

L'hyperactivité vésicale de la femme

(version patient)

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)

Seconde édition : 2013 (© HB éditions)

HB *éditions*

UNE FEMME PRESSÉE

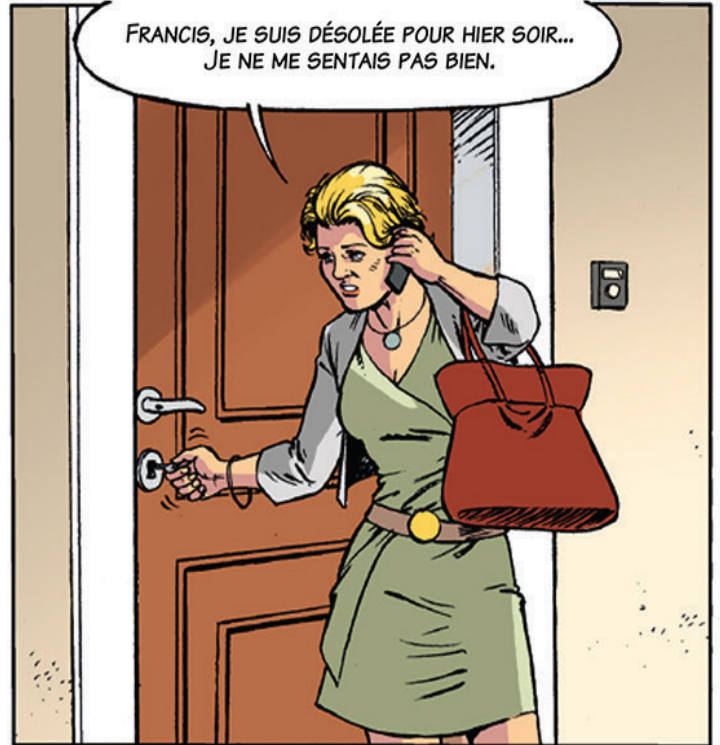
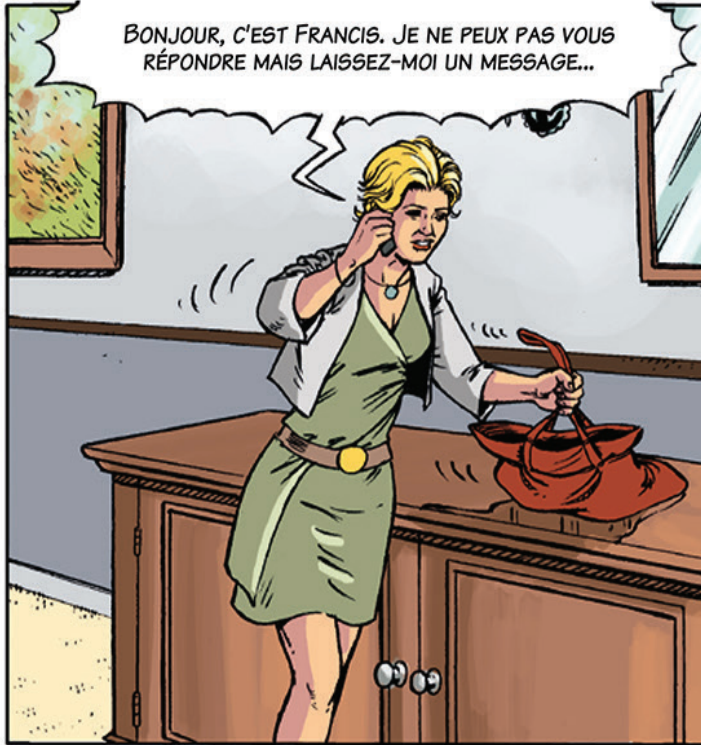
L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE

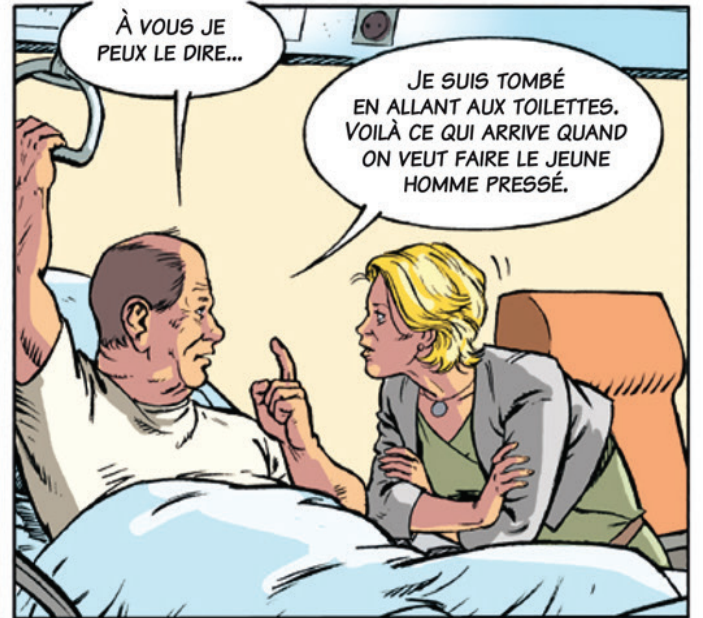
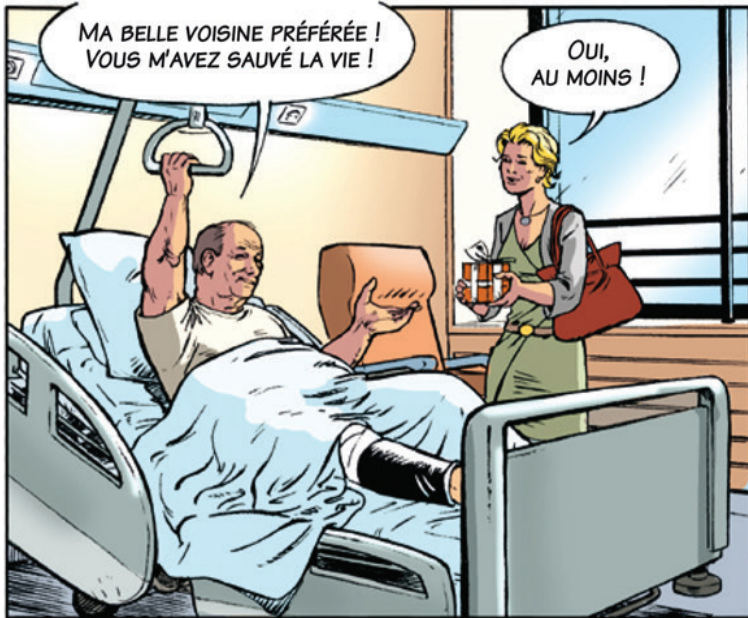
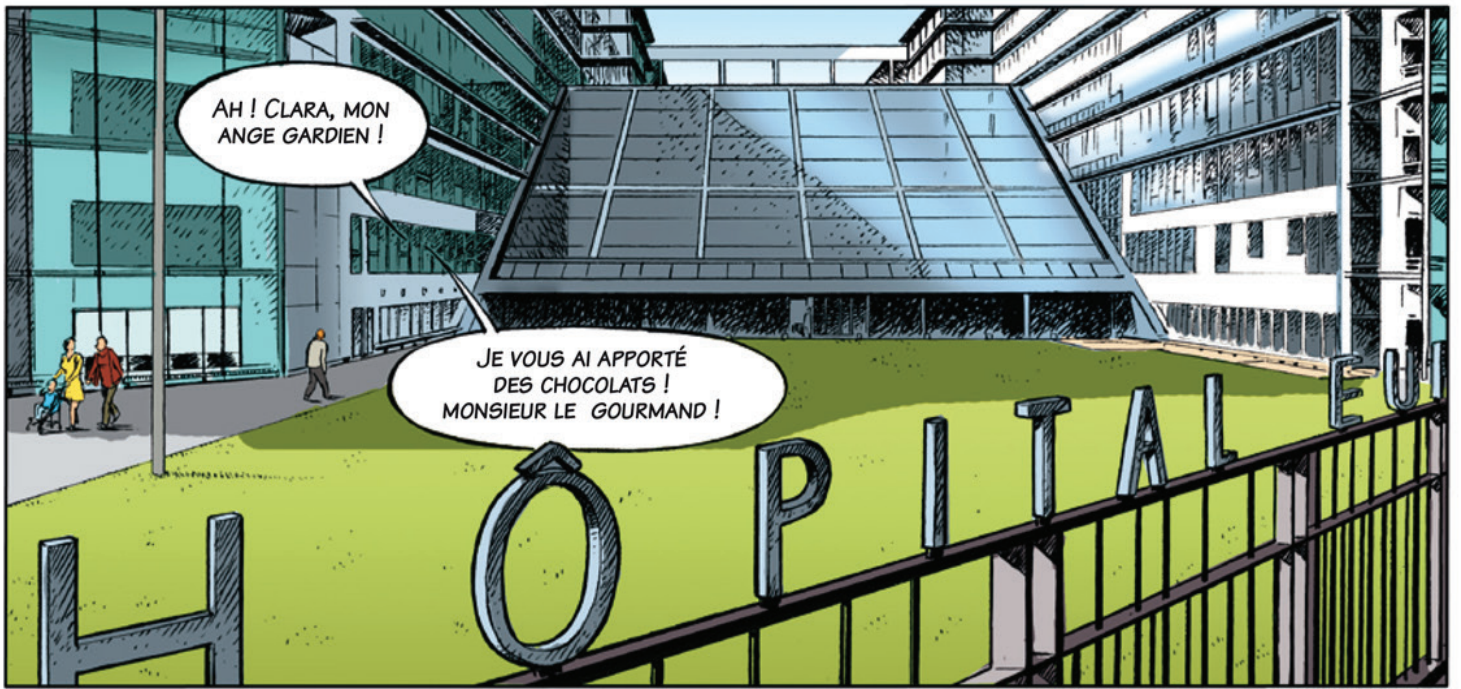
ÉPISODE ③

Par le Pr PIERRE COSTA

VERSION MÉDECIN

Clara Forest est une femme indépendante et active mais elle souffre d'une envie pressante et quasi permanente de faire pipi. Outre le fait qu'elle soit stressée sa vie affective s'en ressent.





L'Hyperactivité Vésicale de l'Adulte en Médecine Générale

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

Vous venez de lire le troisième 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 3 - Comment explorer l'hyperactivité vésicale et comment travailler avec les autres spécialistes ?

L'exploration de l'hyperactivité vésicale de l'adulte a pour objectifs :

- De rechercher des facteurs aggravants potentiellement réversibles.
- D'évoquer les étiologies possibles pour guider le choix des explorations complémentaires et proposer un traitement.
- De proposer si nécessaire un avis auprès d'un autre spécialiste afin d'envisager un traitement spécifique si une pathologie particulière est identifiée.

Cette exploration est essentiellement clinique, basée sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

Remarque : avant de débiter l'interrogatoire, il est souvent prudent de reformuler la plainte de la patiente pour s'assurer que l'on a bien compris et qu'il s'agit bien d'une hyperactivité vésicale.

Exemple de reformulation : « bon si vous voulez bien je vais vous dire ce que j'ai compris pour que nous soyons bien sûr de parler de la même chose : vous ressentez des envies d'uriner très pressantes, impérieuses qui vous obligent à courir aux toilettes et parfois vous avez une petite fuite urinaire ; cela vous arrive aussi la nuit et vous réveille ; par contre quand vous toussiez ou éternuez vous n'avez pas forcément de fuite urinaire. Est-ce bien cela ? »

• RECHERCHER DES FACTEURS AGGRAVANTS POTENTIELLEMENT RÉVERSIBLES :

Ce sont essentiellement des erreurs hygiéno-diététiques et des médicaments influençant le comportement de la vessie. ⁽¹⁾

L'interrogatoire précisera s'il y a :

- Des apports hydriques excessifs (potomanie), ou une mauvaise répartition des prises liquidiennes dans la journée.
- Une consommation de café ou de boisson contenant de la caféine trop importante.
- Une prise de médicaments favorisant l'incontinence urinaire, surtout en cas de polymédication :
 - diurétiques,
 - médicaments diminuant le tonus urétral (alpha-bloquants),
 - médicaments favorisant une rétention urinaire et une incontinence par regorgement (antidépresseurs imipraminiques, antipsychotiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, analgésiques morphiniques, alpha-sympathomimétiques comme les décongestionnants nasaux, inhibiteurs calciques, sympathomimétiques),
 - médicaments à effet sédatif (psychotropes, antihistaminiques et analgésiques morphiniques hypnotiques et anxiolytiques).

• ÉVOQUER LES DIFFÉRENTES ÉTIOLOGIES DE L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE :

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 l'hyperactivité vésicale appartient à 4 grands groupes étiologiques : idiopathique, causes psychologiques, maladies neurologiques centrales et causes locales (par irritation vésicale).

• **L'interrogatoire est un temps capital** pour rechercher des symptômes ou signes associés qui orienteront vers une pathologie organique susceptible de bénéficier d'un traitement spécifique.

Pour cela, il faudra rechercher :

- la présence de troubles mictionnels associés à l'urgenturie et à la pollakiurie (qui définissent l'hyperactivité vésicale) comme d'une dysurie (obstruction ?), hématurie (tumeur vésicale ?), brûlures urinaires, urines malodorantes (infection urinaire ?)...
- une irritation locale ou une douleur pendant les rapports sexuels (vagin atrophique ?) ;
- des troubles neurologiques généraux tels vertiges, difficultés à la marche, pertes d'équilibre, rigidité...(SEP ? Parkinson ?) ou locaux comme dysesthésies périnéales, troubles sphinctériens anaux, troubles sexuels (SEP ? Tumeur médullaire ?),
- des troubles de l'humeur, un syndrome confusionnel, des crises émotionnelles (dépression ? hystérie ?) ...

- **Le catalogue (ou calendrier) mictionnel** n'est pas obligatoire. Mais il va parfois s'avérer très utile, comme lorsqu'il va venir compléter les renseignements apportés par un interrogatoire difficile, peu précis, ne permettant pas de guider la suite de la prise en charge. La patiente devra noter le degré d'urgence des besoins pressants, le nombre de mictions, la fréquence de ses épisodes d'incontinence et leurs circonstances d'apparition. Elle pourra aussi mesurer les quantités d'urines émises donc d'établir sa diurèse en séparant le jour de la nuit.

CALENDRIER MICTIONNEL											
1 ^{er} jour				2 ^e jour				3 ^e jour			
HEURES	DÉGRÉ d'urgence	FUITES	VOLUME ml	HEURES	DÉGRÉ d'urgence	FUITES	VOLUME ml	HEURES	DÉGRÉ d'urgence	FUITES	VOLUME ml

Quelques circonstances où le calendrier mictionnel se montre très utile :

- **Hyperactivité vésicale, incontinence urinaire à l'effort ou incontinence urinaire mixte ?** la patiente ne fait pas la différence, elle ne peut préciser les circonstances qui précèdent ses fuites urinaires... besoin urgent ? effort brutal ? elle le notera sur son catalogue mictionnel et il deviendra possible de caractériser son incontinence ;
- **Pollakiurie ou polyurie ?** une pollakiurie est une augmentation des mictions (plus de 8 par 24h) mais sans augmentation de la diurèse qui doit rester de l'ordre de 1.5l à 2l. au-delà il s'agira d'une polyurie qui peut traduire une potomanie mais aussi un diabète sucré ou un diabète insipide...
- **Pollakiurie nocturne ou nycturie vraie ?** la patiente se réveille 2, 3 ou 4 fois la nuit pour uriner. Pour savoir s'il s'agit d'une nycturie vraie, c'est à dire d'une augmentation de la fabrication d'urines la nuit il faut mesurer la diurèse en séparant le jour de la nuit. Dans la nycturie la quantité d'urines émises pendant la nuit est supérieure à 30% de la diurèse totale des 24 h (diabète insipide ? syndrome d'apnée du sommeil ?...)
- **L'examen clinique** est essentiellement uro-gynécologique et neurologique.
 - Observer le méat pour diagnostiquer une sténose.
 - Faire pousser et tousser la patiente à vessie pleine pour visualiser une incontinence urinaire d'effort, diagnostiquer une fistule vésico-vaginale, noter l'existence d'un prolapsus génital,
 - Réaliser un toucher vaginal après miction, à vessie vide, pour palper une masse pelvienne ou diagnostiquer l'existence d'un résidu postmictionnel, parfois d'un véritable globe vésical.
 - Évaluer lors de ce toucher vaginal la qualité de la contraction des muscles releveurs.
 - Tester la sensibilité et la réflexivité périnéale (S2, S3, S4).
 - Réaliser un examen clinique neurologique général.

Les positions des différents territoires de la sensibilité périnéale de la femme ⁽²⁾.

