

# Hyperactivité vésicale

Unisanté

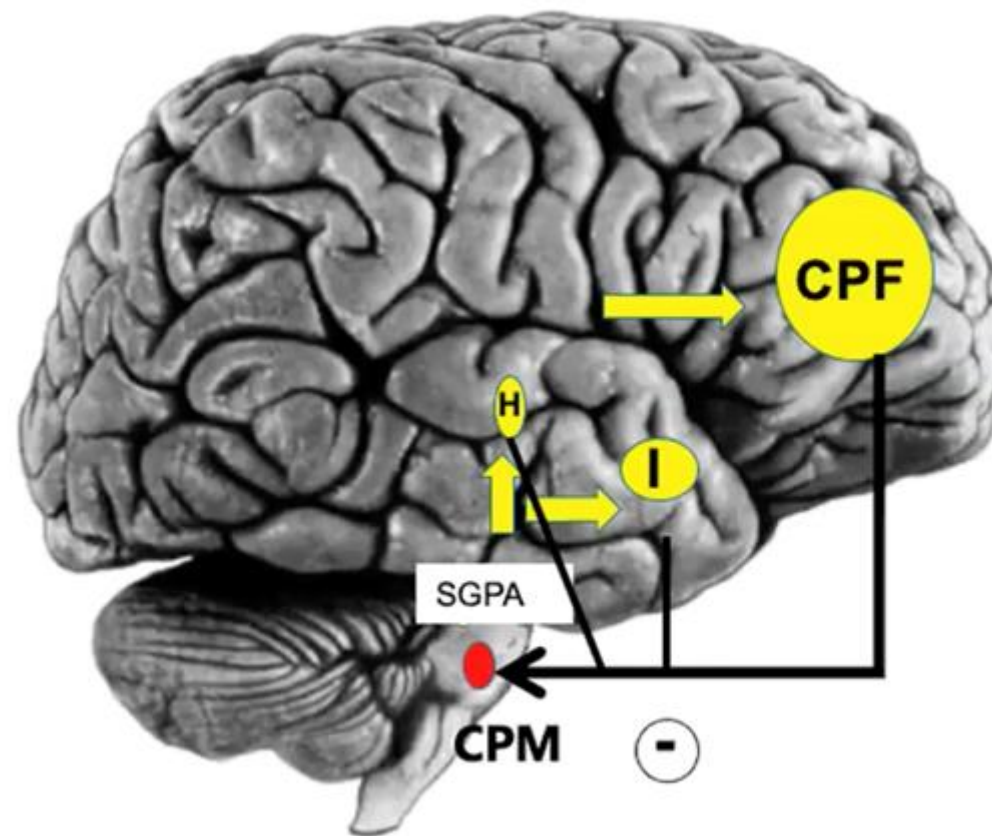
09.11.2023

Fabien Romito

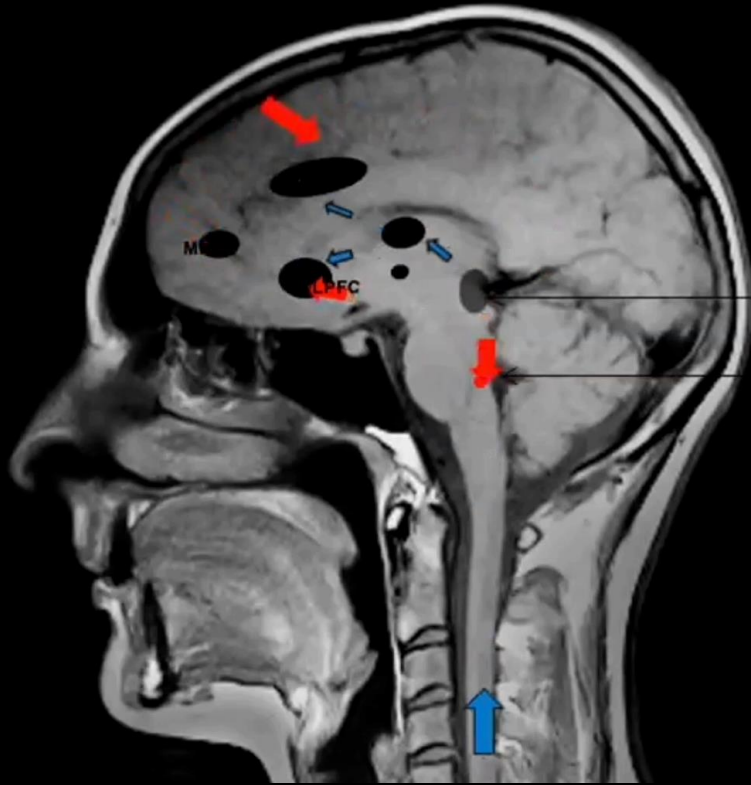
# Neuroanatomie de la miction

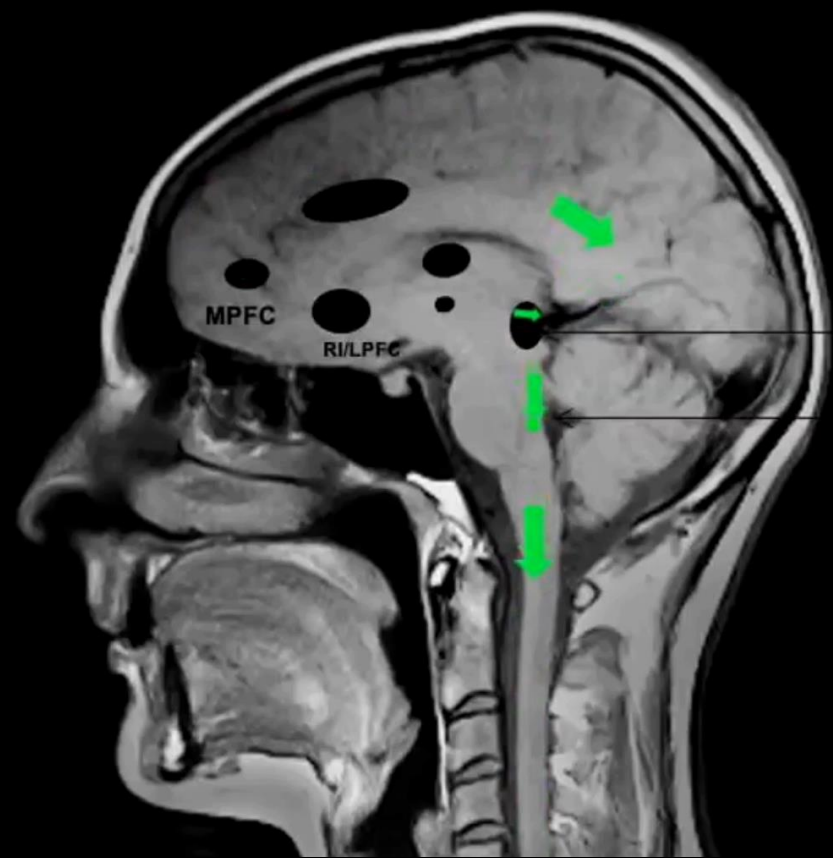
- Centre sacré S2-S4 (parasymphathique)
  - Centre T10-L2 (sympathique)
  - Noyau d'Onuf S2-S4 (somatique)
  - Centre pontique de la miction (centre de Barrington)
  - Cortex pré-frontal
- 
- Comportement viscéral volontaire acquis ( $\neq$  autres viscères)
  - Séquence stockage (99,8%) / vidange (0,02%)

# Phase de remplissage











Lésions supra-pontiques -> HAV

Lésions médullaires -> HAV  
-> dyssynergie vésico-sphinctérienne

Lésions sacrées : detrusor acontractile

# Séquence

- Relaxation du sphincter strié et des muscles du plancher pelvien
- Contraction du Detrusor (augmentation de la P intravésicale)
- Ouverture du col vésical et initiation de la miction



# Urologie fonctionnelle

## Symptômes phase de stockage

- Incontinence urinaire
- Urgenturie
- Pollakiurie
- Nycturie

## Symptômes de la phase de vidange

- Dysurie
- Jet faible
- Poussées abdominales
- Jet haché
- rétention

## Symptômes post-mictionnels

- Sensation de vidange incomplète
- Gouttes retardataires

# Le syndrome (ICS)

1. Urgenturie
2. Pollakiurie
3. Nycturie

- 14% de la population. Augmente avec l'âge

# Mécanismes

- Myogène
  - Urothéliogène
  - Neurogène
- +/- Microbiote urinaire
- Obstruction sous-vésicale (association prolapsus / effet pelote - HAV)
  - De novo

# Dysfonctions favorisant la survenue d'HAV

- Vieillessement
- Ischémie cérébrale, pelvienne
- Syndrome métabolique
- Déprivation oestrogénique (ménopause)
- Dysfonctions digestives

# Prise en charge

- Algorithmes actuels : verticaux
  - 1<sup>e</sup> intention
    - Mesures comportementales (diminution des apports liquidiens, cafés..)
    - Rééducation périnéale + TENS
    - Médicaments anticholinergiques
  - 2<sup>e</sup> intention
    - injection intradétrusorienne de Botox
  - 3<sup>e</sup> intention
    - Neuromodulation sacrée
- Approche de plus en plus personnalisée

# Traitements comportementaux

- Uriner à des heures prédéfinies
- Améliorés par l'ajout de rééducation périnéale : acquisition d'un **réflexe périnéo-inhibiteur** (la contraction volontaire du plancher pelvien pendant les épisodes d'urgentes aura un effet inhibiteur sur les contractions détrusoriennes)
- Réduction du café, plats épicés, alcool, tabac, perte de poids.

# Oestrogènes locaux

- Améliorent l'ensemble des symptômes de la phase de remplissage selon les études
- Chez une femme ménopausée présentant une HAV
  - Ils doivent faire partie du traitement de première intention

# Anticholinergiques (Spasmo-Urgenine, Vesicare, Toviaz)

- Inhibiteurs compétitifs R muscariniques situés dans le sous-urothélium et détrusor
- Agissent pendant la phase de remplissage vésicale en diminuant la sensation de besoin
- Efficacité clinique modeste (50-60%)
- Contre-indications: glaucome à angle fermé, myasthénie, troubles cognitifs, insuffisance rénale/hépatique, coronaropathies)
- Effets secondaires ++ (distribution ubiquitaire des R) : bouche sèche, vertiges, somnolences, constipation
- CAVE personnes âgées
- Faible observance (effets secondaires)

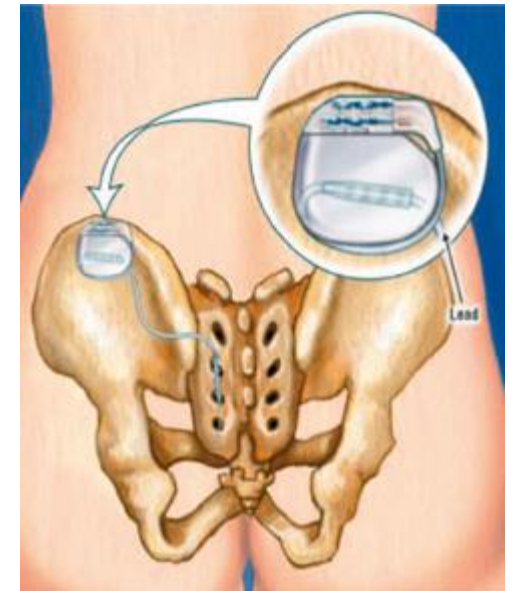


# Agonistes B3 (Betmiga=Mirabégron)

- Relaxation detrusorienne
- Effets secondaires : tachycardie, constipation, HTA, allongement QT
- Pas de preuve d'être plus efficace que les anticholinergiques
- Peut être associé à anticholinergiques
- 3 mois minimum pour évaluation efficacité

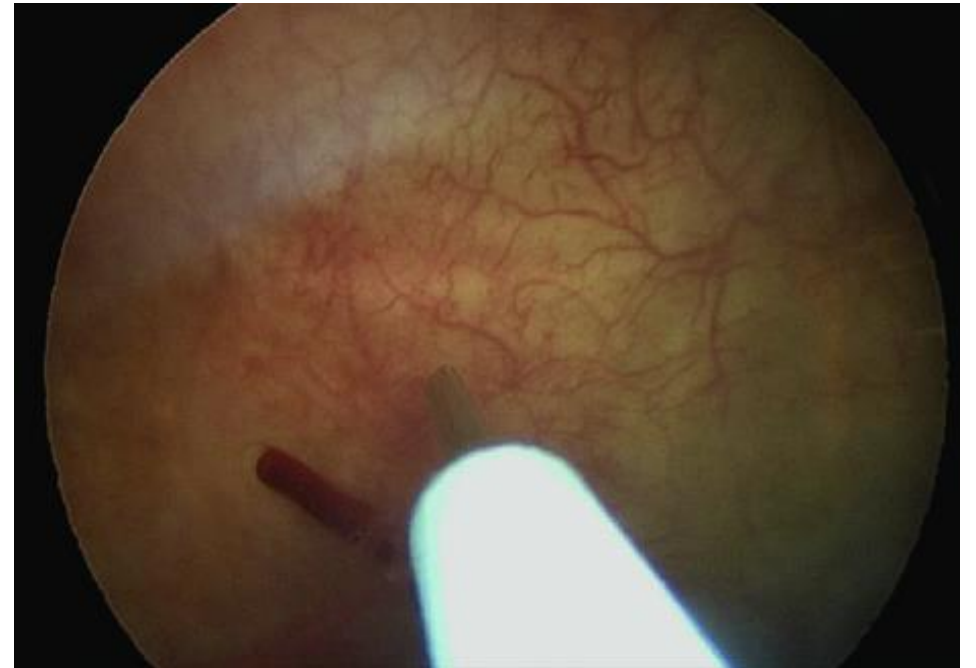
# Neuromodulation

- TENS
- Sacrée (racine S3)
  - IUU, pollakiurie, urgenturie invalidante
  - Rétention urinaire chronique (syndrome de Fowler)
  
- Neuromodulation + antimuscariniques



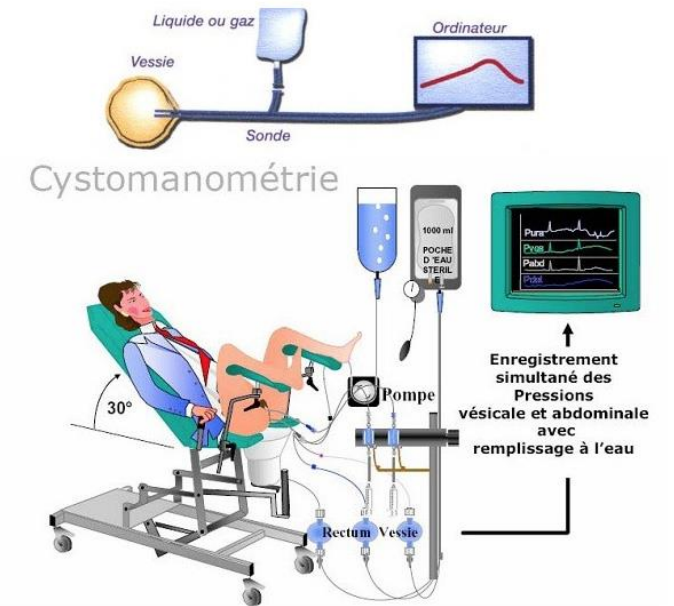
# Botox

- Myorelaxant à action périphérique
- Incontinence avec urgenturie réfractaire aux anticholinergiques
- CAVE : autosondages
- Délai : 15j
- 6 à 9 mois d'action



# Examens complémentaires

- Eliminer une «épine irritative»
  - Infection urinaire : ECBU
  - Tumeur vésicale: cytologie, cystoscopie
  - Calcul: US
- Préciser le mécanisme
  - Calendrier mictionnel (évaluation apports/suivi traitement)
  - Bilan urodynamique



# Recommandations (ICS/EAU)

- Auto-questionnaires: oui, systématiquement
- Catalogue mictionnel : oui, systématiquement, 3j
- Bandelette urinaire: oui
- Débitmétrie/RPM
- Cystoscopie: oui, si douleurs, hématurie, incontinence
- BUD: oui, si incontinence
- Cytologie

# Conclusions

- Syndrome clinique fréquent
- Incidence augmente avec l'âge
- Déterminer la cause sous-jacente de survenue d'HAV
- Succès thérapeutique dépend de la balance entre efficacité et tolérance + perception de la patiente (pathologie fonctionnelle)
- Place de la thérapie laser (non recommandée actuellement – avis d'expert 69 SGGG) ? Thérapie génique ? Neuromodulation du nerf pudendal? Instillation de Botox encapsulée dans des liposomes?

# Incontinence urinaire d'effort

Unisanté

09.11.2023

Fabien Romito

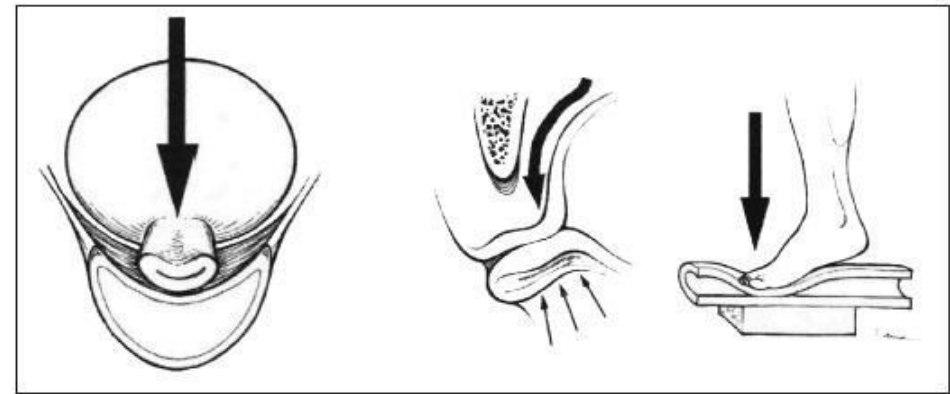
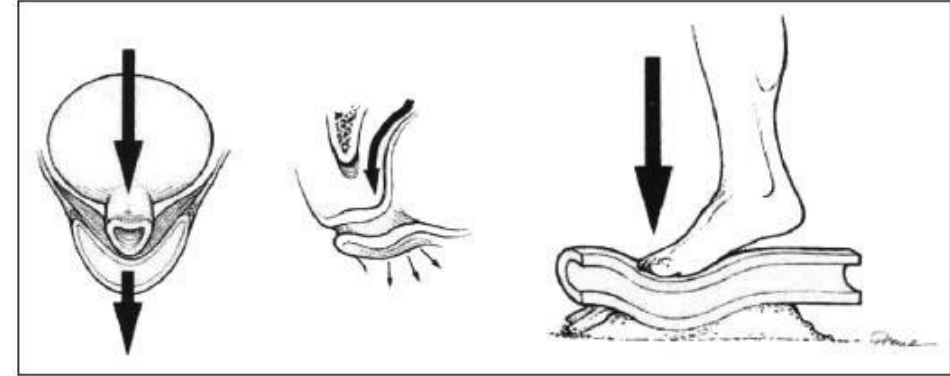
# Définition (ICS 2017)

- Plainte concernant des fuites involontaires d'urine lors d'un effort physique, toux, éternuement
- Le jet d'urine commence avec l'effort et se termine avec lui
- Type d'incontinence la plus fréquente de 30 à 60 ans
- Diagnostic clinique
- Sévérité des symptômes : questionnaires (UDI-6/IIQ7)



# Conditions de la continence

- Pression urétrale > pression vésicale
- Structure de soutien (continence passive)
  - IU par hypermobilité urétrale
- Complexe sphinctérien (continence active)
  - IU par insuffisance sphinctérienne
- Les deux mécanismes sont souvent impliqués



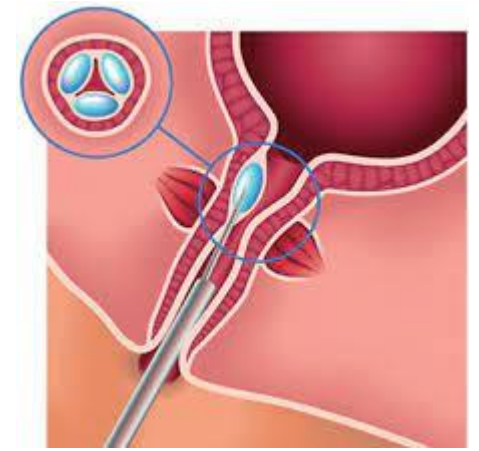
# Examen physique

- Objectiver l'IUE
- Evaluer le mécanisme prédominant (HMU/IS)
  - Manœuvre de soutènement, changement de position
- Evaluer le fonctionnement périnéal et l'imprégnation hormonale
  - Force musculaire. Inversion de commande (rééducation pelvi-périnéale)
- Rechercher un trouble de la statique pelvienne associé
- Oriente la PEC thérapeutique

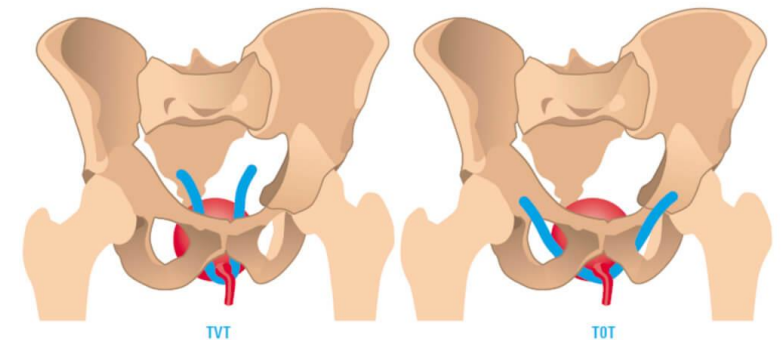
# Examens complémentaires

- IUE pure : diagnostic clinique +/- Pad test
- IUE compliquée (ATCD de chirurgie de l'IU, association à un syndrome d'HAV, fuites non objectivées à l'examen, hématurie, douleurs associées)
  - ECBU
  - Débitmétrie/RPM
  - Cystoscopie
  - BUD
  - US réno-vésicale

# Traitement



- Physiothérapie
  - Contraction du Levator Ani pour favoriser la continence (augmente l'occlusion urétrale, amélioration du tonus, limiter la mobilité urétrale)
  - Dépend de la motivation du patient / thérapeute
- Règles hygiéno-diététiques et comportementales
  - Réguler les apports, limiter café
  - Mictions régulières
  - Perte de poids (dès 5%)
- Chirurgie
  - Bandelette sous-urétrale, Burch, Bulkamid



# Rééducation pelvi-périnéale

- Ancienneté
  - Efficacité: régression/disparition des fuites
  - Durée d'efficacité
- Modalité de réalisation
  - Éducation?
  - Rééducation manuelle

# Conclusions

- IUE simple ou complexe
- Tenter de définir le mécanisme sous-jacent
- Arsenal chirurgical large, avec ou sans prothèses
- Dégradation des résultats dans le temps