



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Évaluation d'un syndrome clinique d'hyperactivité vésicale non neurologique

Evaluation of non-neurogenic overactive bladder syndrome

V. Phé^{a,*}, X. Gamé^b

^a Sorbonne Université, service d'urologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique—Hôpitaux de Paris, Paris, France

^b Département d'urologie, transplantation rénale et andrologie, CHU de Rangueil, université Paul-Sabatier, Toulouse, France

Reçu le 26 juillet 2020 ; accepté le 4 septembre 2020

MOTS CLÉS

Hyperactivité vésicale ;
Évaluation ;
Calendrier mictionnel ;
Questionnaires ;
Qualité de vie ;
Infection urinaire ;
Résidu post-mictionnel ;
Cystoscopie ;
Urodynamique

Résumé

Introduction. — L'évaluation initiale des patients souffrant du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV) a fait l'objet de recommandations internationales.

Objectif. — Faire une synthèse des connaissances actuelles sur l'évaluation du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV).

Méthode. — Une revue systématique de la littérature à partir de *PubMed*, *Embase* et *Google Scholar* a été menée en juin 2020.

Résultats. — Le recueil précis de l'anamnèse et l'évaluation des symptômes du bas appareil urinaire est la première étape de l'évaluation des patients ayant un SCHV. En outre, la recherche de facteurs, favorisant l'élimination de causes urologiques pouvant être responsables d'urgentes et la recherche de contre-indications thérapeutiques, sont essentielles. L'examen clinique et le calendrier mictionnel d'une durée de 3 à 7 jours font partie de l'évaluation initiale. Les auto-questionnaires validés en français mesurent la gêne ressentie par le patient et l'impact sur la qualité de vie. La bandelette urinaire et l'examen cyto bactériologique des urines permettent d'éliminer une infection urinaire. La cytologie urinaire et la cystoscopie cherchent une tumeur de vessie en cas de contexte évocateur. La mesure du résidu post-mictionnel évalue un trouble de vidange vésicale associé. Le bilan urodynamique et les examens d'imagerie ne sont pas des examens complémentaires de première intention.

Conclusion. — Il est essentiel de bien connaître l'évaluation initiale du SCHV afin d'instaurer un traitement adapté à la gêne ressentie par les patients.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : veronique.phe@aphp.fr (V. Phé).

KEYWORDS

Overactive bladder;
Assessment;
Bladder diary;
Questionnaires;
Quality

Summary

Introduction. – International guidelines exist regarding the initial assessment of patients suffering from overactive bladder (OAB).

Objective. – To synthesize current knowledge on the evaluation of OAB.

Method. – A systematic literature review based on Pubmed, Embase, Google Scholar was conducted in June 2020.

Results. – An accurate taking of history and assessment of lower urinary tract symptoms are the first steps of the evaluation of patients with OAB. In addition, the search of risk factors for OAB, the exclusion of urological causes which can be responsible for urgency and the identification of therapeutic contra-indications are essential. The clinical examination and a 3-to 7-day bladder diary are part of the initial assessment. Self-questionnaires validated in French measure patients' bother and the impact on quality of life. The urine strip or culture eliminates a urinary tract infection. Urinary cytology and cystoscopy investigate a bladder tumor in case of risk factor. The post-void residual volume has to be measured in case of voiding symptoms. Urodynamics and imaging are not first-line tests.

Conclusion. – The understanding of the initial evaluation of OAB is essential to introduce treatments adapted to patients' bother.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'évaluation d'un patient, ayant un syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV), permet, tout d'abord, d'évaluer les symptômes du bas appareil urinaire et de s'assurer qu'il s'agit d'un SCHV isolé, d'exclure une maladie urologique pouvant s'exprimer par une urgenterie (tumeur vésicale, infection urinaire, calcul vésical), éventuellement de comprendre le mécanisme physiopathologique et l'étiologie et, enfin, d'orienter la stratégie thérapeutique. Cette évaluation a fait l'objet de recommandations européennes ainsi que nord-américaines [1–3]. Une étude française a rapporté que seul un tiers des personnes souffrant du SCHV avaient consulté un médecin pour ce motif [4] et que, parmi elles, 55 % avaient rencontré un urologue au cours de leur parcours de soins. Le premier contact était majoritairement réalisé avec un médecin généraliste (66 % des cas). Dans cette étude, il a aussi été mis en évidence une disparité importante entre les examens réalisés de première intention et les recommandations de prise en charge [1–4]. En effet, alors que l'examen clinique, la recherche d'infection urinaire, les questionnaires d'évaluation des symptômes et le calendrier mictionnel sont identifiés comme étant des examens de première ligne, ils étaient peu prescrits. En revanche, le bilan urodynamique, les examens radiologiques ou la cystoscopie étaient souvent prescrits, alors que ces examens sont considérés comme des outils de seconde ligne dans l'exploration d'un SCHV [1–4].

L'objectif de ce travail était, à partir d'une revue de la littérature, de faire une synthèse des connaissances actuelles sur l'évaluation du SCHV.

Matériel et méthode

Une revue systématique de la littérature à partir de *Pub-Med*, *Embase* et *Google Scholar* a été menée en juin 2020. Les mots clés utilisés dans la recherche étaient : « *overactive bladder* » [all fields] and « *evaluation* » [all fields], « *overactive bladder* » [all fields] and « *urodynamics* » [all fields], « *overactive bladder* » [all fields] and « *questionnaires* ». Les articles obtenus ont ensuite été sélectionnés en fonction de leur ancienneté et leur type. Les articles originaux, les méta-analyses, les recommandations et les articles de revue les plus récents publiés en français et en anglais ont été conservés. Au total, 6658 articles ont été trouvés et 134 sélectionnés.

Résultats

Les explorations réalisées dans le cadre du bilan du SCHV sont résumées dans le [Tableau 1](#).

Interrogatoire

L'anamnèse et les symptômes. Le recueil de l'anamnèse est la première étape d'évaluation d'un SCHV [1–3]. En effet, l'anamnèse est essentielle pour orienter l'examen physique et la prescription d'examens complémentaires.

Au cours de cette évaluation initiale, les symptômes du bas appareil urinaire sont précisés, ainsi que leur durée et leur évolution. Ils sont ainsi classés en symptômes de la phase de remplissage (urgenterie, incontinence urinaire par urgenterie, pollakiurie, nycturie, incontinence urinaire

Tableau 1 Indications des explorations dans l'évaluation du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale.		
Explorations	Détails	Indications
Interrogatoire	Anamnèse Caractérisation des symptômes du bas appareil urinaire (troubles de la phase de remplissage, de la phase de vidange et de la phase post-mictionnelle) Durée, évolution Mode de vie (profession, lieu de vie, loisirs, boissons) Antécédents, comorbidités, traitements médicamenteux et contre-indications médicamenteuses	Systématique
Examen physique	Examen abdominal Examen périnéal gynécologique et prostatique avec touchers pelviens Troubles de cognition, de dextérité, de mobilité Œdèmes des membres inférieurs Troubles neurologiques	Systématique
Calendrier mictionnel	Réalisé sur 3 à 7 jours	Systématique
Questionnaire de symptômes et de qualité de vie	En français I-QOL ICIQ KHQ MHU USP Ditrovie Contilife	Systématique
Bandelette urinaire/examen cytbactériologique des urines	Éliminer une infection urinaire	Systématique
Résidu post-mictionnel	Évalué par une échographie	Si symptômes de la phase de vidange ou instauration d'un traitement pouvant aggraver le résidu, incontinence urinaire compliquée
Cystoscopie et cytologie urinaire	Exclure d'autres causes de symptômes associés au syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (tumeur de la vessie, carcinome in situ, calculs vésicaux, corps étrangers, lésions de cystite interstitielle)	Si infections urinaires récidivantes, hématurie, douleurs vésicales, antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire ou de chirurgie pelvienne, radiothérapie pelvienne, exposition aux carcinogènes urinaires, suspicion de fistule, diverticule urétral, malformation des voies urinaires, risque d'obstruction sous-vésicale
Bilan urodynamique	Selon les standards de l' <i>International Continence Society</i>	Si doute diagnostique, discordance entre les symptômes rapportés et les observations cliniques, antécédents de radiothérapie, antécédents de chirurgie pelvienne, pathologie neurologique, antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire de chirurgie prostatique, suspicion d'obstruction sous-vésicale ou d'hypocontractilité détrusorienne ou de trouble de la compliance, incontinence urinaire mixte, risque de détérioration du haut appareil urinaire
Examen d'imagerie	Échographie, scanner, IRM	Au cas par cas

MHU : mesure du handicap urinaire ; KHQ : *King Health's Questionnaire* ; I-QOL : *Incontinence Quality of Life* ; ICIQ : *International Consultation on Incontinence Questionnaire* ; USP : *Urinary Symptom Profile*.

à l'effort, énurésie), symptôme de la phase de miction (jet hésitant, jet haché, jet faible, jet intermittent, jet en arrosoir, miction par poussée, gouttes terminales), et symptômes de la phase post-mictionnelle (sensation de vidange vésicale incomplète, gouttes retardataires) [5,6]. En ce qui concerne l'urgenterie, l'interprétation du caractère soudain et impérieux d'uriner est hautement subjective et peut être difficile à évaluer. Néanmoins, le clinicien peut simplement demander au patient s'il existe des difficultés à atteindre les toilettes à temps en supposant que le patient ait une mobilité normale.

Le mode de vie. Les habitudes de consommation de boissons doivent être étudiées (quantités quotidiennes, type de boissons) [7,8]. La profession, le lieu de vie ainsi que les loisirs sont utiles à préciser également.

Les antécédents, comorbidités et traitements médicamenteux. La recherche de comorbidités (maladies neurologiques, problème de mobilité, diabète, troubles du transit, douleur périnéale, etc.) pouvant aggraver les symptômes du SCHV est réalisée (voir les articles du présent rapport sur les facteurs de risques et physiopathologie du SCHV).

La présence d'une hématurie, d'une infection urinaire, d'antécédents de chirurgie pelvienne (en particulier chirurgie de l'incontinence urinaire, du prolapsus et chirurgie prostatique) ou de radiothérapie, de fuites urinaires permanentes suggérant l'existence d'une fistule urinaire, et de difficultés à la vidange, doit faire réaliser des examens complémentaires plus spécifiques. Chez les femmes, la recherche d'antécédents gynécologiques et obstétricaux permet de comprendre la cause sous-jacente et d'identifier les facteurs pouvant impacter les décisions thérapeutiques [9]. Par ailleurs, les autres antécédents et le traitement médicamenteux détaillé doivent être relevés, car ils peuvent avoir un retentissement sur les symptômes urinaires ou encore constituer une contre-indication potentielle à l'introduction des traitements de première ligne. Ainsi, il est utile de noter la présence d'un intervalle QT prolongé, d'une hypertension artérielle non contrôlée, d'une constipation, d'une myasthénie, d'un glaucome à angle fermé ou une insuffisance rénale et hépatique. De plus, les diurétiques peuvent être responsables d'une urgenterie, de pollakiurie et d'incontinence urinaire par urgenterie par excès de production d'urine [10]. Les bêtabloquants et les médicaments antiparkinsoniens peuvent provoquer des troubles de la vidange vésicale. Les neuroleptiques, les benzodiazépines, et les alpha-bloquants peuvent diminuer la pression urétrale.

Une attention particulière devrait être accordée aux personnes âgées qui ont souvent une liste importante de médicaments et une réserve physiologique moindre pour répondre aux effets indésirables des traitements [11].

Examen physique

En réalité, il y a peu de données dans la littérature ayant prouvé une amélioration de la prise en charge du SCHV par un examen physique détaillé. Cependant, un large consensus suggère que cette partie de l'évaluation est essentielle [2].

L'examen physique comprend un examen abdominal, à la recherche d'une masse abdominale ou d'un globe vésical ainsi qu'un examen périnéal avec touchers pelviens.

L'examen du périnée féminin inclut une évaluation de la trophicité vulvo-vaginale ainsi que la recherche d'un prolapsus des organes pelviens [9,12]. De manière systématique, un test d'effort est réalisé afin de rechercher une incontinence urinaire à l'effort associée au SCHV. Une pathologie prostatique est recherchée chez l'homme. Un examen plus général permet d'apprécier l'état cognitif, l'indice de masse corporelle, la dextérité, la mobilité, la présence d'œdème des membres inférieurs.

L'existence de troubles cognitifs est liée à la gravité des symptômes et a des implications sur les objectifs et options thérapeutiques. Le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) [13] permet une évaluation standardisée, rapide et utile de la fonction cognitive. Un MMSE doit être effectué pour tous les patients qui peuvent être à risque de déficience cognitive afin de déterminer si les symptômes urinaires sont aggravés par des problèmes cognitifs, pour s'assurer qu'ils seront en mesure de suivre les instructions de la thérapie comportementale et/ou pour déterminer le degré de risque de troubles cognitifs en cas de prescription de traitement anti-muscarinique. L'examen neurologique avec un examen spécifique des voies neuronales sacrées de S1 à S4 avec l'évaluation de la sensation périnéale, du réflexe bulbo-caverneux ou clitorido-anal et du tonus du sphincter anal est réalisé.

Le calendrier mictionnel

Le calendrier mictionnel est absolument indispensable pour évaluer de manière semi-objective la sévérité et la fréquence des symptômes urologiques, tels que l'urgenterie, la pollakiurie et les épisodes d'incontinence urinaire, le nombre (et le type) de protections et pour différencier la pollakiurie de la polyurie. Il permet ainsi de calculer le volume total d'urine sur 24 heures, de détecter un apport hydrique excessif ou inadéquat pouvant exacerber certains symptômes du SCHV et d'estimer la capacité fonctionnelle de la vessie [14]. Il permet aussi de détecter une discordance entre les données reportées sur le calendrier mictionnel et l'évaluation des symptômes par le patient-même, orientant ainsi la stratégie diagnostique et thérapeutique en l'informant au mieux [14,15]. Par ailleurs, le calendrier mictionnel peut être utilisé pour surveiller la réponse au traitement (thérapie comportementale et reprogrammation mictionnelle) et est largement utilisé dans les essais cliniques. Ainsi, le calendrier mictionnel présente divers avantages à la fois pour le clinicien et pour le patient. Un certain nombre d'études observationnelles ont démontré une étroite corrélation entre les données obtenues à partir du calendrier mictionnel et l'évaluation standard des symptômes [14,16–18]. La reproductibilité des données obtenues par le calendrier mictionnel a été démontrée [19,20]. Cependant, il existe une variabilité considérable des données obtenues sur un calendrier réalisé sur 24 heures [21]. Par conséquent, la réalisation d'un calendrier mictionnel sur une durée de 3 à 7 jours est donc recommandé [1,2].

Malgré les divers avantages prouvés du calendrier mictionnel et le fait qu'il soit fortement recommandé [2], une étude a révélé qu'il n'était réalisé que par 6 pour cent des praticiens qui étaient consultés par des patients ayant un SCHV [4].

Questionnaires

Les objectifs de l'utilisation des questionnaires sont d'aider au diagnostic des symptômes du bas appareil urinaire, d'apprécier leur sévérité, d'évaluer leur retentissement et de permettre, par une analyse de leur évolution, une évaluation de l'efficacité et de la morbidité des traitements [22,23]. Cette évaluation clinique figure dans les recommandations [2] mais n'est pas toujours facile à réaliser en pratique. En effet, de nombreux outils, basés sur des questionnaires, soit auto-administrés, soit établis, à partir d'un interrogatoire effectué par le médecin, existent. Les questionnaires remplis par les patients sont les plus appropriés pour évaluer les symptômes du point de vue du patient et l'impact sur leur qualité de vie [24,25]. De plus, il existe plusieurs types de questionnaires : questionnaires de symptômes et questionnaires de qualité de vie générale ou spécifique à un domaine (Tableau 2). Seuls les questionnaires validés dans la langue dans laquelle ils seront utilisés sont recommandés. Les questionnaires doivent répondre à trois critères : la validité (ils mesurent bien les domaines qu'ils ciblent, les questions sont compréhensibles par la population étudiée, sans ambiguïté), la reproductibilité des réponses (fiabilité) et la variation significative des réponses en rapport à un traitement doit correspondre à une signification clinique. Lorsque tous ces objectifs ont été vérifiés, le questionnaire peut être considéré de grade A selon la Consultation internationale sur l'incontinence [26] ; il est de grade B si seulement les deux premières conditions sont vérifiées. Ainsi, les questionnaires avec une recommandation de grade A (très recommandé) doivent être utilisés dans la pratique clinique. Ils sont résumés dans le Tableau 3. Ces questionnaires peuvent être utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres questionnaires pour améliorer l'évaluation ou le suivi du traitement [27]. Par ailleurs, il est important de noter que sept questionnaires en français existent : la mesure du handicap urinaire (MHU), le *King Health's Questionnaire* (KHQ), le ditrovie, l'*Incontinence Quality of Life* (I-QOL), le *Contilife*, l'*International Consultation on Incontinence Questionnaire et Short Form* (ICIQ et ICIQ-SF) et l'*Urinary Symptom Profile* (USP) [22]. Parmi ces questionnaires, l'I-QOL, l'ICIQ et le KHQ sont de grade A. Le score MHU a été le premier score établi en français mais n'a jamais été validé. Le score USP développé par l'Association française d'urologue est, contrairement au précédent, validé sur le plan psychométrique et permet son auto-administration. Il permet, en 10 questions, l'évaluation de la dysurie et des troubles de la phase de remplissage en plus de celle de l'incontinence urinaire. Parmi les questionnaires de qualité de vie, le questionnaire *Contilife* a été développé en français et est très complet, explorant le retentissement de l'incontinence d'effort, par urgenturie ou mixte mais du fait de sa longueur (28 items) est peu utilisable en pratique quotidienne. Cependant, il reste utilisé dans les études cliniques [22].

Analyse d'urine

La recherche d'une infection urinaire par une bandelette urinaire ou un examen cyto bactériologique des urines fait partie de l'évaluation initiale du SCHV [1,2,28]. En effet, les symptômes du SCHV peuvent survenir au cours d'une

infection urinaire ou peuvent s'aggraver pendant une infection urinaire [29]. En cas d'infection urinaire prouvée, l'évaluation du patient souffrant du SCHV doit être à nouveau effectuée après un traitement approprié.

Résidu post-mictionnel

La méthode de choix pour mesurer le résidu post-mictionnel (RPM) est l'échographie vésicale [2]. L'existence d'un RPM indique une mauvaise vidange vésicale, peut aggraver les symptômes du bas appareil urinaire et augmenter le risque d'infection urinaire, de dilatation du haut appareil urinaire et d'insuffisance rénale [30]. Un RPM élevé peut avoir une étiologie multifactorielle, mais est généralement causée par obstruction sous-vésicale ou une hypoactivité vésicale. Ainsi, les symptômes de la phase de remplissage et de la phase de vidange peuvent être intriqués, et le RPM doit être évalué chez les patients ayant des symptômes de la phase de vidange, ou des antécédents de chirurgie de la prostate ou de l'incontinence urinaire. De plus, chez ces patients, le RPM doit être mesuré avant de commencer un traitement antimuscarinique [31].

Cystoscopie et cytologie urinaire

La cystoscopie et la cytologie urinaire sont utilisées pour exclure d'autres causes de symptômes associés au SCHV (tumeur de la vessie, carcinome in situ, calculs vésicaux, corps étrangers, lésions de cystite interstitielle) [1–3]. La cystoscopie est recommandée chez les patients ayant des infections urinaires récidivantes, une hématurie, des douleurs vésicales, des antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire ou de chirurgie pelvienne, de radiothérapie pelvienne, d'exposition aux carcinogènes urinaires (tabac, professionnels), en cas de suspicion de fistule, de diverticule urétral ou de malformation des voies urinaires.

Bilan urodynamique

Le bilan urodynamique, réalisé selon les bonnes pratiques de l'*International Continence Society* [32], est un examen complémentaire qui aide à la compréhension du dysfonctionnement du bas appareil urinaire, qui permet parfois de prédire les résultats d'un traitement invasif et ainsi de mieux informer les patients. Il ne s'agit pas d'un examen de première intention dans le bilan initial d'un patient souffrant de SCHV [2]. En effet, le SCHV ne peut pas être mesuré précisément et directement par un bilan urodynamique [33,34].

Tout d'abord, la définition du SCHV [5,6] exclut spécifiquement la nécessité de tests urodynamiques pour le diagnostic du SCHV et suggère également que l'initiation des traitements réversibles et non invasifs de première intention (telles que la rééducation et les antimuscariniques) est acceptable sans bilan urodynamique.

Deuxièmement, l'hyperactivité détrusorienne est définie comme étant la constatation urodynamique de contractions détrusorienne involontaires pendant la phase de remplissage, qui peuvent être spontanées ou provoquées [6]. L'hyperactivité détrusorienne est souvent, mais pas invariablement, associée au SCHV. Ainsi, Digesu et al. [35] ont constaté que seulement 54 % des femmes avec un SCHV

Tableau 2 Domaines de qualité de vie évalués par les questionnaires dans le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale.

	Sexuellement actif	Physiquement actif	Socialement actif	Isolement social	Dépression	Émotion	Santé globale	Sommeil	Limitation physique	Incontinence urinaire
ICIQ	X					X				
I-QOL		X	X	X						
KHQ	X	X		X		X	X	X	X	X
FSFI	X									
PFIQ		X	X			X				
PISQ	X									
SF-36		X	X			X	X		X	
OAB-q			X					X		
UIQ-7		X	X		X	X				X
CES-D					X					
MOS sleep								X		
IIQ		X				X				X

CES-D : Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale ; ICIQ : International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire ; IIQ : Incontinence Impact Questionnaire ; I-QOL : Incontinence Quality-of-Life Questionnaire ; FSFI : Female Sexual Function Index ; KHQ : King's Health Questionnaire ; MOS sleep : Medical Outcomes Study sleep scale ; OAB-q : Overactive Bladder Questionnaire ; PFIQ : Pelvic Floor Impact Questionnaire ; PISQ : Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire ; SF-36 : Short-Form (36) Health Survey ; UIQ-7 : Urinary Impact Questionnaire ; UI : urinary incontinence.

Tableau 3 Questionnaires de symptômes et de qualité de vie selon l'ICUD et l'EAU [2,26].

	Catégorie A (3 critères remplis) ^a	Catégorie B (2 critères remplis) ^a	Catégorie C (seulement 1 critère rempli) ^a
Questionnaires symptômes et de qualité de vie	<i>ICIQ-UI Short Form, ICIQFLUTS, ICIQ-MLUTS, IIQ and IIQ-7, I-QOL, (ICIQ-Uqol), ISS, KHQ, LIS (?-interview), N-QoL, OAB-q SF, OAB-q (ICIQOABqol), PFDI and PFDI-20, PFIQ and PFIQ-7, PRAFAB, UISS</i>	<i>Contilife, EPIQ, LUTS tool IOQ, YIPS</i>	<i>ABSST ISI, ISQ, UIHI, UIQ</i>
Mesure de la satisfaction du patient (à un traitement)	<i>BSW, OAB-S, OABSAT-q, TBS</i>	<i>PPQ</i>	<i>EPI, GPI, PSQ</i>
Échelle d'atteinte des objectifs		<i>SAGA</i>	
Outils de dépistage (pour identifier les patients ayant une incontinence urinaire)	<i>B-SAQ, OAB-SS, OABV8, OAB-V3, QUID</i>	<i>ISQ, USP</i>	<i>3IQ, CLSS, MESA, PUF</i>
Échelle de symptômes du patient			
Évaluation de la gêne générée par les symptômes et de la gêne globale	<i>PPBC, UDI or UDI-6, LUSQ, PGI-I and PGI-S</i>	<i>PFBQ, SSI and SII</i>	<i>PMSES, POSQ, UI-4</i>
Évaluation de l'impact de l'urgenterie	<i>IUSS, U-IIQ, UU Scale, U-JDI</i>	<i>PPIUS, SUIQ, UPScore, UPScale, UQ, USIQ-QOL, USIQ-S, USS</i>	
Questionnaires d'évaluation de la fonction sexuelle et des symptômes urinaires		<i>FSFI, ICIQ-VS, PISQ, SQoL-F</i>	<i>SFQ</i>
Mesure de l'adhésion au traitement		<i>MASRI</i>	

^a Critères : validité, fiabilité et variabilité aux changements.

avaient une hyperactivité détroisurienne. Une seconde étude par Hashim et Abrams [36] a observé que 44 % des femmes ayant un SCHV sans incontinence urinaire par urgenterie et 58 % des femmes ayant un SCHV et une incontinence urinaire par urgenterie avaient une hyperactivité détroisurienne. Il convient de noter que, dans la même analyse, la corrélation entre le SCHV et l'hyperactivité détroisurienne était plus élevée chez les hommes (90 % des hommes ayant un SCHV avec incontinence urinaire par urgenterie). De plus, la relation cause-effet entre le SCHV et l'hyperactivité détroisurienne n'est pas clairement établie. Bien qu'il ait été rapporté que la sensation d'urgence rapportée par le patient soit le résultat d'une contraction concomitante involontaire du détroisur, un tiers des contractions non inhibées de la vessie ne sont pas associés à une augmentation de l'urgence [37]. Par ailleurs, une hyperactivité détroisurienne peut aussi être observée chez les sujets totalement asymptomatiques [38].

Enfin, le succès des traitements non invasifs et invasifs du SCHV n'est absolument pas en corrélation avec une constatation d'une hyperactivité du détroisur [33,34,39].

Cependant, bien que le bilan urodynamique ne soit pas nécessaire pour un diagnostic ou une prise en charge initiale du SCHV de manière générale, une débitmétrie avec mesure du résidu post-mictionnel est réalisée au minimum chez les hommes ou en cas de dysurie rapportée ou révélée par les questionnaires de symptômes. Le bilan urodynamique reste indiqué lorsque le diagnostic reste douteux après le recueil de l'anamnèse et l'examen physique, lorsque les symptômes ne correspondent pas aux observations cliniques [40–42], en cas de suspicion de pathologie neurologique, en cas d'antécédents de chirurgie pelvienne et/ou de radiothérapie pelvienne, en cas de risque de détérioration du haut appareil urinaire ou si les résultats urodynamiques changent la stratégie thérapeutique [43]. Ces indications de bilan urodynamique sont présentées dans le [Tableau 1](#) [43].

Examens d'imagerie

Les examens radiologiques tels que l'échographie rénale et vésicale (sauf pour la mesure du RPM), le scanner et

l'IRM ne sont pas recommandés dans l'évaluation initiale d'un patient souffrant du SCHV non compliqué ou jamais traité. Par ailleurs, il a été suggéré que les contractions fréquentes du détrusor pouvaient augmenter le rapport entre l'épaisseur de la paroi du détrusor et l'épaisseur de la paroi de la vessie, mesurées à l'échographie. Les données récemment publiées suggèrent que l'évaluation clinique en routine de ce rapport, dont la technique de mesure n'est pas standardisée, n'est pas recommandée ni pour l'évaluation ni pour le suivi [44].

Conclusion

Le bilan initial d'un SCHV non compliqué est standardisé et fait l'objet de recommandations internationales. Alors que l'interrogatoire, l'examen physique, le calendrier mictionnel, les questionnaires de symptômes et de qualité de vie de grade A et la bandelette urinaire/l'examen cytot bactériologique des urines font partie des examens de première intention, le bilan urodynamique et les examens d'imagerie font partie des examens de deuxième intention et dans des indications précises. La mesure du RPM après débitmétrie est réalisée en cas de troubles de la vidange vésicale associés ou d'incontinence urinaire compliquée. La cytologie urinaire et la cystoscopie permettent d'éliminer des pathologies vésicales pouvant se révéler par des urgences. Il est essentiel de bien connaître l'évaluation diagnostique du SCHV afin d'instaurer un traitement adapté à la gêne ressentie par le patient.

Financement

Aucun.

Déclaration de liens d'intérêts

XG : Pierre Fabre Médicament, Allergan, Medtronic, Mylan.
VP : Pierre Fabre Médicament, Allergan, Medtronic.

Références

- [1] Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Witten J, Hickling D, Honeine C, et al. CUA guideline on adult overactive bladder. *Can Urol Assoc J* 2017;11:E142–73.
- [2] Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, et al., Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/#3>; 2019 [Guidelines Associates: D. Ambühl, D.A. Bedretidnova, F. Farag, R. Lombardo, M.P. Schneider, <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>].
- [3] Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkun DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol* 2012;188:2455–63.
- [4] Cornu J-N, Amarengo G, Bruyere F, Chartier-Kastler E, Fattouh B, Grise P, et al. Prévalence et prise en charge initiale de l'hyperactivité vésicale en France : une étude transversale. *Prog Urol* 2016;26:415–24.
- [5] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4–20.
- [6] Haab F, Amarengo G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat J-J, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004;14:1103–11.
- [7] Maserejian NN, Wager CG, Giovannucci EL, Curto TM, McVary KT, McKinlay JB. Intake of caffeinated, carbonated, or citrus beverage types and development of lower urinary tract symptoms in men and women. *Am J Epidemiol* 2013;177:1399–410.
- [8] Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK, the Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int* 2003;92:69–77.
- [9] Kim MS, Lee GH, Na ED, Jang JH, Kim HC. The association of pelvic organ prolapse severity and improvement in overactive bladder symptoms after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Sci* 2016;59:214–9.
- [10] Ekundayo OJ. The association between overactive bladder and diuretic use in the elderly. *Curr Urol Rep* 2009;10:434–40.
- [11] Wagg A. Treating overactive bladder in the elderly. *Can Urol Assoc J* 2011;5:S149–51.
- [12] Zullo MA, Plotti F, Calcagno M, Palaia I, Muzii L, Mancini N, et al. Vaginal estrogen therapy and overactive bladder symptoms in postmenopausal patients after a tension-free vaginal tape procedure: a randomized clinical trial. *Menopause* 2005;12:421–7.
- [13] Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The mini-mental state examination. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40 [812-812].
- [14] Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A. Women overestimate daytime urinary frequency: the importance of the bladder diary. *J Urol* 2009;181:2176–80.
- [15] Fitzgerald MP, Ayuste D, Brubaker L. How do urinary diaries of women with an overactive bladder differ from those of asymptomatic controls? *BJU Int* 2005;96:365–7.
- [16] Fayyad AM, Hill SR, Jones G. Urine production and bladder diary measurements in women with type 2 diabetes mellitus and their relation to lower urinary tract symptoms and voiding dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:354–8.
- [17] Honna Y, Kakizaki H, Yamaguchi O, Yamanishi T, Nishizawa O, Yokoyama O, et al. Assessment of overactive bladder symptoms: comparison of 3-day bladder diary and the overactive bladder symptoms score. *Urology* 2011;77:60–4.
- [18] van Brummen HJ, Heintz APM, van der Vaart CH. The association between overactive bladder symptoms and objective parameters from bladder diary and filling cystometry. *Neurourol Urodyn* 2004;23:38–42.
- [19] Brown JS, McNaughton KS, Wyman JF, Burgio KL, Harkaway R, Bergner D, et al. Measurement characteristics of a voiding diary for use by men and women with overactive bladder. *Urology* 2003;61:802–9.
- [20] Nygaard I, Holcomb R. Reproducibility of the seven-day voiding diary in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecology J* 2000;11:15–7.
- [21] Ertberg P, Møller LA, Lose G. A comparison of three methods to evaluate maximum bladder capacity: cystometry, uroflowmetry and a 24-h voiding diary in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:374–7.
- [22] Le Normand L. Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol* 2007;176(Suppl 2):1252–63.
- [23] Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas* 2011;68:137–42.

- [24] Lugo Salcedo F, Sánchez Borrego R, G.U.I.A.S. Group. Assessment of female prevalence of overactive bladder (OAB) in Barcelona using a self-administered screening questionnaire: the Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). *Int Urogynecology J* 2013;24:1559–66.
- [25] Hikita suya K, Honda M, Hirano S, Kawamoto B, Panagiota T, et al. Comparison of the overactive bladder symptom score and the overactive bladder symptom score derived from the bladder diaries. *Neurourol Urodyn* 2016;35:349–53.
- [26] Kelleher R, Staskin D, Cherian P, et al., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al., Committee 5B. Patient reported outcome assessment. Paris: 5th International Consultation on Incontinence; 2012. p. 389–427.
- [27] Shy M, Fletcher SG. Objective evaluation of overactive bladder: which surveys should i use? *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2013;8:45–50.
- [28] Buchsbaum GM, Albushies DT, Guzick DS. Utility of urine reagent strip in screening women with incontinence for urinary tract infection. *Int Urogynecology J* 2004;15:391–3.
- [29] Moore EE, Jackson SL, Boyko EJ, Scholes D, Fihn SD. Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 2008;111:317–23.
- [30] May M, Brookman-Amisshah S, Hoschke B, Gilfrich C, Braun K-P, Kendel F. Post-void residual urine as a predictor of urinary tract infection — Is there a cutoff value in asymptomatic men? *J Urol* 2009;181:2540–4.
- [31] Drake MJ, Nixon PM, Crew JP. Drug-induced bladder and urinary disorders. *Drug Saf* 1998;19:45–55.
- [32] Rosier PFWM, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S, et al. International continence society good urodynamic practices and terms 2016: urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodyn* 2017;36:1243–60.
- [33] Malone-Lee JG, Al-Buheissi S. Does urodynamic verification of overactive bladder determine treatment success? Results from a randomized placebo-controlled study. *BJU Int* 2009;103:931–7.
- [34] Nitti VW, Rovner ES, Bavendam T. Response to fesoterodine in patients with an overactive bladder and urgency urinary incontinence is independent of the urodynamic finding of detrusor overactivity. *BJU Int* 2010;105:1268–75.
- [35] Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Salvatore S. Overactive bladder symptoms: do we need urodynamics? *Neurourol Urodyn* 2003;22:105–8.
- [36] Hashim H, Abrams P. Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? *J Urol* 2006;175:191–4.
- [37] Lowenstein L, Pham T, Abbasy S, Kenton K, Brubaker L, Mueller ER, et al. Observations relating to urinary sensation during detrusor overactivity. *Neurourol Urodyn* 2009;28:497–500.
- [38] Heslington K, Hilton P. Ambulatory monitoring and conventional cystometry in asymptomatic female volunteers. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 1996;103:434–59.
- [39] South MMT, Romero AA, Jamison MG, Webster GD, Amundsen CL. Detrusor overactivity does not predict outcome of sacral neuromodulation test stimulation. *Int Urogynecology J* 2007;18:1395–8.
- [40] Amir B, Farrell SA, Lovatsis D, Easton W, Epp A, Farrell SA, et al. SOGC committee opinion on urodynamics testing. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30:717–21.
- [41] Lin L-Y, Yeh N-H, Lin C-Y, Sheu B-C, Lin H-H. Comparisons of urodynamic characteristics between female patients with overactive bladder and overactive bladder plus stress urinary incontinence. *Urology* 2004;64:945–9.
- [42] Al-Zahrani AA, Gajewski J. Urodynamic findings in women with refractory overactive bladder symptoms. *Int J Urol* 2016;23:75–9.
- [43] Rovner ES, Goudelocke CM. Urodynamics in the evaluation of overactive bladder. *Curr Urol Rep* 2010;11:343–7.
- [44] Oelke M. International consultation on incontinence-research society (ICI-RS) report on non-invasive urodynamics: the need of standardization of ultrasound bladder and detrusor wall thickness measurements to quantify bladder wall hypertrophy. *Neurourol Urodyn* 2010;29:634–9.