

Recommandations pour la pratique des explorations endoscopiques, biologiques, et électrophysiologiques dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique

François MONNEINS

Service d'Urologie – Centre Hospitalier, Gonesse

Le bilan d'une incontinence urinaire féminine est essentiellement basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

Les examens complémentaires peuvent néanmoins être envisagés selon le type et l'ancienneté de la symptomatologie et de son éventuelle association à une autre pathologie urologique et pelvi-périnéale.

I. URETROCYSTOSCOPIE

Selon l'ANAES (1), la cystoscopie n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire.

Néanmoins, l'urétrocystoscopie est indiquée dans plusieurs circonstances : (4)

- Hématurie micro ou macroscopique nécessitant la recherche d'une tumeur associée surtout en présence de facteurs de risque de tumeur urothéliale (intoxication tabagique, profession exposée)
- Signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire
- Présence de douleurs vésicales ou pelviennes inexplicables.
- Infections urinaires récurrentes
- Discordance entre symptomatologie et bilan urodynamique, ce dernier ne reproduisant pas les symptômes décrits par la patiente.
- Bilan d'un échec, d'une récurrence ou d'une complication de chirurgie de l'incontinence urinaire,
- Suspicion de fistule uro-génitale

En per-opératoire (3, 4)

- Vérification de l'intégrité urétrale et vésicale lors de la réalisation d'une intervention pour incontinence urinaire à risque vésico-urétral (8)
- Bilan local avant et après la mise en place de ballons péri-urétraux ou d'injections péri-urétrales.

II. TECHNIQUE DE L'URETROCYSTOSCOPIE

1. Cet examen sera pratiqué à urine stérile.

On utilise soit un fibroscope, soit un urétrocystoscope avec un optique de 30° qui permet de visualiser l'urètre et le col. L'optique de 70° permet de visualiser la calotte. Le fibroscope est parfois mieux toléré par la patiente qu'un endoscope rigide. L'appareil est lubrifié avec un gel de Xylocaïne, ce qui permet son introduction sans difficulté. L'endoscope est relié à un moniteur vidéo, ce qui permet l'enregistrement et la conservation éventuelle des images observées (6).

2. Le déroulement de l'examen endoscopique suit un ordre précis.

La muqueuse de l'urètre et de la vessie peut être éraflée lors de l'introduction de l'endoscope.

Il convient d'inspecter soigneusement la muqueuse urétrale lors du premier passage de l'endoscope lubrifié jusque dans la vessie.

Dans un premier temps, l'endoscope est avancé au-delà de la jonction uréthro-vésicale, jusque dans la vessie en évitant de toucher la paroi opposée, ce qui pourrait laisser une empreinte circulaire d'hyperémie. La vessie est inspectée à la recherche de corps étranger, de lésion tumorale, de lésion muqueuse, de diverticule. Puis on examine le trigone et les deux orifices urétéraux, leur mobilité et l'aspect des urines qu'ils éjaculent.

L'endoscope est alors retiré progressivement de l'urètre. En s'aidant d'une pression digitale sur la paroi vaginale antérieure, on recherche la présence de diverticules urétraux.

Correspondance:

François Monneins
 Service d'Urologie – Centre Hospitalier
 25, rue Pierre de Teilley 95500 GONESSE
 Téléphone : 01.34 53 22 97
 e-mail : francois.monneins@ch-gonesse.fr

Les suites de cet examen endoscopique sont habituellement très simples et ne posent pas de problème particulier.

L'infection urinaire est une complication potentielle de cette investigation. Néanmoins, l'incidence réelle de la bactériurie est de 2 à 18 % dans la littérature. Pour certains, il est prudent de réaliser ce geste endoscopique sous couvert d'une antibiothérapie prophylactique (quinolones).

III. URETRO-CYSTOSCOPIES PATHOLOGIQUES

Différentes situations pathologiques peuvent être observées :

1. Les tumeurs de vessie

L'incontinence urinaire permet de révéler une tumeur vésicale dans moins de 2% des cas. Une cystoscopie sera pratiquée lorsque des éléments font suspecter une pathologie urothéliale (hématurie microscopique ou macroscopique, signes irritatifs vésicaux, infections urinaires récidivantes, facteurs de risque). La lésion peut prendre l'aspect d'une tumeur végétante ou d'une lésion érythémateuse plane (carcinome in situ).

2. Compression extrinsèque de la vessie par une tumeur pelvienne utérine ou ovarienne.

On peut également noter l'empreinte réalisée par une ampoule rectale pleine chez une patiente présentant une constipation terminale.

3. Evaluation de la mobilité cervico-urétrale

La présence ou l'absence de mobilité cervico-urétrale est un élément diagnostique important chez les patientes atteintes d'incontinence urinaire d'effort. Cette mobilité est appréciée cliniquement, éventuellement par le « Qtip test ». Une évaluation échographique est également possible. Certains auteurs proposent une évaluation endoscopique de cette mobilité. Pour apprécier cette mobilité, l'examineur place l'endoscope près de la jonction uréthro-vésicale, dans l'urètre distal, puis fait « tousser et pousser » la patiente.

Malheureusement, une telle mobilité du col vésical est fréquente chez la femme continente et ne constitue pas une caractéristique spécifique de l'incontinence urinaire d'effort. (2)

Cependant, chez une patiente se plaignant d'une incontinence urinaire d'effort, le manque de mobilité cervico-urétrale lors des efforts de toux est important à reconnaître. En effet, l'absence de mobilité cervico-urétrale est un facteur d'échec de la chirurgie de suspension sous urétrale.

A l'endoscopie, on constate un urètre ouvert, plus ou moins rigide, donnant l'aspect d'un urètre en « tuyau de pipe ». Dans l'incontinence récidivée post-opératoire, on peut observer un aspect d'urètre fixé, raccourci et rigide.

Le diagnostic endoscopique ne permet pas de confirmer l'insuffisance sphinctérienne vraie. Un bilan urodynamique avec mesure des pressions de clôture urétrale et/ou VLPP est nécessaire.

4. Recherche de corps étranger vésical

La cystoscopie doit être systématique devant des signes irritatifs, une hématurie ou des infections urinaires récidivantes après

chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort. Elle recherchera un corps étranger vésical ou urétral. Il faut rappeler que l'examen exhaustif de la face antérieure de la vessie nécessite d'utiliser un optique 70° ou un fibroscope.

5. La cystite interstitielle

Elle doit être suspectée devant des douleurs sus-pubiennes liées au remplissage vésical souvent accompagnées de pollakiurie.

Les constatations endoscopiques sont observées au cours d'une hydro-distension de la vessie ou à son décours. Cette hydro-distension est douloureuse et l'examen doit être réalisé sous anesthésie générale ou régionale.

Deux anomalies sont caractéristiques de la cystite interstitielle : les glomérulations sous muqueuses (hémorragies localisées –pétéchies- apparaissant en réponse à la distension, probablement en raison de la rupture des vaisseaux sanguins située dans la sous muqueuse), l'ulcère de Hunner

Une biopsie doit être réalisée montrant une infiltration par des cellules inflammatoires mononuclées incluant des cellules mastocytaires et un tissu de granulation. La biopsie permet surtout d'exclure la présence d'un carcinome in situ dont la symptomatologie peut être confondue avec celle d'une cystite interstitielle

6. Les diverticules urétraux

Leur fréquence est de 1 à 5%. Les diverticules urétraux peuvent être à l'origine d'infections urinaires récurrentes, de douleurs vaginales antérieures si le diverticule s'infecte, d'écoulements urétraux

Des cas de carcinome urétral se développant dans un diverticule ont été rapportés. L'urétrocystoscopie ne permet pas toujours de confirmer leur présence. Elle doit être effectuée si l'exérèse des diverticules est envisagée en cas d'infection ou d'abcédation.

Il est possible d'observer une communication entre le diverticule et l'urètre. Les diverticules urétraux siègent généralement à la face postérieure de l'urètre distal et peuvent laisser sourdre du pus lorsqu'on exerce une pression digitale de la face antérieure du vagin lors de l'endoscopie.

7. L'uretère ectopique.

Il s'insère en dehors de son site anatomique normal, ce qui correspond à une duplication du système collecteur des urines (0,9 % des cas).

L'insertion de l'uretère ectopique peut se situer à n'importe quelle position, plus caudale, sur le trigone, le col de la vessie, l'urètre ou le vagin.

L'incontinence peut survenir si l'uretère ectopique s'abouche dans l'urètre, sous le sphincter. Pour visualiser cet orifice ectopique, on peut s'aider d'une injection intra-veineuse d'un colorant à élimination urinaire rapide (indigo carmin).

8. L'urétérocèle

L'urétérocèle est une dilatation kystique de la partie intra-vésicale de l'uretère. Il s'ouvre normalement dans la vessie au niveau du méat urétral. Néanmoins, l'urétérocèle peut être

ectopique, l'orifice urétéral communiquant avec le col de la vessie ou l'urètre.

Les urétérocèles peuvent être associées à un reflux ou à une lithiase urinaire occupant l'urétérocèle.

Une petite urétérocèle observée chez la femme adulte n'est généralement pas cliniquement significative et ne rentre pas dans le mécanisme de l'incontinence urinaire.

9. Les fistules uréthro-vésicales et vésico-vaginales

Elles doivent être recherchées lorsque l'on constate une incontinence urinaire post-opératoire après chirurgie pelvienne (hystérectomie). Ces fistules sont situées au niveau de la paroi postérieure de la vessie.

L'endoscopie permet de localiser l'orifice fistuleux par rapport aux orifices urétraux, d'apprécier l'état de la paroi vésicale avant une intervention chirurgicale réparatrice et de pratiquer si nécessaire une biopsie en cas de suspicion de tumeur maligne. Il est possible de remplir la vessie de liquide coloré en bleu pour mieux visualiser la fistule.

10. L'endoscopie per-opératoire

La cystoscopie peut-être également utilisée en per-opératoire pour vérifier l'intégrité urétrale et vésicale lors de la réalisation d'une intervention pour incontinence urinaire à risque vésico-urétral (mise en place d'une bandelette sous-urétrale par voie rétro-pubienne par exemple).

Le but de la cystoscopie est de rechercher une éventuelle perforation de la paroi vésicale ou urétrale (5).

Enfin, l'urétrocystoscopie est nécessaire au bilan local avant de réaliser une injection péri-urétrale ou de mettre en place des ballons pour traiter certaines formes d'incontinence urinaire (7).

IV. EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

La réalisation d'une analyse des urines par bandelette urinaire ou examen cyto bactériologique des urines est indiquée chez des patientes présentant des troubles mictionnels. Cette analyse permet de détecter une hématurie microscopique, une leucocyturie ou une infection urinaire. Six patientes sur dix présentant une vessie non hyperactive vont développer des signes d'hyperactivité vésicale lors d'une infection urinaire.

Les indications de l'analyse des urines chez la patiente incontinente ont été précisées par l'ANAES en 2003 (1):

- Patiente présentant une incontinence urinaire par impériosité ou mixte
- Patiente âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quelle que soit le type de l'incontinence urinaire
- Avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie

Cette analyse peut être réalisée par bandelette urinaire ou un examen cyto bactériologique des urines.

V. CYTOPATHOLOGIE URINAIRE

L'incontinence urinaire permet de révéler une tumeur vésicale dans moins de 2% des cas. La présence de cellules urothéliales suspectes ou franchement tumorales à la cytologie urinaire peut orienter vers une tumeur de vessie ou un carcinome in situ et conduire à réaliser une endoscopie vésicale (7).

La réalisation d'une cytologie urinaire n'est pas recommandée dans le bilan d'une incontinence urinaire pure. Elle est, par contre, recommandée en cas de signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire, d'hématurie microscopique, de facteurs de risque de tumeur vésicale (intoxication tabagique, profession exposée). Cette cytologie urinaire doit être réalisée sur des urines concentrées par un cytopathologiste entraîné.

VI. EXPLORATIONS ELECTROPHYSIOLOGIQUES

Les explorations électrophysiologiques périnéales comportent l'électromyogramme analytique, l'étude de la latence distale du nerf pudendal, l'étude des potentiels évoqués somesthésiques du nerf pudendal, la latence du réflexe bulbocaverneux.

Même si des neuropathies d'étirement du nerf pudendal sont fréquentes chez des patientes présentant une incontinence urinaire ou opérées d'incontinence urinaire ou de prolapsus génital, la pratique d'explorations électrophysiologiques n'a aucun intérêt dans l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique tant sur le plan diagnostique que thérapeutique (7).

La pratique d'électromyogrammes réalisés par l'intermédiaire d'électrodes collées périnéales et enregistrant de manière globale et non spécifique l'activité électrique des muscles périnéaux, n'a en particulier aucune utilité.

Les explorations électrophysiologiques périnéales ne sont pas recommandées dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique.

RÉFÉRENCES

1. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Recommandations de l'ANAES 2003, 1 – 136
2. Govier F. – Pritchette Th. – Kornman J. Correlation of the cystoscopic appearance and functional integrity of the female urethral sphincteric mechanism Urology. 1994, 44, 2 : 250 - 253
3. Grossmann t. – Darai e. – Deval b. – Benifa j.l. – Sebban e. – Benolleau c. – Madelenat p. Place de l'endoscopie dans la chirurgie de l'incontinence urinaire Ann. Chir. : (Paris), 1996, 50, 10, 896 – 905
4. Klutke j. – Klutke g. Endoscopie dans la dysfonction bénigne du plancher pelvien Dysfonctionnements du plancher pelvien. Tome 1. Physiopathologie et investigations. ©2005 Elsevier SAS, 273 -280
5. O'shaughnessy M. Incontinence, urinary : comprehensive - review of medical and surgical – aspects. San Francisco / Ed. TERRIS MK, 2006 / Last Updated : February 15
6. Scotti Rj – Ostergard Dr – Guillaume Aa – Kohatsu Ke Predictive value of urethroscopy as compared to urodynamics in the diagnosis of genuine stress incontinence. J Reprod Med. 1990, 35, (8) : 772-6
7. Tubaro A. Imaging and other investigation (2005) In : Abrams A., Cardozo L., Khoury S., Wein A. Incontinence . Health Publication Ltd, PARIS p 707-797
8. Tulikangas P. – Weber A. – Larive A. – Walters M. Intraoperative cystoscopy in conjunction with anti-incontinence surgery. Obstetrics-and-gynecology, 2000, 95 (6:PART1) : 794-796

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DES EXPLORATIONS ENDOSCOPIQUES, BIOLOGIQUES ET ELECTROPHYSIOLOGIQUES DANS L'EXPLORATION D'UNE INCONTINENCE URINAIRE FEMININE NON NEUROLOGIQUE

Urétrocystoscopie

- L'urétro-cystoscopie n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire en dehors des circonstances suivantes :
 - Hématurie micro ou macroscopique nécessitant la recherche d'une tumeur associée surtout en présence de facteurs de risque de tumeur urothéliale (intoxication tabagique, profession exposée)
 - Signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire
 - Présence de douleurs vésicales ou pelviennes inexplicables.
 - Infections urinaires récidivantes
 - Discordance entre symptomatologie et bilan urodynamique, ce dernier ne reproduisant pas les symptômes décrits par la patiente.
 - Bilan d'un échec, d'une récurrence ou d'une complication de chirurgie de l'incontinence urinaire,
 - Suspicion de fistule uro-génitale

Contrôle de la stérilité des urines

- Le contrôle de la stérilité des urines est recommandé dans les indications suivantes :
 - Patiente présentant une incontinence urinaire par impériosité ou mixte
 - Patiente âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quelle que soit le type de l'incontinence urinaire
 - Avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie
 - Ce contrôle peut être réalisé par bandelette urinaire ou par examen cytot bactériologique des urines.

Cytologie urinaire

- La réalisation d'une cytologie urinaire :
 - n'est pas recommandée dans le bilan d'une incontinence urinaire d'effort pure.
 - est, par contre recommandée en présence de signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire, d'hématurie microscopique, de facteurs de risque de tumeur vésicale (intoxication tabagique, profession exposée).
 - doit être réalisée sur des urines concentrées par un urocytologiste.

Explorations électrophysiologiques périnéales

- Les explorations électrophysiologiques périnéales ne sont pas recommandées dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique.

GUIDELINES FOR ENDOSCOPIC, LABORATORY AND ELECTROPHYSIOLOGICAL EXAMINATIONS IN THE INVESTIGATION OF NON-NEUROLOGICAL FEMALE URINARY INCONTINENCE

Cystourethroscopy

- Cystourethroscopy is not recommended in the initial work-up of urinary incontinence except in the following circumstances:
 - Microscopic or macroscopic haematuria requiring screening for an associated tumour especially in the presence of risk factors for urothelial tumour (smoking, occupational exposure).
 - Signs of bladder irritation in the absence of urinary tract infection.
 - Unexplained bladder or pelvic pain.
 - Recurrent urinary tract infections.
 - Discordance between clinical features and urodynamic assessment, which fails to reproduce the symptoms described by the patient.
 - Work-up of a failure, recurrence or complication of urinary incontinence surgery.
 - Suspected urogenital fistula.

Test for sterile urine

- A test for sterile urine is recommended in the following situations:
 - Woman with urge or mixed urinary incontinence.
 - Elderly woman who regularly uses pads for urinary incontinence, regardless of the type of urinary incontinence.
 - Before performing a urodynamic assessment or cystoscopy.
 - This test can be performed by urine dipsticks or urine culture.

Urine cytology

- Urine cytology:
 - is not recommended in the assessment of pure urinary stress incontinence.
 - but is recommended in the presence of signs of bladder irritation in the absence of urinary tract infection, microscopic haematuria, risk factors for bladder tumour (smoking, occupational exposure).
 - and must be performed on concentrated urine by a urocytologist.

Perineal electrophysiological studies

- Perineal electrophysiological studies are not recommended in the investigation of non-neurological female urinary incontinence.