



Item121-1-Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé. Troubles de la miction.

Objectifs CNCI		
- Devant un trouble de la miction ou une incontinence urinaire de l'adulte, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. - Décrire les principes de la prise en charge au long cours.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Aucune	- Signes irritatifs / obstructifs - Calendrier mictionnel - Bilan uro-dynamique (D/CMM/P) - Dysurie / débitmétrie / HBP - Pollakiurie / cystomanométrie / IU ou cancer	- BU devant tout signe urinaire - Cystoscopie si signes irritatifs + hématurie (cancer)

Généralités

Caractéristiques d'une miction normale

- Complète / volontaire / indolore
- Exclusivement diurne / en général < 1min
- Nombre total de miction ≤ 6/24h
- Elimination de ~ 350mL d'urine
- Quantité totale de la diurèse: 0.5 à 2.8L/24h

Définitions des dysfonctions urinaires

- **Phase de remplissage et phase mictionnelle**
 - **Pollakiurie**: mictions fréquentes (> 6/jour et 2/nuit) de faible volume
 - **Polyurie**: diurèse > 2.8 L/24h (donc mictions fréquentes et importantes)
 - **Nycturie**: besoin d'uriner réveillant le patient pendant la nuit (>2 levers / nuit)
 - **Impériosité** (urgenterie): désir soudain, impérieux et irrépressible d'uriner
 - **Enurésie**: miction (≠ fuite +++) involontaire / peut être diurne ou nocturne
 - **Incontinence urinaire**: fuite involontaire d'urine en dehors des mictions
 - Incontinence urinaire d'effort: fuite involontaire d'urine lors d'un effort. Les fuites et l'effort peuvent être faible, modéré ou fort (toux, course à pied, tennis...)
 - Incontinence urinaire par impériosité: fuite involontaire d'urine, accompagnée ou immédiatement précédée d'un besoin urgent et irrépressible d'uriner
 - Incontinence urinaire mixte: association de fuites à l'effort et par impériosité
 - **Dysurie**: difficulté à l'évacuation de la vessie, sans tenir compte de la douleur qui peut être associée
 - **Brûlures mictionnelles**: sensation de brûlure urétrale ou vésicale à la miction
 - **Miction par poussée**: poussée abdominale néconssaire à la miction
 - **Gouttes terminales**: achèvement lent et progressif (« goutte à goutte »)
- **Phase post-mictionnelle**
 - **Gouttes retardataires**: perte d'urine involontaire juste après la miction

Physiopathologie: contrôle vésico-sphinctérien

- **Système nerveux somatique**: contrôle volontaire
 - racine sacrée → n. pudendal → sphincter strié de la vessie
- **Système nerveux autonome**: contrôle involontaire
 - **Sympathique**: T12-L2: contraction sphincter lisse + relax détrusor = continence
 - **Parasympathique**: S2-S4: contraction détrusor + relax sphincter = miction

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd (neuro/diabète/IU) / chirurgie pelvienne / tabac-alcool
 - **Anamnèse**: prise médicamenteuse ++ / apparition et évolution

- **Signes fonctionnels**
 - **signes urinaires**: pré-mictionnels / mictionnels / post-mictionnels (cf supra)
 - **signes associés**: **fièvre** / AEG / douleur / retentissement sur la qualité de vie
- **Examen physique**
 - **Examen abdominal**: recherche globe vésical / contact lombaire / hernie inguinale
 - **Examen des OGE**: méat urétral / rechercher prolapsus
 - **Examen neurologique**: sensibilité périnéale / réflexes bulbo-caverneux
 - **Toucher pelviens** (TR/TV): évalue la prostate / masse utérine / statique
 - **Bandelette urinaire** systématique pour rechercher une infection urinaire (**A savoir !**)
- **Calendrier (catalogue) mictionnel**
 - Recueil horaire / volume de tous les épisodes de mictions et fuites sur ≥ 24 h
 - **Permet de définir**
 - Polyurie si diurèse $> 2.8L/24h$ / oligurie si $< 500mL/24h$
 - Pollakiurie si mictions $> 8/24h$ et de faible volume ($< 100mL$)

Examens complémentaires

- **Bilan systématique de 1ère intention**
 - **BU** : IU? , hématurie en faveur d'une lithiase
 - **ECBU**: pour rechercher une infection urinaire / hématurie, etc.
 - **Echographie réno-vésico-prostatique**
 - Pour rechercher un retentissement sur le rein (hydronéphrose)
 - Mesure du résidu post-mictionnel indispensable si dysurie ++
- **Bladder scan (RPM)**
- **Bilan uro-dynamique**
 - **Pas** systématique: seulement si aucune étiologique organique retrouvée
 - **Débitmétrie**
 - détermine le débit urinaire maximal / courbes débit-temps
 - Normale = 20-30ml/s ; dysurie si débit max < 10 ml/s
 - **Cystomanométrie**: étudie
 - **la compliance**: augmentation de la pression selon le volume
 - **la stabilité**: activité détrusorienne: contractions si instabilité
 - **la capacité vésicale fonctionnelle**: N = 550 (F) / 450 (H)
 - **Profilométrie** (= urétromanométrie ou sphinctérométrie)
 - On déplace la sonde de pression à vitesse constante
 - Détermine la pression de clôture urétrale ($P_u - P_v \sim 120 - \text{âge}$)
 - Détermine la longueur fonctionnelle de l'urètre

Syndromes mictionnels

Syndrome dysurique

- **Généralités**
 - **Définition**: dysurie = sensation de difficulté à vider la vessie
 - **Physiopathologie**: mécanismes compensatoires
 - « vessie de lutte » : épaissement du détrusor dans un 1er temps
 - puis distension vésicale et diverticules +/- urétéro-hydronéphrose
- **Etiologies**
 - **Obstacles sous-vésicaux (+++)**
 - Chez l'homme (3): **HBP** / sténose urétrale / cancer de la prostate (avancé)
 - Chez la femme: prolapsus uro-génital / tumeur pelvienne
 - Chez les deux: lithiase vésicale / caillotage / corps étranger
 - **Troubles de la contractilité vésicale**
 - **Neurologiques**: NP (diabète / alcool) / centrales (SEP / Parkinson / trauma)
 - **Fonctionnelles**: vessie « claquée » / dysurie réflexe (fécalome ou hémorroïdes)
 - **Médicamenteuses**: anticholinergiques / parasymphaticolytiques / α -stimulants
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain**: homme ++ / atcd d'HBP, diabète
 - **Préciser les ATCD pouvant être à l'origine d'une sténose urétrale** : sondage vésical, endoscopie, chirurgie du bas appareil, MST
 - **Anamnèse**: prise médicamenteuse
 - **Retentissement**: score **IPSS** / **calendrier** mictionnel
 - **Signes fonctionnels urinaires dysuriques +++**

- Jet faible / hâché / gouttes retardataires / efforts de poussés
- Rechercher miction par regorgement = rétention chronique
- Préciser la perception du besoin et du passage de l'urine
- Si la miction volontaire est possible
 1. spontanément
 2. par réflexe -> vessie central
 3. par poussée -> vessie périphérique
- **Examen physique : effectué après une miction spontanée**
 - Toucher rectal +++ : rechercher une HBP (**A savoir !**)
 - Examen des OGE: rechercher sténose du méat / prolapsus
 - Examen abdominal: rechercher un globe vésical / ex. neuro / hernie (par poussée) / prolapsus / palpation fosse lombaire
 - !! NPO orifices herniaires: cf hernie par efforts de poussée
- **Examens complémentaires**
 - **BU-ECBU**: systématique pour éliminer une prostatite
 - **Créatininémie**: recherche un retentissement de la rétention
 - **Echographie post mictionnelle**: systématique / mesure du résidu post-mictionnel ++ / retentissement vésical : recherche de signes de lutte
 - **Echographie vésico prostatique sus pubienne à vessie pleine et rénale** : précise le volume de la prostate et l'état de la vessie
 - **Echographie transrectale** : examen de référence pour l'étude de la prostate
 - **Uréthrocystographie rétrograde et mictionnelle 3/4** : objectiver un reflux vésicaux prostatique
 - **Endoscopie uréthro-vésicale**: recherche sténose urétrale / caillots
 - **Bilan uro-dynamique**
 - débitmétrie seule en 1ère intention +++ : dysurie si Qmax < 10ml/s
 - !! le reste du BUD ne sera fait qu'en seconde intention

Syndrome pollakiurie-impériosités

- **Généralités**
 - **Définitions**: troubles de la rétention
 - **Pollakiurie**: mictions fréquentes (> 6/jour et 2/nuit) de faible volume (
 - **Impériosité** (urgenterie): désir soudain, impérieux et irrésistible d'uriner
 - **Physiopathologie**
 - Le plus souvent: irritation vésicale → stimulation détrusorienne: miction
- **Etiologies**
 - **Irritation vésicale +++**
 - **Infection urinaire (IU)**: étiologie la plus fréquente
 - **Etiologies vésicales: tumeur (A savoir !)** / lithiase / caillot
 - **Etiologies de voisinage**: prostate / appendicite / sigmoïdite
 - **Réduction de la capacité vésicale**
 - **troubles de la compliançe**: vessie radique / bilharziose / BK
 - **compression extrinsèque**: tumeur abdomino-pelvienne / grossesse
 - **Autres étiologies**
 - **Hyperactivité détrusorienne**: primaire ou secondaire: neuro cf
 - **Rétention vésicale chronique**: mictions incomplètes donc plus fréquentes
 - **Psychogène**: anxieux (mictions « de précaution ») / réflexe (« clé dans porte »)
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain**: F ++ / atcd d'IU / FdR d'urothéliome / radiothérapie
 - **Anamnèse**: prise médicamenteuse
 - **Signes fonctionnels** urinaires = impériosité et pollakiurie
 - **Examen physique**
 - Toucher rectal +++ : rechercher une HBP
 - Examen des OGE: rechercher sténose du méat / prolapsus
 - Examen abdominal: rechercher un globe vésical / ex. neuro
 - !! NPO orifices herniaires: cf hernie par efforts de poussée
 - **Examens complémentaires**
 - **ECBU**: systématique pour rechercher une IU (cystite)
 - **Echographie**: mesure du résidu post-mictionnel
 - **Cytologie urinaire**: recherche de cellules tumorales si ECBU = N
 - **Endoscopie uréthro-vésicale**: recherche tumeur vésicale / caillots
 - **BUD** = cystomanométrie +++ : recherche hyperactivité détrusorienne

Synthèse pour questions fermées

Quelle est la définition d'une oligurie ? d'une anurie ?

- Oligurie : diurèse < 500mL/24h
 - Anurie : diurèse < 300mL/24h (Polycopié National Néphrologie)
- NB : définitions varient bp selon les sources

Quel est le signe clinique que l'on recherche devant la suspicion d'une rétention aiguë d'urine ? Si le patient est obèse quelle alternative a-t-on ?

- Palpation d'un globe vésical douloureux ++
- Bladder scan (pour mesurer le résidu post mictionnel)

Devant l'apparition d'une incontinence chez la femme jeune sans ATCD, quel diagnostic cherchez-vous à éliminer en priorité ?

- SEP (un peu tordu, mais c'est pour insister, tout signe neurologique chez la femme jeune est une SEP jusqu'à preuve du contraire)