Chapitre 18 Item 125 – Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

I. Généralités
II. Incontinence urinaire d'effort
III. Incontinence urinaire sur urgence mictionnelle
IV. Incontinence urinaire mixte
V. Dysurie
VI. Évaluation et suivi d'un trouble urinaire

Objectifs pédagogiques

Devant un trouble de la miction ou une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Item transversal urologie
Lien : http://urofrance.org Référentiel du collège chapitre 7
Connaissances requises : anatomie et physiologie de l'appareil vésicosphinctérien

---

Item : 125 Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé			
Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Diagnostic positif	Définition des symptômes du bas appareil urinaire SBAU (= LUTS anglosaxon) (examen clinique, démarche diagnostique)	Definition et description clinique des SBAU des 3 phases du cycle mictionnel (remplissage - vidange - post vidange)
A	Définition	Définitions incontinence urinaire	None
B	Définition	Définitions les types d'incontinence (homme et femme)	Tous les Types 9 type de l'ICI 2017 focus sur IUE IUU IUF et OU par retention chronique y compris IU par regorgement comprend plusieurs des items suivants

B	Diagnostic positif	Diagnostic positif d'une l'incontinence urinaire d'effort (IUE) et d'une incontinence urinaire sur urgenturies (IUU) / quantification / retentissement	Interrogatoire /le stress test et le test de remplissage vesical/ questionnaire de Sandvick USP pad test / principe des questionnaire de QDV
B	Prévalence, épidémiologie	Prevalence avec l'age de l'IUE de l'IUU et de l'incontinence urinaire mixte (IUM) - facteurs de risque homme - femme - sujet agé (DIAPPERS)	Augmentation avec l'age frequence H et F modification du type avec l'age/ Facteurs de risques demontrés et surtout facteur de risque modifiables
B	Éléments physiopathologiques	connaître les mécanismes physiopathologiques de l'incontinence urinaire d'effort, de l'urgence mictionnelle	Insuffisance sphincterienne / hypermobilité (femme) - Insuffisance sphinctérienne de l'homme / Mécanismes en cause dans l'IUU: obstruction /IUU neurogène /IUU idiopathique
B	Diagnostic	Connaître les signes d'alerte devant faire rechercher une cause grave d'incontinence	Infection/Corp etranger / tumeurs /maladie neurologique
A	Diagnostic	Bilan de première ligne d'une IU (après diagnostic quantification et retentissement)	ECBU - Cytodiagnostic urinaire - Débimetrie mesure de residu
B	Examens complémentaires	Indication et apport des examens d'imagerie devant des troubles mictionnels, dysurie, incontinence urinaire	None
B	Diagnostic	Bilan etiologique et principe therapeutiques d'une Nycturie	(la pollakiurie est traitée dans l'IUU qui est une forme de syndrome d'hyperactivité)
A	Étiologies	principales étiologies de la dysurie de l'homme et de la femme	item ajouté
B	Prise en charge	Principe de traitement des principales etiologies de dysurie chez l'homme et chez la femme	None

__Situations de départ en lien avec l'Item

103 incontinence urinaire

23 anomalie de la miction

I Généralités

A Principaux troubles mictionnels

L'incontinence urinaire est définie comme une perte d'urine entraînant un problème d'hygiène et/ou un problème social. Il s'agit d'un symptôme fréquent ayant un retentissement psychologique important. À côté de l'incontinence, les autres troubles urinaires sont moins fréquents.

B Symptômes

- Incontinence urinaire d'effort ; incontinence sur urgence mictionnelle ; incontinence mixte associant les deux symptômes précédents.
- Urgence mictionnelle, pollakiurie.
- Dysurie, rétention complète ou incomplète aiguë (*cf.* item 342) ou chronique.

Ces symptômes entrent dans le cadre plus général de dysfonctionnements pelvipérinéaux et les autres dysfonctionnements (anorectaux et sexuels) doivent être systématiquement recherchés devant un trouble urinaire.

II Incontinence urinaire d'effort

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est **concomitante à l'effort** (toux, rire, marche prolongée, sport…). **Elle n'est pas accompagnée d'une envie d'uriner.** C'est une pathologie presque exclusivement de la femme.

A Mécanismes physiologiques de l'incontinence urinaire d'effort

Deux mécanismes sont en cause :

- l'hypermobilité urétrale liée à un défaut de soutènement urétral ;
- l'incompétence sphinctérienne.

Ces deux mécanismes sont souvent associés.
Les facteurs de risque de l'IUE sont : l'accouchement, l'âge, la ménopause, le surpoids, une toux chronique, le sport intensif.
L'IUE est souvent associée à un prolapsus génital qui paradoxalement quand il s'aggrave peut améliorer l'incontinence.
Chez l'homme, l'IUE est rare, survenant après une chirurgie de la prostate (adénomectomie, prostatectomie radicale).
Le diagnostic d'IUE repose sur la plainte du patient et sur la visualisation de la fuite à l'effort (fuite en jet lors d'effort de toux ou lors de la poussée abdominale).

B Traitement de l'incontinence urinaire d'effort

La prise en charge de première intention de l'IUE repose sur la **rééducation** périnéale avec le renforcement des muscles pelvipérinéaux auquel la stimulation électrique du périnée et des techniques de *biofeedback* périnéal peuvent être associées.
Cette rééducation est habituellement effectuée par voie transvaginale mais peut également être effectuée par voie intrarectale.
Dix à quinze séances de rééducation sont nécessaires pour juger de l'efficacité de la technique.
Une autorééducation complète les séances de rééducation.
Les sages-femmes prennent principalement en charge la rééducation du post-partum. Les kinésithérapeutes sont également habilités à effectuer cette rééducation.
En cas d'échec de cette prise en charge et si l'incontinence urinaire est gênante, chez la femme un **traitement chirurgical** type bandelette sous-urétrale (*tension free vaginal tape* ou TVT, *trans obturator tape* ou TOT…) est proposée. D'autres techniques chirurgicales peuvent être proposées en cas d'échec, telles que le sphincter artificiel.
Avant la chirurgie, si l'incontinence urinaire d'effort est isolée, sans aucun autre symptôme, seul un catalogue mictionnel et une débitmétrie (fig. 17.1) avec mesure du résidu post-mictionnel sont recommandés.

Comment est pratiquée une débitmétrie ?
Le patient urine spontanément dans la cuvette des toilettes au fond de laquelle se trouve un débitmètre qui enregistre le volume uriné en fonction du temps. Une courbe de débitmétrie normale montre une miction en un seul jet, avec un aspect « en cloche » du débit urinaire.

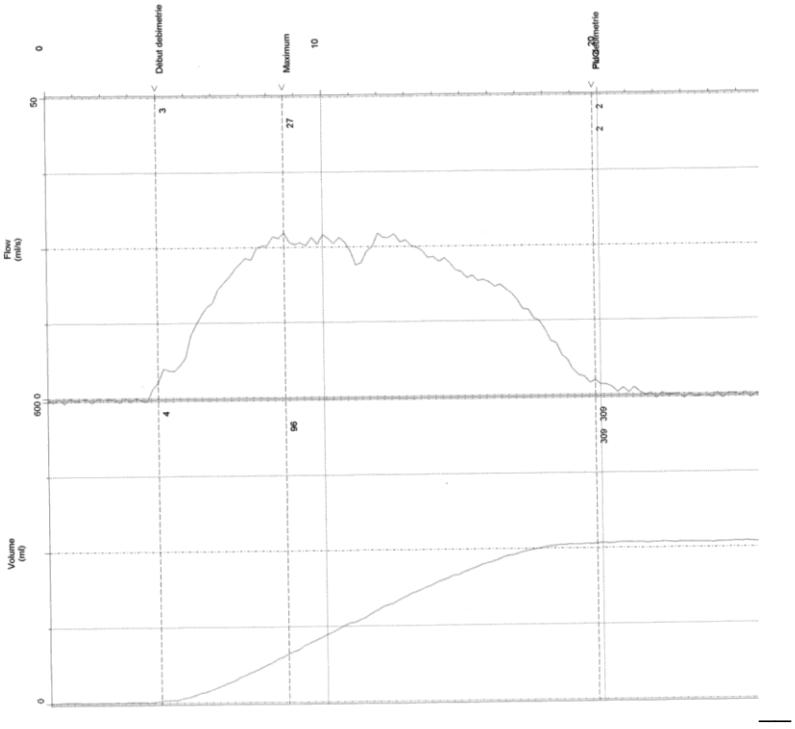

Fig. 17.1
Débitmétrie normale chez une femme présentant une IUE.

En cas d'association avec un autre symptôme (dysurie, urgenturie) un bilan plus complet est recommandé comprenant une cystomanométrie (fig. 17.2).

Comment est pratiquée une cystomanométrie ?
Le patient est installé sur une table d'examen gynécologique. Le praticien introduit dans la vessie une sonde qui permet à la fois le remplissage de la vessie et l'enregistrement des pressions intradétrusoriennes. Cet examen permet de visualiser et de mesurer l'évolution des pressions intravésicales (en ordonnée) en fonction du volume de remplissage de la vessie (en abscisse).

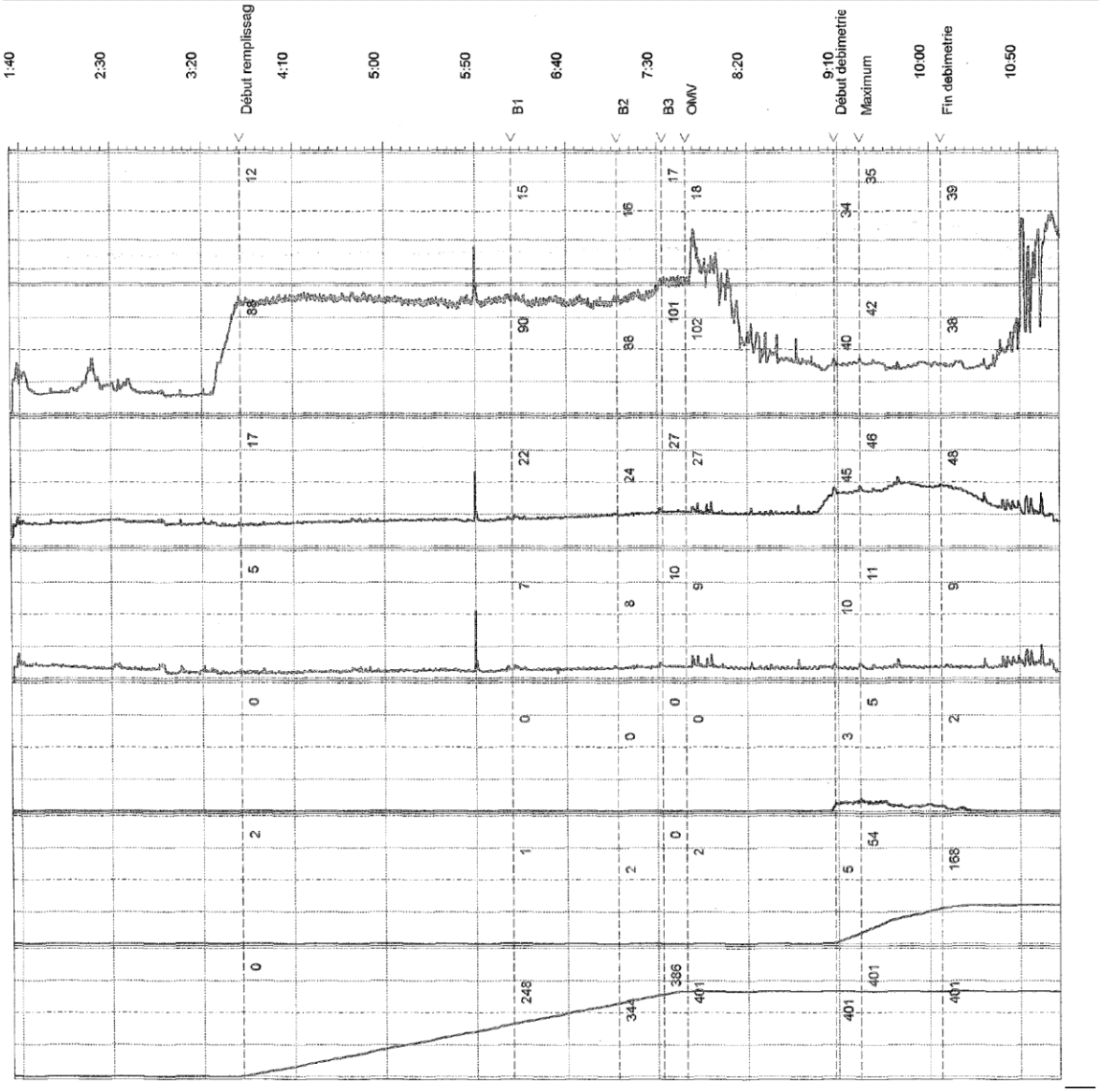

Fig. 17.2
Cystomanométrie normale chez une femme présentant une IUE.

III Incontinence urinaire sur urgence mictionnelle

Il s'agit d'une incontinence urinaire **concomitante à un besoin d'uriner**. Si l'envie d'uriner est déclenchée par l'effort, la fuite d'urine est retardée par rapport à l'effort.
C'est une pathologie fréquente dans les deux sexes et dont la prévalence augmente avec l'âge.
C'est l'incontinence la plus complexe car les étiologies sont multiples :

- pathologies vésicales (tumeur de vessie, calcul vésical, rarement infection urinaire) ;
- pathologies neurologiques (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, lésion médullaire, démences…) ;
- chez l'homme : adénome de prostate, maladie du col vésical ;

- chez la femme : prolapsus, antécédent de chirurgie d'incontinence urinaire ;
- âge, maladie idiopathique.

A Mécanismes physiopathologiques

Le mécanisme physiopathologique prédominant est l'existence d'une **hyperactivité du détrusor**. Les troubles de la sensibilité vésicale et de son intégration encéphalique sont également responsables de cette symptomatologie.
L'hyperactivité du détrusor est définie par l'existence d'une contraction vésicale lors du bilan urodynamique en dehors de la contraction mictionnelle. Cette contraction peut être spontanée ou induite par un stimulus (toux, vitesse de remplissage de la vessie…) (fig 17.3).

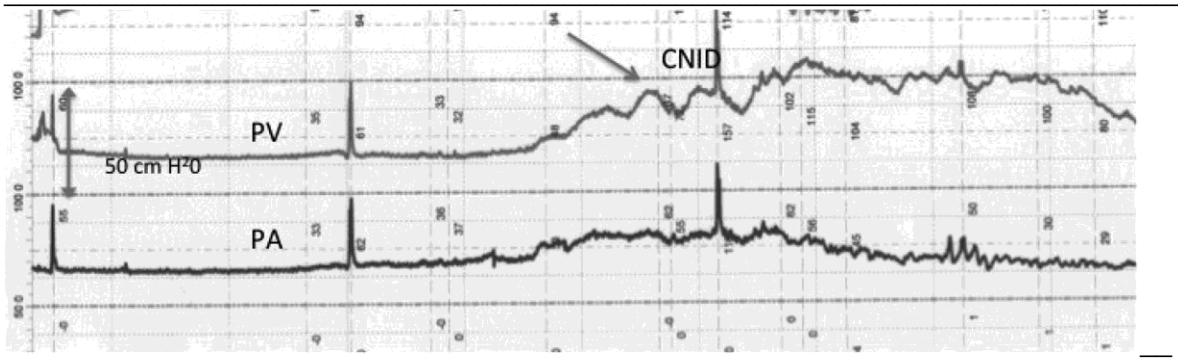

Fig. 17.3
Hyperactivité du détrusor.
CNID : contraction désinhibée du détrusor ; PA : pression abdominale ; PV : pression vésicale.

En fonction de l'orientation diagnostique, du reste de l'examen clinique, les bilans complémentaires suivants sont demandés : **examen cytobactériologique des urines (ECBU) toujours**, cytologie urinaire, endoscopie en cas de doute sur une tumeur de vessie ou un corps étranger intravésical, imagerie neurologique, imagerie de la vessie et de l'urètre en cas de doute sur une pathologie neurologique (*cf.* chapitre 9) ou pathologie urogynécologique (*cf.* recommandations du Collège français des urologues et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français).

B Prise en charge

Le traitement étiologique doit être envisagé en première intention.
Le traitement des facteurs associés est indispensable (constipation, recherche d'une iatrogénie médicamenteuse notamment).
Le traitement symptomatique repose sur quatre axes :

- la rééducation périnéale et/ou comportementale : elle est recommandée ;
- les traitements médicamenteux :
  - les **anticholinergiques** à tropisme urinaire sont le plus souvent prescrits,
  - l'oxybutinine à la dose maximale de 15 mg par jour répartie en trois à six prises est le traitement le plus ancien,
  - le trospium chloride et la solifénacine sont plus récents et auraient moins d'effets secondaires,
  - les contre-indications absolues sont : le glaucome à angle fermé et la myasthénie,

  - les contre-indications relatives sont : le glaucome à angle ouvert, l'adénome de prostate, la démence,
  - les effets secondaires sont constants et dépendants de la dose : hyposialorrhée, constipation, troubles de l'accomodation… Actuellement, les anticholinergiques sont moins recommandés en particulier chez la personne âgée du fait des effets secondaires. De plus, les effets anticholinergiques des traitements s'additionnant, il faut rechercher impérativement d'autres traitements à effet anticholinergique avant de prescrire ceux-ci. La constipation est un effet secondaire fréquent de ce traitement et devra être prise en charge ;
- les β3-stimulants qui sont au même niveau que les anticholinergiques commercialisés depuis peu de temps ;
- la **stimulation du nerf S3** ou la stimulation du nerf tibial postérieur :
  - la stimulation permanente du nerf S3 par une électrode implantée chirurgicalement après une période de test est actuellement le traitement de deuxième intention de l'hyperactivité vésicale. Cette technique est utilisée depuis plus de 20 ans,
  - la stimulation du nerf tibial postérieur pendant une durée de 20 minutes 3 à 7 fois par semaine est proposée de façon plus récente avec des résultats prometteurs,
  - l'utilisation de la **toxine botulique** injectée par voie intradétrusorienne est actuellement proposée dans l'incontinence par hyperactivité du détrusor,
  - dans son indication neurologique (*cf.* chapitre 9), les sondages intermittents sont le plus souvent associés,
  - dans son indication en dehors des pathologies neurologiques à plus faibles doses (50 à 200 unités Botox®), le risque majeur est celui d'une rétention d'urine imposant le recours au sondage intermittent.

IV Incontinence urinaire mixte

Il s'agit d'une association touchant presque exclusivement la femme. Sa prévalence augmente avec l'âge. L'importance est de savoir à l'interrogatoire quel est le trouble prédominant. L'exploration urodynamique (cystomanométrie) est recommandée avant la prise en charge pour orienter au mieux les traitements.

V Dysurie

Sa définition est moins simple. Il s'agit d'un trouble de la miction avec **difficulté pour uriner** : difficulté à déclencher la miction, jet faible ou intermittent, vidange incomplète de la vessie, nécessité d'une poussée abdominale pour vider la vessie, miction longue. C'est une pathologie prédominant chez l'homme secondaire à un adénome de prostate (*cf.* recommandations du Collège français des urologues)[8].

A-Les mécanismes physiopathologiques sont :

- un défaut de contraction du détrusor : vessie claquée (altération de la paroi vésicale dans les suites d'une rétention aiguë d'urine avec volume important), détrusor paralytique (diabète, syndrome de la queue de cheval…) ;
- un obstacle sous-urétral : adénome de prostate, antécédent de chirurgie d'incontinence urinaire, prolapsus, dyssynergie vésicosphinctérienne (défaut de relâchement du sphincter urétral lors de la miction).

[8] Collège français des urologues. *Urologie*. Chapitre 10. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.

Le diagnostic est confirmé par la **débitmétrie** qui montre un jet haché et/ou un débit faible (fig. 17.4).

B- Prise en charge

- En cas de défaut de contraction du détrusor, le traitement le plus consensuel est l'autosondage intermittent. La neuromodulatioin S3 est parois proposée avec des résultats discutable.
- En cas d'obstacle prostatique un traitement médicamenteux peut etre proposé (cf collège des urologues
- En cas de dyssynergie vésicosphincterienne cf prise en charge des vessie neurologique

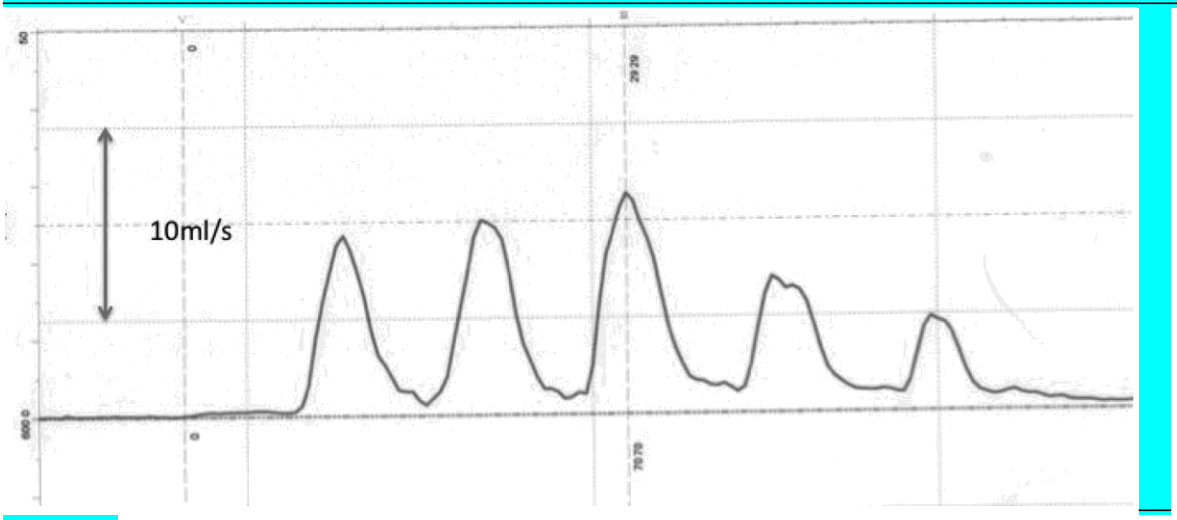

Fig. 17.4
Débitmétrie : jet haché intermittent témoignant d'une dysurie.

Les traitements étiologiques sont fonction de l'orientation diagnostique.

VI Évaluation et suivi d'un trouble urinaire

Le **catalogue mictionnel** est indispensable, il permet d'analyser la diurèse, la capacité vésicale, les circonstances des fuites (annexe 17.1). Le nombre et la qualité des protections doivent être quantifiés.

Des autoquestionnaires de symptômes, tel le score *urinary symptom profil*® ou USP®, validé en français (annexe 17.2), complètent l'interrogatoire.

Les échelles de qualité de vie utilisées sont nombreuses, la plus générique est l'*international consultation incontinence questionnaire-short form* ou ICIQ-SF (annexe 17.3).

VII Nycturie

La nycturie est la gêne induite par le fait de se lever la nuit pour aller uriner. L'éveil est dû à une envie d'uriner. Chaque miction est précédée et suivie d'une phase de sommeil.

A. Les mécanismes physiopathologiques sont multiples : augmentation de la diurèse nocturne, reduction de la capacité vésicale fonctionnelle, trouble du sommeil.
B. Les étiologies sont multiples. Au premier rang l'âge et ses comorbidités (diabète, HTA, insuffisance cardiaque, obésité) sont au premier plan. Le syndrôme d'apnée du sommeil

doit etre recherché s'il existe une augmentation de la diurèse nocturne. Les autres facteurs retrouvés sont les pathologies chroniques insuffisance respiratoire, artérites pathologies neurologiques (Parkinson, SEP, AVC, Démence, paraplégie…)

C. Principe thérapeutique : L'hormone antidiurétique avant 65 ans en absence de contre-indication et de potomanie est le traitement de première intention en surveillant attentivement le risque de survenue d'une hyponatrémie. L'appareillage d'un syndrome d'apnée du sommeil est également recommandé. Dans les autres cas un traitement symptomatique est proposé.

Annexes

Annexe 17.1 – Exemple de calendrier mictionnel

Annexe 17.2 – Questionnaire de symptômes urinaires (*urinary symptom profil*® ou USP®)

Annexe 17.3 – *International consultation incontinence questionnaire-short form* (ICIQ-SF)