

L'hyperactivité vésicale de la femme

Une femme pressée

(épisode 2) - version médecin

Le professeur Pierre COSTA dirige le service d'Urologie de l'Hôpital Robert Debré (CHU de Nîmes).

Scénario : Jean-Louis FONTENEAU (†)

Dessin : Eric VAN OPEN

Mise en couleur : Véronique ROBIN

Maquette : Martine PERRIN

Diffusion : Astellas

Première édition : 2011-2012 (© HB éditions)

HB *éditions*

UNE FEMME PRESSÉE

L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE

ÉPISODE ②

Par le Pr PIERRE COSTA

VERSION MÉDECIN

Clara Forest est une femme indépendante et active, mais elle vit dans un stress permanent qui gâche sa vie quotidienne. En effet, elle souffre d'une envie pressante et quasi permanente...de faire pipi.





L'Hyperactivité Vésicale de l'Adulte en Médecine Générale

Professeur Pierre Costa, chef de service urologie (CHU Nîmes)

Vous venez de lire le deuxième épisode d'une bande dessinée qui en comptera 4. Ils vous seront remis régulièrement et nous vous invitons à les conserver précieusement. Clara, notre héroïne, ne sera pas sans vous rappeler certaines de vos patientes. L'occasion pour nous de revenir à chaque épisode sur les fondamentaux de l'hyperactivité vésicale, et vous aider ainsi dans votre pratique quotidienne.

CHAPITRE 2 - Quelles en sont les causes et comment l'aborder avec les patientes ?

L'hyperactivité vésicale est caractérisée par l'urgenterie, avec ou sans incontinence par urgenterie, généralement associée à une pollakiurie et à une nycturie, en l'absence d'infection ou de toute autre pathologie patente. (1)

Remarque: *Suivant l'International Continence Society, la médecine d'aujourd'hui parle d'hyperactivité vésicale pour bien indiquer que l'urgence mictionnelle est liée à un dysfonctionnement de la vessie qui réagit trop vite à son remplissage.*

L'hyperactivité vésicale touche les deux sexes, un peu plus les femmes que les hommes, et peut survenir à tout âge. La prévalence augmente avec l'âge et, après 40 ans, plus de 12 % de la population est concernée. (2)

• QUELLES SONT LES CAUSES DE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ? (3,4)

Dans la majorité des cas l'hyperactivité vésicale est idiopathique, cela signifie qu'aucune cause n'est trouvée. Les explorations ne montrent rien de particulier, la vessie est normale et le patient n'a pas de maladie neurologique. Il s'agit d'une diminution du contrôle cortical de la vessie : la vessie obéit moins bien au cerveau et devient hyperactive. Elle réagit plus vite et plus fort au remplissage; cet état est, bien sûr, favorisé par l'âge et la faiblesse périnéale.

Remarque 1 : *C'est la négativité du bilan qui permet de poser ce diagnostic de vessie hyperactive idiopathique. Il faut donc effectuer un bilan minimum (calendrier mictionnel, bandelette urinaire/ECBU, échographie vésicale, éventuellement cystoscopie ...). Ce bilan sera détaillé dans le chapitre 3.*

Remarque 2 : *Comme, le plus souvent, l'hyperactivité vésicale est idiopathique, il sera tout à fait possible de proposer d'emblée une prise en charge pour soulager la patiente en attendant de la revoir en consultation avec le résultat des examens complémentaires demandés. Par exemple, il lui sera certainement utile d'être informée de l'intérêt d'adapter ses apports liquidiens, d'aller uriner régulièrement par précaution (reprogrammation du comportement mictionnel) et de débiter des séances de rééducation et/ou un traitement médical avec un médicament anticholinergique. Des informations complémentaires seront développées dans le chapitre 4.*

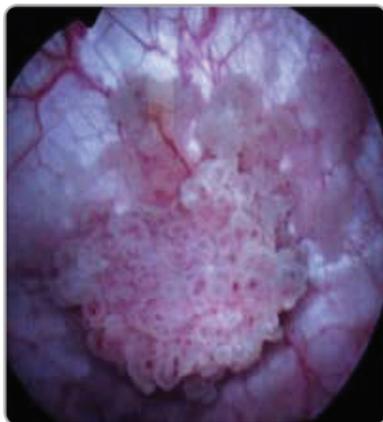
• IL FAUT SAVOIR ÉVOQUER UNE CAUSE LOCALE, UNE IRRITATION DE LA VESSIE. (5,11)

• La plus facile à évoquer est évidemment l'infection urinaire, la cystite, avec son cortège de brûlures mictionnelles, d'urines troubles et, dans les formes typiques, malodorantes, le ou la patient(e) peut signaler des hématuries. Parfois, la symptomatologie clinique est moins bruyante, juste marquée par la pollakiurie et l'urgence mictionnelle. La bandelette urinaire et/ou l'ECBU confirmeront le diagnostic d'infection urinaire.

• La vessie peut être irritée par la présence d'un polype ou de calculs. L'hématurie est fréquente. Des antécédents d'infections urinaires basses, répétées, sont souvent retrouvés à l'interrogatoire. L'échographie vésicale et/ou la cystoscopie en feront le diagnostic.

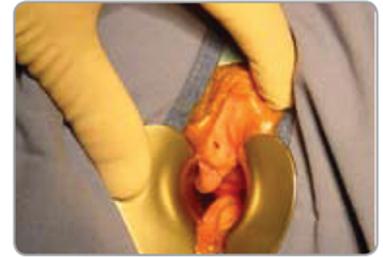
• Lorsque la pollakiurie et l'urgenterie sont associées à une douleur vésicale, il faut évoquer une cystite interstitielle, maladie inflammatoire de la vessie encore mal connue. Le symptôme clé pour le diagnostic est que le ou la patient(e) signale, lorsque sa vessie est pleine, une douleur qui l'oblige à aller uriner. La miction soulage la douleur, qui revient dès que la vessie s'est à nouveau remplie.

• Le fait d'aller uriner souvent peut être lié à une obstruction de la vessie. En difficulté pour se vider, la vessie s'hypertrophie, lutte et devient hyperactive.



Polype vésical vu en cystoscopie

Chez l'homme, l'exemple le plus évocateur est, bien sûr, l'adénome de la prostate. Il faut y penser chez la femme lorsque la patiente indique qu'elle a des besoins urgents et rapprochés d'uriner, et qu'elle doit forcer, pousser pour vider sa vessie (association d'urgenterie et de dysurie). Les causes d'obstruction les plus fréquentes, chez la femme, sont les sténoses de l'urètre, surtout du méat, et les prolapsus avec une plicature de l'urètre



Sténose du méat urétral

• Chez les patientes préalablement opérées pour incontinence urinaire à l'effort, il faudra évoquer une obstruction chirurgicale, par une bandelette sous-urétrale trop serrée par exemple.

• Des pathologies pelviennes inflammatoires peuvent irriter la vessie, comme les diverticules sigmoïdiens, qui peuvent enflammer la paroi vésicale mais aussi parfois créer une fistule sigmoïdo-vésicale.



Volumineuse cystocèle extériorisée avec un urètre coudé et une miction difficile, dysurique.

• VIENNENT ENSUITE LES MALADIES NEUROLOGIQUES CENTRALES, QUI AFFAIBLISSENT, VOIRE SUPPRIMENT LE CONTRÔLE NEUROLOGIQUE DE LA MICTION. (12)

• L'atteinte neurologique peut concerner les centres corticaux, (comme dans les accidents vasculaires cérébraux [AVC]), les noyaux sous-corticaux, (comme dans la maladie de Parkinson) mais aussi la moelle épinière et les centres médullaires qui régissent le réflexe mictionnel (comme dans les traumatismes médullaires responsables de para ou de tétraplégie et dans la sclérose en plaques [SEP]).

• Bien souvent, d'autres signes seront présents à côté des troubles urinaires : par exemple, des vertiges, des troubles de la marche, des anomalies de la vision, des troubles ano-rectaux ou sexuels...

• Il est important d'y penser lorsque la maladie neurologique n'est pas encore diagnostiquée, car les troubles mictionnels, et en particulier l'urgenterie, peuvent en effet révéler la maladie neurologique. Le meilleur exemple est certainement la SEP qui peut commencer par des troubles urinaires isolés.

RÉGULATION DES VOIES NEUROLOGIQUES: PLUSIEURS ÉTAGES INTERCONNECTÉS

Cortex cérébral

Contrôle volontaire de la miction

Noyaux gris centraux

Contrôle de l'automatisme vésico-sphinctérien.

Bulbe-Protubérance

Déclenchement ou blocage de la miction et organisation de la synergie entre la vessie et le sphincter strié de l'urètre.

Moelle

Assure un fonctionnement réflexe si les centres supérieurs sont atteints.

