Progrès en urologie (2014) 24, 73-76

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CAS CLINIQUE N° 21

Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale

P. Mouracade*

Service de chirurgie urologique, Nouvel-Hôpital-Civil, 1, place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg Cedex, France

Commentaires d'expert : C. Saussine

Service de chirurgie urologique, Nouvel-Hôpital-Civil, 1, place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg Cedex, France

Cas clinique

Anamnèse

Pas de notion de prise médicamenteuse. À l'interrogatoire, on retrouve une urgenturie associée à une pollakiurie. La patiente se lève deux fois par nuit pour uriner. Elle vous raconte que de temps en temps, elle présente des fuites urinaires précédées d'une urgenturie. Elle vous montre des examens cyto-bactériologiques des urines (ECBU) réalisés à plusieurs reprises pendant ces trois dernières années, qui étaient négatifs, une échographie réno-vésicale prescrite par son médecin traitant, qui ne montre aucune anomalie morphologique et un résidu post-mictionnel de 10 cc. L'examen urogynécologique est sans particularité. La bandelette urinaire est normale.

Motif de la consultation

Patiente, âgée de 30 ans, sans antécédent particulier vient consulter pour une urgenturie et une pollakiurie évoluant depuis 3 ans.

Questions

1re question

Comment définissez-vous les mots suivants : « urgenturie », « pollakiurie diurne », « nycturie » et « incontinence par urgenturie » ?

2e question

Vous avez éliminé les différentes pathologies irritatives de la vessie telles que cystite infectieuse ou chimique, calcul vésical, corps étranger vésical.

Quel diagnostic pouvez-vous évoquer devant ce tableau clinique ?

3e question

Comment orientez-vous votre anamnèse devant une suspicion de l'hyperactivité vésicale (HV) ?

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : pascal.mouracade@chru-strasbourg.fr (P. Mouracade).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

4e question

Existe-t-il d'autres examens complémentaires à demander afin de compléter le bilan initial ?

5e question

Vous avez revu la patiente la semaine suivante en consultation avec ce catalogue mictionnel (Fig 1).

Décrivez-le.

6e question

Ne retrouvant pas d'étiologie à cette HV, vous décidez de réaliser un bilan urodynamique (BUD).

Quel est l'intérêt du BUD dans l'HV d'allure idiopathique ?

7e question

En figure 2 le résultat de la cystomanométrie. Commentez-la.

8e question

Quel traitement de première intention proposez-vous à cette patiente ?

9e question

Un mois après l'instauration d'un traitement par oxybutynine, la patiente n'est toujours pas soulagée. Les questionnaires de symptômes et de qualité de vie ainsi que le catalogue mictionnel ne montraient pas d'amélioration. Vous essayez le solifénacine pendant 1 mois, puis une association médicamenteuse mais toujours sans succès. Vous êtes devant un tableau d'hyperactivité vésicale rebelle ou réfractaire au traitement médical.

Quelle est la définition d'une hyperactivité vésicale réfractaire ou rebelle ?

10e Question

Quelle(s) autre(s) modalité(s) thérapeutiques de deuxième ligne pourrez-vous lui proposer ?

Date	Heure	Boisson (cc)	Miction (cc)	Fuites urinaires	remarques
22/11/2010	8:30		300		lever
	8:45	300			
	9:15		100	+	
	10:30		90		
	11:45	400			
	12:00		85		
	12:30	200			
	14:00		80		
	15:20		100	+	
	16:15		70		
	19:05		90		
	20:10	400			
	21:00		105		
	23:00		70	+	
	23:45		80		coucher
	03:00		110		
	03:05	100			
23/11/2010	07:30		400		lever
	9:05	300			
	9:30		70	+	
	10:00	150			
	11:00		90		
	12:00	150			
	12:15		70	+	
	13:30		80		
	14:40	333			
	16:00		90		
	17:40		60	+	
	19:05		70		
	20:10	500			
	21:03		110		
	22:00		50		coucher
	04:00		80	+	
24/11/2020	07:30	300		lever	

Figure 1. Catalogue mictionnel.

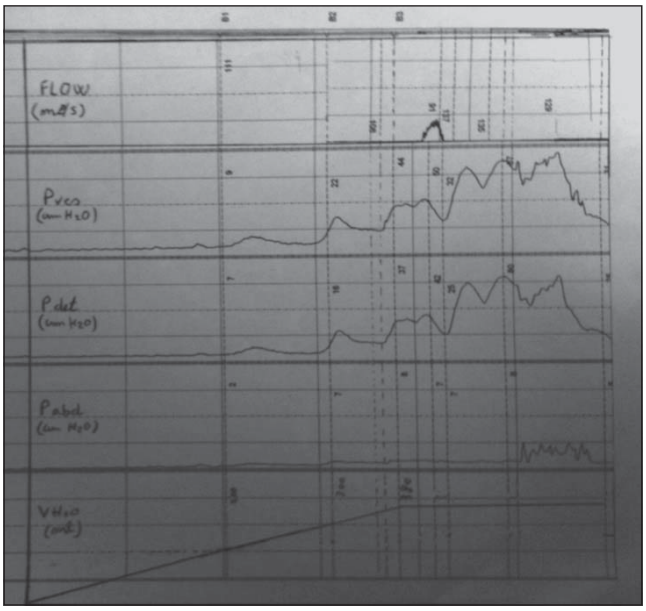

Figure 2. Cystomanométrie

Réponses

Réponse 1

Selon la terminologie adoptée par l'*International Continence Society* (ICS) en 2002 :

- L'urgenturie est définie comme un désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner.
- La nycturie est définie comme un besoin d'uriner réveillant le patient.
- La pollakiurie diurne est définie comme une augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée.
- L'incontinence urinaire par urgenturie est définie comme des fuites involontaires d'urine accompagnées ou immédiatement précédées par une urgenturie.

Réponse 2

Le syndrome clinique d'HV est défini comme la survenue d'urgenturie avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associée à une pollakiurie ou à une nycturie.

Réponse 3

L'interrogatoire recherche les antécédents de troubles neurologiques, les antécédents chirurgicaux urologiques ou gynécologiques, l'âge d'acquisition de la continence et les modalités d'installation des symptômes (l'apparition récente des troubles peut être un élément sémiologique déterminant devant une HV en faveur d'une étiologie neurologique en opposition à une immaturité vésicale idiopathique avec son apparition dès l'enfance avec énurésie tardive et urgence mictionnelle, souvent présente tout au long de la vie). Il identifie le symptôme considéré comme le plus gênant, recherche une modification des symptômes dans le temps ou une association à d'autres symptômes de type obstructif et recherche de troubles anorectaux ou sexuels associés. L'examen clinique doit comporter un examen neurologique pour éliminer une origine neurologique de cette HV (voir avis du neurologue) et urogénital complet [1].

Réponse 4

Le bilan doit être complété par le remplissage d'un catalogue mictionnel sur 3 jours consécutifs. Le catalogue mictionnel renseigne sur le volume mictionnel maximal, la fréquence des besoins et les volumes urinés. Il permet de dépister des habitudes hygiénodiététiques déviantes et sera utile dans le suivi thérapeutique. Le remplissage de questionnaires de qualité de vie tels que le ditrovie, l'incontinence impact questionnaire-7 (IIQ-7) ou l'*Urogenital Distress Inventory-6* (UDI-6) permet d'explorer les symptômes chez les patientes avec une incontinence urinaire par urgenturie.

Réponse 5

La fréquence mictionnelle diurne, nombre de mictions pendant la période d'éveil incluant la première miction matinale et la dernière miction avant endormissement, varie entre 10 et 11. La nycturie, nombre de mictions pendant la période de sommeil en sachant que chaque miction doit être précédée et immédiatement suivie d'une période de sommeil, est de 1. La fréquence mictionnelle journalière, addition de la fréquence mictionnelle diurne et nocturne, soit la totalité des épisodes mictionnels par période de 24 heures, varie entre 11 et 12. La diurèse de 24 heures varie entre 1 170 et 1 280 ml. La diurèse nocturne définie par le volume mictionnel produit au cours des mictions nocturnes en excluant la dernière miction avant endormissement mais en incluant la première miction matinale varie entre 380 et 550 ml. L'apport liquidien de 24 heures varie entre 1 400 et 1 433 ml. Pas de polydipsie mise en évidence. Le volume mictionnel maximal est de 400 cc c'est le volume mictionnel maximal produit en une seule miction et enregistré dans un catalogue mictionnel.

On note en moyenne trois épisodes de fuites urinaires par jour et une fuite urinaire nocturne.

On note l'absence de polyurie définie par un volume urinaire > 40 ml/kg/24 heures.

Réponse 6

Devant une incontinence urinaire par urgenturie, une urgenturie ou une pollakiurie, la constatation d'une hyperactivité du détrusor en cystomanométrie permet d'incriminer ce mécanisme physiopathologique dans la genèse des symptômes, mais ne permet pas de conclure sur l'étiologie neurologique ou idiopathique de l'HV. Un trouble concomitant de la sensibilité (abolition de la perception du besoin) est en revanche en faveur d'une étiologie neurologique de même que la constatation d'une dyssynergie vésico-sphinctérienne. La mise en évidence d'une telle anomalie a de plus une valeur localisatrice, préjugeant d'une lésion *supra*-sacrée et *infra*-protubérantielle.

L'absence d'une hyperactivité du détrusor en cystomanométrie ne réfute pas le diagnostic clinique d'hyperactivité vésicale.

Réponse 7

Le premier besoin est à 200 ml.
Le besoin pressant est à 300 ml.
Le besoin impérieux est à 380 ml.
La capacité cystomanomtétrique est de 380 cc.
La compliance vésicale est de 25 ml/cmH_2O.
On note une hyperactivité du détrusor phasique débutant vers 230 ml, responsable d'une fuite urinaire. La pression maximale des contractions non inhibée est de 80 cmH_2O.

Réponse 8

Le traitement de première intention est la rééducation avec une kinésithérapie comportementale et une électrostimulation à basse fréquence qui a pour but de supprimer les contractions involontaires du détrusor grâce à la mise en œuvre du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur. L'objectif est d'augmenter le volume mictionnel et l'intervalle entre chaque miction, pour finalement améliorer le comportement mictionnel. L'entraînement vésical est généralement complété par des exercices visant à renforcer le plancher pelvien. La prise d'anticholinergiques de type oxybutynine 5 mg × 3/j ou son équivalent tel le chlorure de trospium, et la solifénacine.

Réponse 9

Il n'existe pas de définition standardisée pour décrire une hyperactivité vésicale réfractaire. On sous-entend par le mot « réfractaire » : réfractaire au traitement médical après utilisation de deux anticholinergiques différents ou association d'anticholinergique (par absence d'effet ou intolérance médicamenteuse). La durée de traitement nécessaire avant de parler de HV réfractaire ne doit pas être inferieure à 3 mois [2].

Réponse 10

La neuromodulation sacrée : plusieurs études ont évalué l'efficacité à long terme (plus de 3 à 5 ans) de la neuromodulation. Les résultats se maintiennent avec un taux de succès situé entre 56 et 84 % (le succès étant défini comme une amélioration de plus de 50 % des symptômes). Les échecs surviennent en majorité dans les deux premières années [3]. L'injection intradétrusorienne de toxine botulique A : la toxine botulique A a l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication d'hyperactivité vésicale idiopathique [4].

Commentaires d'expert : Pr Saussine

Le bilan d'une hyperactivité vésicale nouvellement diagnostiquée et *a fortiori* d'une hyperactivité du détrusor doit rechercher une épine irritative vésicale, une obstruction *infra*-vésicale et une cause neurologique. De ce fait il doit comprendre :

- un ECBU ;
- une échographie abdominopelvienne ;
- une cystoscopie ou fibroscopie vésicale ;
- un dosage des folates et vitamines B12 ;
- une IRM médullaire, voire cérébrale.

En pratique, il est cependant admis de débuter par un traitement anticholinergiques d'essai. S'il est efficace et fait disparaître tous les symptômes, le bilan n'est pas forcément indispensable en l'absence d'autres signes.

Une HV est dite « réfractaire » lorsqu'elle ne répond pas aux anticholinergiques. Lorsque les anticholinergiques, la rééducation, la neuromodulation sacrée, voire la toxine botulique, sont inefficaces le traitement recommandé est l'entérocystoplastie d'agrandissement.

Liens d'intérêts

P. Moucarade a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêts pour cet article.

C. Saussine : Essais cliniques en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal (Cousin, Aspide Medical) ; Essais cliniques en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (AMS, EDAP) ; Rapports d'expertises (expert de la cour d'appel de Colmar) ; Activités ponctuelles de conseil (Allergan, AMS, Coloplast, GSK) ; Invitations à des conférences en qualité d'auditeur – frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise (Pierre Fabre).

Références

[1] Hubeaux K, Jousse M, AmarencoG. Hyperactivité vésicale idiopathique de la femme et système nerveux autonome. Prog Urol 2012;22:199-206.
[2] Chartier-Kastler E, Castro-Diaza D, De Ridder D, Everaert K, Sievert KD, Spinelli M, et al. Le point sur les traitements de seconde ligne de l'hyperactivité vésicale idiopathique. Prog Urol 2009;19:530-7.
[3] Cardot V, Berlizot P, Le Normand L. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine par hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire par neuromodulation sacrée. Prog Urol 2010;20:S161-9.
[4] Peyrat L, Ragni E. Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine par hyperactivité vésicale idiopathique réfractaire par la toxine botulique A. Prog Urol 2010;20:S170-3.