage).
- ✓ L'hétéro-sondage quand l'évolution de la maladie ne permet plus l'autonomie (soin stérile)

Protéger ainsi le haut appareil urinaire

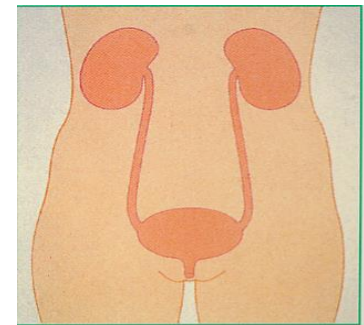
Prévenir le risque d'infection urinaire



Limiter le risque de distension vésicale



Protéger le haut appareil



Les recommandations sont de privilégier les autosondages à la sonde à demeure
Afin de limiter le risque d'infection urinaire



L' Apprentissage aux Auto Sondages / suite

Les objectifs

- Empêcher l'incontinence.
- Éliminer la pollakiurie.
- Améliorer la qualité de vie.
- Permettre une vie sociale, professionnelle, familiale.

Comment accompagner le patient dans son apprentissage à l'autosondage ?

Rôle de l'IDE :

- Identifier les connaissances du patient**
- Expliquer l'intérêt du sondage en utilisant un support (livret, schéma)**
- Montrer le geste (mannequin)**
- Accompagner puis superviser le patient dans la réalisation du geste**
- Valider avec le patient la bonne pratique**
- Planifier les auto sondages, en collaboration avec le patient**



-
- Il peut être préconisé par les urologues des injections de $\frac{1}{2}$ dose de Botox (100 ui)
 - diminution de l'hyperactivité vésicale
 - Possibilité de maintien d'une miction par les voies naturelles



Malgré la $\frac{1}{2}$ dose = s'assurer que le patient a la capacité de réaliser des auto sondages en cas de rétention urinaire.



• Troubles du transit au quotidien

- prédominance syndrome **constipation- dyschésie** = 70% des cas
- **L'incontinence fécale** = 10% des cas

Trouble fréquent

Impact majeur sur la qualité de vie.

Se manifestant principalement par de la constipation.

- douleurs abdominales/ballonnements
- aggravation des troubles urinaires
- complications loco-régionales
- Ré hospitalisation // réadapter le traitement

Rôle IDE :

- Donner les conseils d'hygiène de vie (alimentation et hydratation)**
- Ecouter / Rassurer**



Les traitements:

Les laxatifs pour adapter la consistance des selles(sur prescription médicale)

Le déclenchement des selles :

- Méthode réflexe : à l'aide d'un doigt afin de stimuler le réflexe anal.
- À l'aide d'un laxatif par voie rectale

La planification des selles :

- Elle consiste à émettre des selles à heures fixes à l'aide d'un laxatif rectal.
- Ex : tous les matins à 7h30 pour une émission des selles à 8h.
 - > Elle évite la constipation
 - > Elle permet de vidanger l'ampoule rectale afin d'éviter des émissions de selles inopinées.

Le bouchon obturateur anal :

- Il permet de contrôler l'évacuation des selles à un moment de la journée en cas d'inefficacité des autres traitements et méthodes.

Rôle IDE :

- Accompagner le patient dans les choix de la thérapeutique**
- Identifier avec le patient les difficultés rencontrées et y apporter des conseils**
- Se rendre disponible pour faire le point régulièrement et ajuster**
- Ecouter / Rassurer**



Conclusion

Notre rôle :

- En parler
- Avoir conscience de l'impact sur la qualité de vie de nos patient
- Accompagner
- Identifier le savoir et les compétences
- Apprentissage de certaines thérapeutiques
- Ecouter / Rassurer
- Faire le lien entre le patient, les aidants (si besoin), les équipes du domicile et les professionnels du Pôle Saint Hélier



Merci pour votre attention

