



Troubles mictionnels de la femme

Dysurie, urgenturies, douleurs vésicales

Xavier Deffieux

Service de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la Reproduction

Hôpital Antoine Béclère, Clamart



Module 5
Gynécologie générale



Troubles mictionnels de la femme

(dysurie, urgenturies, douleurs vésicales)

- Physiopathologie
- Diagnostic clinique
- Examens complémentaires
- Mise en route du traitement

Troubles fonctionnels urinaires de la femme

Pollakiurie diurne: augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée.

Polyurie : augmentation de la diurèse quotidienne.

Importance du **calendrier mictionnel** pour différencier polyurie et pollakiurie +++

Nycturie : besoin d'uriner réveillant le patient.

Urgenturie : désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner (besoin difficile ou impossible de différer).

C'est un besoin qui est anormal par sa brutalité et son intensité.

Syndrome d'hyperactivité vésicale : urgenturies avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associées à une pollakiurie ou une nycturie.

Dysurie : symptômes d'une altération de la phase mictionnelle et post-mictionnelle (faiblesse du jet, miction par poussée : sensation de vidange vésicale incomplète...)



Les termes de « vessie instable » ou d'« instabilité vésicale » ne doivent plus être utilisés.



Il faut différencier la nycturie et les fuites urinaires lors des levers nocturnes, **d'une énurésie** nocturne qui est une miction involontaire survenant pendant le sommeil.

Troubles mictionnels de la femme

Heure	Volume mictionnel	Événement (fuite, urgenturie...)
06 : 50	130 ml	
07 : 45	50 ml	
09 : 15	60 ml	
11 : 30	80 ml	
12 : 15	40 ml	
13 : 50		Fuite urinaire sur urgenturie
13 : 50	80 ml	

Calendrier mictionnel = catalogue mictionnel

Idéalement sur trois jours

Mesure de chaque miction + heure miction et/ou symptômes

Verre mesureur de pâtissier à acheter en grande surface



Dysurie

(difficultés mictionnelles)

Symptômes d'une phase mictionnelle altérée

- Faiblesse du jet : perception d'une diminution de la force du jet urinaire pendant la miction
- Jet en arrosoir
- Jet haché : miction interrompue à une ou plusieurs reprises
- Jet hésitant : retard à l'initiation de la miction
- Miction par poussée : jet urinaire obtenu avec une poussée abdominale concomitante
- Gouttes terminales, miction traînante : achèvement progressif et lent de la miction
- Sensation de vidange vésicale incomplète
- Gouttes retardatrices: perte involontaire d'urine survenant immédiatement après la miction
(en se levant des toilettes)



Symptômes d'une phase mictionnelle altérée

Ces différents symptômes peuvent être objectivés par la débitimétrie (débit maximal, durée de la miction, aspect de la courbe mictionnelle, résidu post-mictionnel) mais il n'existe toutefois pas de corrélation stricte entre les symptômes rapportés et les résultats de la débitimétrie : certaines femmes décrivent un jet faible et un résidu post-mictionnel alors que la débitimétrie montrera une courbe mictionnelle normale avec un débit maximal conservé et une absence de résidu post-mictionnel.



Physiopathologie

Pour que la vessie se vide mal, il peut s'agir soit d'un défaut de fonctionnement du « moteur » (le muscle détrusor) ou de sa commande neurologique, soit d'un obstacle organique ou fonctionnel (obstacle au niveau du col de la vessie, de l'urètre ou du méat urinaire au niveau périnéal)



Trouble de la contractilité détrusorienne

Vessie dénervée après chirurgie radicale pelvienne

Pathologie neurologique périphérique

Diabète

Obstacle organique

Prolapsus génital (stade 2 ou plus)

Tumeur vaginale (kyste sous urétral)

Diverticule ou sténose urétrale

Obstacle fonctionnel (dyssynergie vésico-sphinctrienne)

Diabète

Médicaments

Pathologie neurologique centrale

ETIOLOGIES SELON LE MECANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE

Trouble de la contractilité détrusorienne

Vessie dénervée après chirurgie radicale pelvienne
Pathologie neurologique périphérique

Obstacle organique

Prolapsus génital (stade 2 ou plus)
Tumeur pelvienne
Sténose urétrale

Obstacle fonctionnel

(dyssynergie vésico-sphinctrienne)

Pathologie neurologique centrale
Diabète
Médicaments

ETIOLOGIES SELON LE MODE D'INSTALLATION

Installation brutale

Herpès, zona

Fécalome

Choc psychologique

Lésion focale médullaire du cône terminal

Lésion neurologique centrale

Obstacle post-opératoire (bandelette sous urétrale)

Dénervation post-opératoire (chirurgie radicale pelvienne)

Installation progressive

Prolapsus génital (stade 2 ou plus)

Sténose urétrale

Tumeur pelvienne

Neuropathie périphérique (diabète...)

Compression médullaire lente

Syndrome extrapyramidal



Etiologies selon le mode d'installation

Chez la femme jeune, l'existence d'une dysurie doit toujours faire éliminer une cause neurologique.

L'interrogatoire et l'examen clinique restent les éléments principaux du diagnostic et permettent d'orienter les éventuels examens complémentaires.

Les dysuries d'apparition brutale

Hormis les dysuries post-opératoires (après mise en place d'une bandelette sous urétrale par exemple), le caractère brutal de la symptomatologie est un argument majeur contre une étiologie «mécanique» telle une sténose urétrale ou une compression extrinsèque statique (tumeur pelvienne) ou dynamique (prolapsus type cystocèle stade 2 ou plus avec effet pelote ou rectocèle de stade 2 ou plus). Toutefois, cela peut se voir en cours de grossesse ou une rétroversion importante peut entraîner une rétention aiguë d'urine. L'apparition brutale doit en priorité faire évoquer soit une étiologie infectieuse, iatrogène (prise de parasympholytiques tels les anticholinergiques ou les morphiniques), psychogène (abus sexuel, divorce, deuil) ; un fécalome (chez la personne âgée essentiellement), soit bien évidemment une cause neurologique.

Les dysuries d'apparition brutale

Dans ce cadre, l'interrogatoire doit essayer de mettre en évidence d'autres anomalies permettant de suggérer une atteinte de type périphérique ou radiculo-médullaire basse, voire plexique sacré. En effet, les dysuries d'origine encéphalique sont exceptionnelles et en règle s'installent dans un tableau neurologique bruyant et évident (accident vasculaire du tronc cérébral ou frontal par exemple).

La perte (ou la diminution) simultanée de la sensation du besoin d'uriner ou de la perception du passage urétral des urines orientent d'emblée vers une cause neurologique, qui plus est périphérique pure.

Les dysuries d'apparition brutale

L'association à des troubles anorectaux (diminution de la perception du besoin de défécation, diminution de la perception du passage des selles dans le canal anal, diminution des possibilités de discrimination du contenu endorectal, dyschésie, voire incontinence anale) est évocatrice d'une atteinte neurologique en raison de la contigüité (ou du partage) des centres intégrateurs et de contrôle urinaires et anorectaux.

La survenue simultanée de troubles sensitifs périnéaux (hypoesthésie périnéale, paresthésies, dysesthésie en selle) ou moteurs (difficulté à fractionner volontairement les selles ou à couper le jet), sont très en faveur d'une étiologie neurologique avec atteinte du système nerveux périphérique.

Les dysuries d'apparition brutale

Pareillement, l'apparition d'une éruption périnéale éventuellement associé à un syndrome infectieux, peut faire évoquer une méningo-radiculite herpétique (zona périnéal), mais ne résume pas les étiologies infectieuses (maladie de Lyme ou la recherche d'antécédent de contagé, cutanés et articulaires est indispensable, méningo-radiculite d'autres origine).

L'apparition brutale chez une femme jeune d'une dysurie doit aussi toujours faire évoquer la possibilité d'une lésion focale médullaire située dans le cône terminal par exemple par saignement d'une malformation artério-veineuse. Le diagnostic différentiel est bien évidemment une plaque de démyélinisation focale dans le cadre d'une sclérose en plaques, mais l'on exigera pour le diagnostic de celle-ci, une dissémination non seulement temporelle mais aussi spatiale.

Les dysuries d'apparition brutale

Il faut bien souligner que pour toutes ces causes neurologiques, la dysurie peut être (et éventuellement rester) éventuellement le seul symptôme, d'où l'importance de cet interrogatoire.

Le caractère très brutal de la dysurie voire de la rétention, doit aussi faire évoquer la possibilité d'une atteinte méningée (méningite aiguë) ou la dysurie est une inhibition réflexe de la contraction vésicale, exceptionnellement une poliomyélite en pays d'endémie et enfin peut inaugurer d'un tableau neurologique plus diffus tel une polyradiculonévrite aiguë, (comme le syndrome de Guillain Barré).

Les dysuries d'apparition brutale

Ailleurs, le caractère brutal est un peu moins net avec installation des troubles en quelques jours. La notion de lombalgies, d'irradiation sciatique doit bien évidemment faire évoquer une hernie discale, dont l'association à une dysurie n'est pas forcément la traduction d'un syndrome de la queue de cheval (atteinte multi radiculaire) dont l'urgence est extrême et le pronostic pas toujours favorable.

La dysurie réactionnelle à l'alitement, aux antalgiques, à la douleur au cours d'une sciatique n'est en effet pas spécifique du syndrome de la queue de cheval qui sera alors confirmé par l'examen clinique.

Les dysuries d'apparition brutale

Chez une femme moins jeune avec des facteurs de risque vasculaire (hyperlipidémie, hypertension), l'apparition brutale d'une dysurie doit toujours faire évoquer la possibilité d'un accident vasculaire ischémique médullaire, très exceptionnel chez l'adulte jeune (entrant alors dans le cadre d'une maladie systémique comme une pan artérite noueuse).

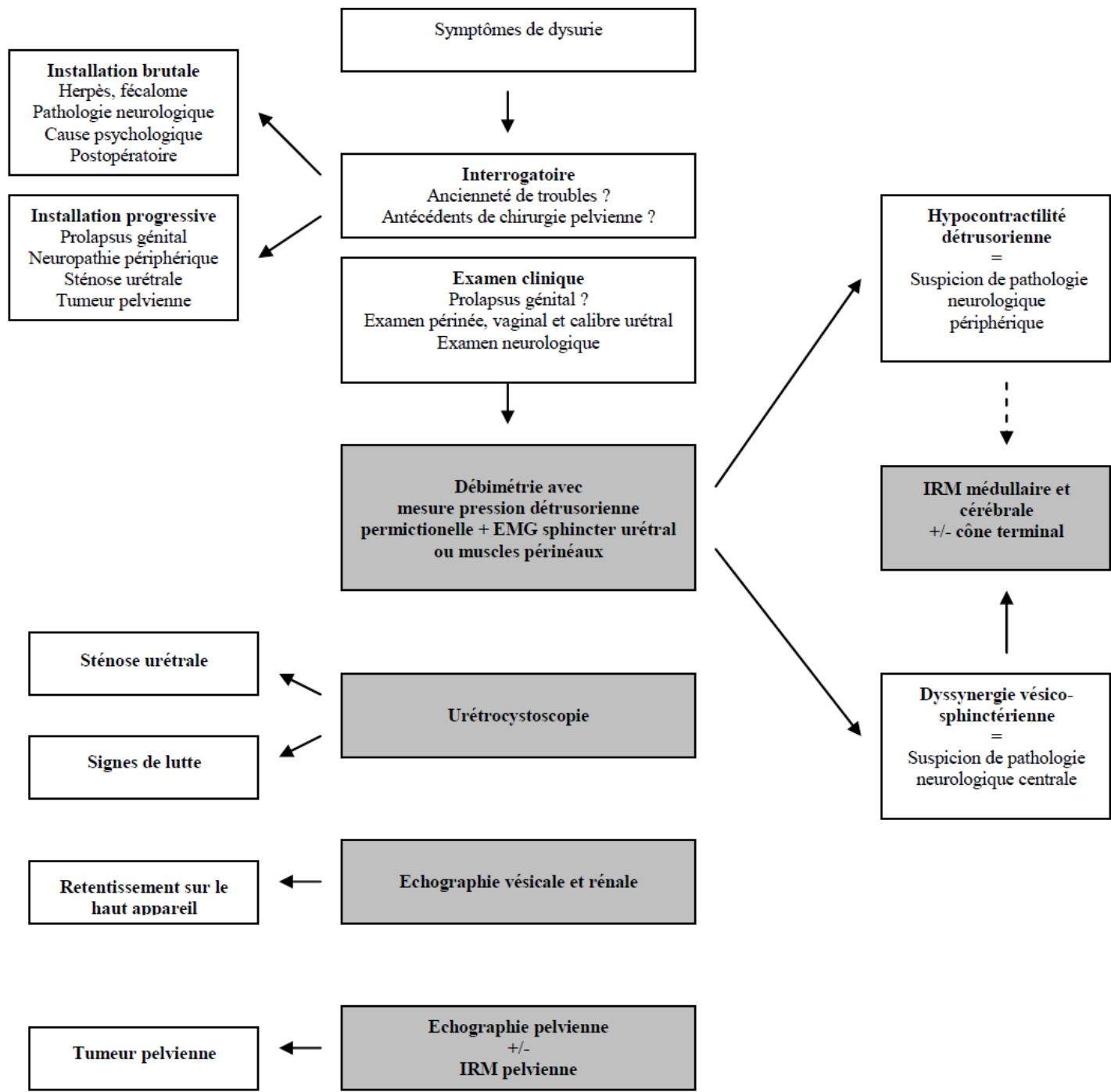
La dyssynergie vésicosphinctérienne striée caractérise les lésions médullaires sous protubérantielles. Ces lésions peuvent avoir une origine médicale (tumorale, vasculaire, infectieuse, compressive et congénitale), ou traumatique (accident de la voie publique, complication de la chirurgie rachidienne). Les complications urologiques de la dyssynergie vésico-sphinctérienne (vessie de lutte, reflux, pyélonéphrite) et insuffisance rénale chronique ne sont plus la première cause de mortalité après lésion médullaire.

Les dysuries d'apparition progressive

L'apparition acquise progressive d'une dysurie à l'âge adulte doit d'abord faire évoquer la possibilité d'un obstacle mécanique : sténose urétrale (antécédents d'infections urinaires à répétition, dilatation antérieures) ; notion d'un prolapsus faisant effet pelote (sensation de pesanteur, d'extériorisation d'une « boule » vaginale, de nécessité de réintroduire manuellement le prolapsus pour uriner). Le caractère très progressif peut aussi suggérer une neuropathie périphérique. Il faudra alors rechercher des facteurs de risque tels qu'un diabète, une intoxication alcoolique, la prise de médicaments neurotoxiques. L'existence concomitante de paresthésies des membres inférieurs, de troubles proprioceptifs, de troubles de l'équilibre, et d'une dysautonomie (hypotension orthostatique, hyper ou hyposudation, gastroparésie ...) est alors assez évocatrice.

Les dysuries d'apparition progressive

Chez la femme âgée, l'apparition d'une dysurie doit aussi faire rechercher à l'interrogatoire des signes en faveur d'un syndrome extra pyramidal (tremblement, micrographie, ralentissement idéo-moteur), mais aussi d'une compression médullaire lente telle une myélopathie cervicarthrosique (recherche de douleurs cervicale, de névralgies cervicobracchiales) ou un canal lombaire étroit (claudication intermittente à la marche non douloureuse).



Traitement des dysuries

Le traitement dépendra de la cause retrouvée. Globalement, hormis les cas de tumeur pelvienne ou périnéale qui nécessiteront une exérèse pour examen anatomopathologique, il n'y a pas de traitement obligatoire de la cause dès lors que la gêne est modérée et qu'il n'y a pas de complication c'est-à-dire pas de résidu post-mictionnel important, pas de signes de lutte, pas d'infection urinaire à répétition. Ainsi, dans les cas de dysurie après pose de bandelette sous urétrale, dans la plupart des cas, on se contentera d'expliquer les symptômes à la patiente en lui expliquant que la seule solution pour faire disparaître ses symptômes de dysurie serait de soit de réaliser des auto-sondages, soit de sectionner la bandelette ce qui exposerait à un risque important de récurrence de l'incontinence urinaire à l'effort.

Traitement des dysuries

Dans les cas de dysurie par dénervation après chirurgie radicale pelvienne, les auto-sondages sont le traitement de choix pour éviter les complications infectieuses et les effets délétères des efforts de poussée chroniques.

Les parasymphomimétiques et les prokinétiques n'ont pas été correctement évalués dans cette indication de dénervation pelvienne. La neuromodulation peut être essayée mais là encore, aucun essai randomisé n'a prouvé son efficacité dans ce cas précis.

Traitement des dysuries

Dans les pathologies neurologiques, la dysurie s'accompagne fréquemment d'un résidu important et de complications (vessie de lutte avec diverticules et parfois reflux), infections urinaires à répétition. Dans ce cas, le traitement de référence est la réalisation d'auto-sondages propres (non stériles) dont l'apprentissage est maintenant facilité par l'expertise des infirmières qui en sont chargées et les nombreux documents d'information tant imprimés que sur support vidéo.



Urgenturies

(syndrome d'hyperactivité vésicale)

Aucun examen complémentaire ne fait le diagnostic du type de l'incontinence urinaire +++

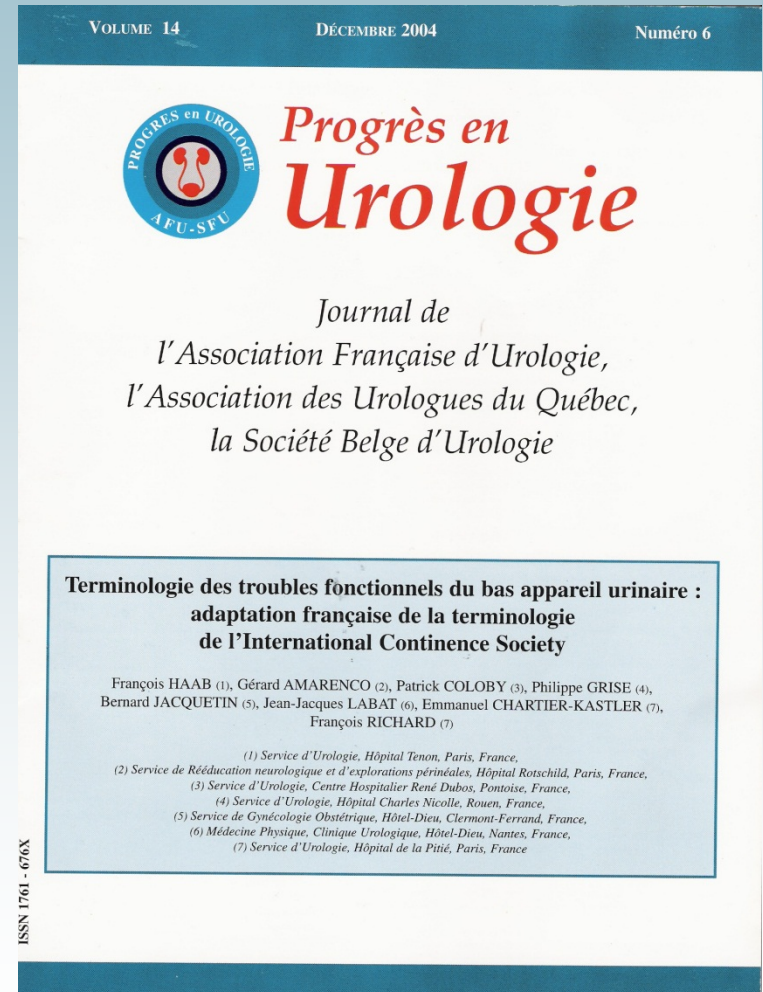
Utiliser les bons termes (définitions)

Nomenclature francisation publiée en 2004

Progrès en Urologie

Terminologie ICS / IUGA publiée en 2010

Neuro-urology and urodynamics



Urgenturie

L'urgenturie (urgence mictionnelle) est le désir soudain (envie soudaine), impérieux et fréquemment irréprouvable d'uriner (besoin difficile ou impossible de différer).

C'est un besoin qui est anormal par sa brutalité et son intensité. Il ne s'accompagne souvent que d'une quantité urinée modérée voire faible. Il est différent de la progression normale du besoin qui passe d'une sensation de vessie remplie à une sensation d'envie d'uriner par vessie pleine. A l'opposé de l'urgenturie, le besoin physiologique normal est le signe annonciateur d'une miction qu'il est possible de différer un certain temps pour satisfaire aux commodités sociales et contraintes d'environnement. Le terme d' »impériosité » ne doit plus être utilisé.

Syndrome d'hyperactivité vésicale (“syndrome urgenturie–pollakiurie”)

Défini par la survenue d'urgenturies avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associées à une pollakiurie ou une nycturie.

Ce syndrome est évocateur d'une hyperactivité détrusorienne mise en évidence par un examen urodynamique, mais non spécifique car pouvant également être dus à d'autres types de dysfonctionnement du bas appareil urinaire.

Beaucoup de femmes ayant un syndrome clinique d'hyperactivité vésicale n'auront pas d'hyperactivité détrusorienne à la cystomanométrie du bilan urodynamique

Par ailleurs, le terme de syndrome clinique d'hyperactivité vésicale suppose qu'il n'y ait pas d'infection urinaire ou une pathologie locale organique.

Syndrome d'hyperactivité vésicale (“syndrome urgenturie–pollakiurie”)

L'hyperactivité vésicale est définie comme un trouble associant une urgenturie avec ou sans incontinence et fréquemment associée à une pollakiurie et à une nycturie.

Un ensemble d'observations récentes permet en effet désormais d'établir que l'hyperactivité vésicale correspond d'abord à une anomalie du traitement sensoriel régulant la continence.

Les différents cadres étiopathogéniques chez l'Homme partagent un ensemble de désordres similaires au niveau de l'urothélium, des nerfs et du muscle lisse du détrusor. Ces désordres s'inscrivent pour partie dans le cadre d'une neuroplasticité orchestrée par les facteurs de croissance nerveuse.

Troubles mictionnels de la femme

IU sur urgenturies



IU à l'effort



Fuites Urgenturies
Immersion des mains

Fuites Toux, sport, port de charges
Orthostatisme



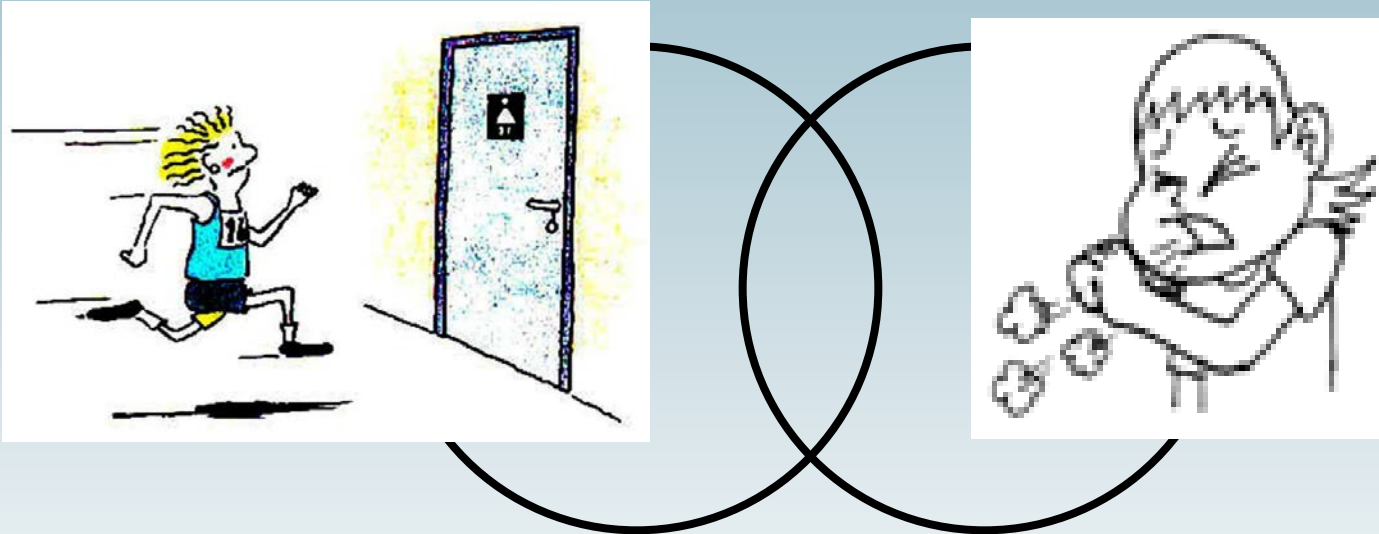
Urgenturie = désir soudain, impérieux, difficile ou impossible de différer

Syndrome d'hyperactivité vésicale

= Pollakiurie / Nycturie / Urgenturies / incontinence sur urgenturies

= ***OAB syndrome (overactive bladder syndrome)***

Incontinence urinaire féminine



**INCONTINENCE URINAIRE
MIXTE**

Recommandations pour la pratique clinique CNGOF 2009

Chez une patiente qui consulte pour une incontinence urinaire, il est recommandé de préciser les circonstances, la fréquence et la sévérité des fuites urinaires (grade B). Des questionnaires en langue française existent pour évaluer les circonstances des fuites, la sévérité et le retentissement de l'incontinence urinaire. En cas de symptômes d'urgenterie, nycturie ou pollakiurie, il est recommandé d'utiliser un catalogue mictionnel (grade C).

ECBU

Calendrier mictionnel si « pollakiurie »

Questionnaire (ICIQ-SF) pour toutes +++

How often do you leak urine? *(tick one box)*

- never 0
- about once a week or less often 1
- 2 or 3 times a week 2
- about once a day 3
- several times a day 4
- all the time 5

Think how much urine do you usually leak (whether you wear protection or not)?
(tick one box)

- none 0
- a small amount 2
- a moderate amount 4
- a large amount 6

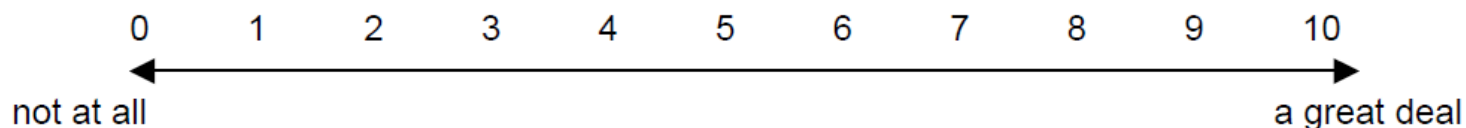
When does urine leak? *(Please tick all that apply to you)*

- never – urine does not leak
- leaks before you can get to the toilet
- leaks when you cough or sneeze
- leaks when you are asleep
- leaks when you are physically active/exercising
- leaks when you have finished urinating and are dressed
- leaks for no obvious reason
- leaks all the time

ICIQ-SF

Overall, how much does leaking urine interfere with your everyday life?

Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)



Stratégie diagnostique et thérapeutique devant un syndrome d'hyperactivité vésicale

Après avoir éliminé une polyurie et une infection, il faudra en premier lieu rechercher une cause à ces symptômes d'hyperactivité vésicale : une pathologie neurologique, un obstacle urologique (fonctionnel ou organique) ou une cause locale (polype vésical, tumeur pelvienne).

La première étape sera bien évidemment clinique : examen neurologique du périnée et des membres inférieurs à la recherche d'un syndrome pyramidal ou d'un déficit sensitivo-moteur, examen du méat urétral et du trajet urétral, recherche d'un prolapsus génital, examen sous spéculum, touchers pelviens, palpation abdominale.

Stratégie diagnostique et thérapeutique devant un syndrome d'hyperactivité vésicale

Ensuite, une échographie pelvienne et vésicale sera prescrite pour éliminer une cause tumorale (bénigne ou maligne) utéro-annexielle et vésicale.

L'échographie permettra également de dépister un résidu post-mictionnel. La figure 2 expose la démarche diagnostique. Une fois ces causes éliminées, un traitement de première ligne peut être prescrit : anticholinergique et/ou rééducation (thérapie comportementale, électrostimulation, renforcement musculaire).

Stratégie diagnostique et thérapeutique devant un syndrome d'hyperactivité vésicale

En cas de pollakiurie ou d'urgenturies « symptômes » d'une pathologie (infection, polype, obstacle...) le traitement sera celui de la cause.

En cas de syndrome d'hyperactivité vésicale idiopathique, le traitement débutera par des anticholinergiques éventuellement associés à une réduction pondérale si un surpoids est constaté. La stratégie thérapeutique précise est détaillée dans le chapitre correspondant de cet ouvrage : rééducation, médicaments, neuromodulation).

Stratégie diagnostique et thérapeutique devant un syndrome d'hyperactivité vésicale

Une thérapie comportementale peut être proposée ; son mécanisme d'action reste discuté : meilleure inhibition corticale sur les contractions anarchiques du détrusor, facilitation corticale sur l'augmentation de la pression de clôture urétrale et une meilleure modulation de l'information afférente, augmentation de la « réserve » du bas système urinaire par une meilleure « conscientisation ».

Cette thérapie comportementale est plus efficace que l'absence de traitement et il ne semble pas y avoir de différence d'efficacité entre la thérapie comportementale et les anticholinergiques.

L'électrostimulation est plus efficace que l'absence de traitement mais son efficacité n'est pas statistiquement supérieure à celle de la rééducation par renforcement musculaire et à celle des anticholinergiques.

IU sur urgenturies



IU à l'effort



Eliminer infection, fistule, résidu post-mictionnel et neurologique

Réduction pondérale ++

Diminuer apports

RHD (tabac, café, thé...)

Anti-cholinergiques + THS (si ménopause)

Rééducation

**Echec = BUD, cystoscopie (polype ?),
écho pelvienne, IRM médullaire (+/-)**

Autre anti-cholinergique

Neuro-modulation (TENS SPI – NS3)

Toxine botulinique dans le détrusor

Réduction pondérale ++

Diminuer apports

Rééducation

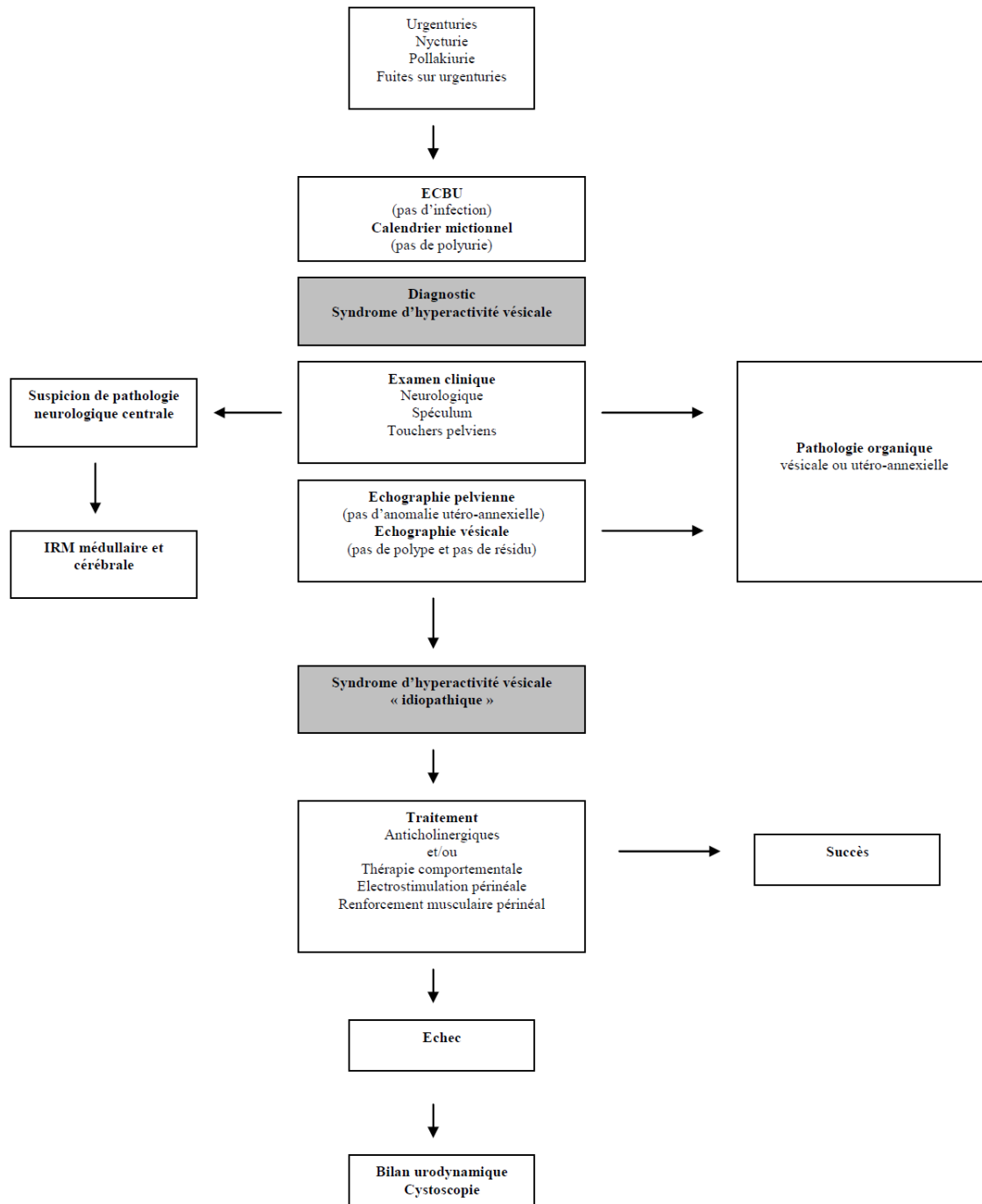
Echec = BUD pré-opératoire

Bandelette sous urétrale +++

Injections péri-urétrales

Ballonnets péri-urétraux

Sphincter artificiel



Recommandations pour la pratique clinique CNGOF 2009

Surpoids

En cas de surpoids, la perte de poids améliore l'incontinence urinaire (NP1). Il est recommandé de peser toute patiente consultant pour incontinence urinaire et de proposer une prise en charge associant des mesures diététiques et de l'exercice physique (grade A).

Réducation périnéo-sphinctérienne

La rééducation comportementale est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme en particulier quand il existe une composante d'urgenterie (NP1). Les exercices musculaires du plancher pelvien font mieux que l'absence de traitement pour l'incontinence urinaire de la femme (NP1).

Il est recommandé de débiter le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ou de l'incontinence urinaire mixte par une rééducation périnéale comportant des exercices musculaires du plancher pelvien (grade C). La rééducation comportementale est recommandée de première intention en cas de symptômes d'urgenterie prédominants (grade C).

Le résultat de l'électrostimulation vaginale dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme semble d'effet limité et moins important que la rééducation par exercice musculaire du plancher pelvien (NP2).



Rééducation périnéo-sphinctérienne pour incontinence urinaire

Objectifs

Enseigner anatomie et physiologie (schémas, miroir)

Induire une contraction anticipatrice = verrouillage à la toux (IU Effort)

Testing releveurs

Force musculaire (0-5)

Inversion de commande ++

Corriger le comportement

Relaxation, calendrier mictionnel

Reprogrammation mictionnelle



Rééducation périnéo-sphinctérienne pour incontinence urinaire

Exercices avec contrôle manuel

Sans puis contre résistance (selon testing initial)

Décubitus dorsal, position assise, en marchant

Apprentissage du verrouillage à la toux (IUE)

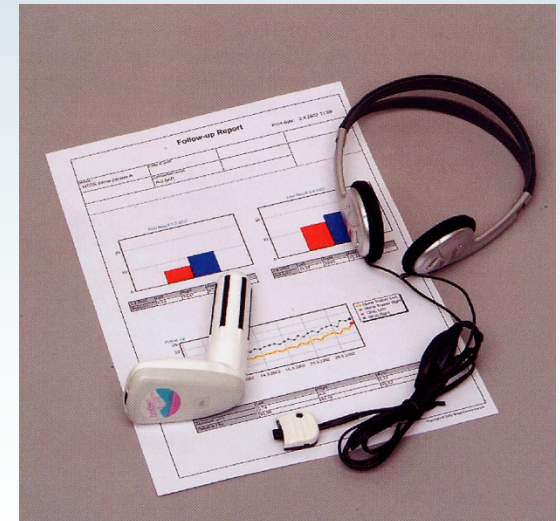
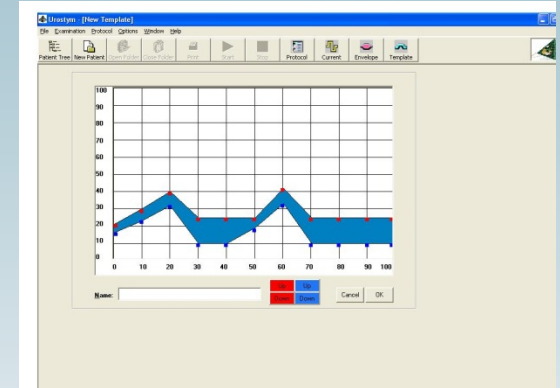
Electrostimulation

Sonde vaginale munie d'électrodes

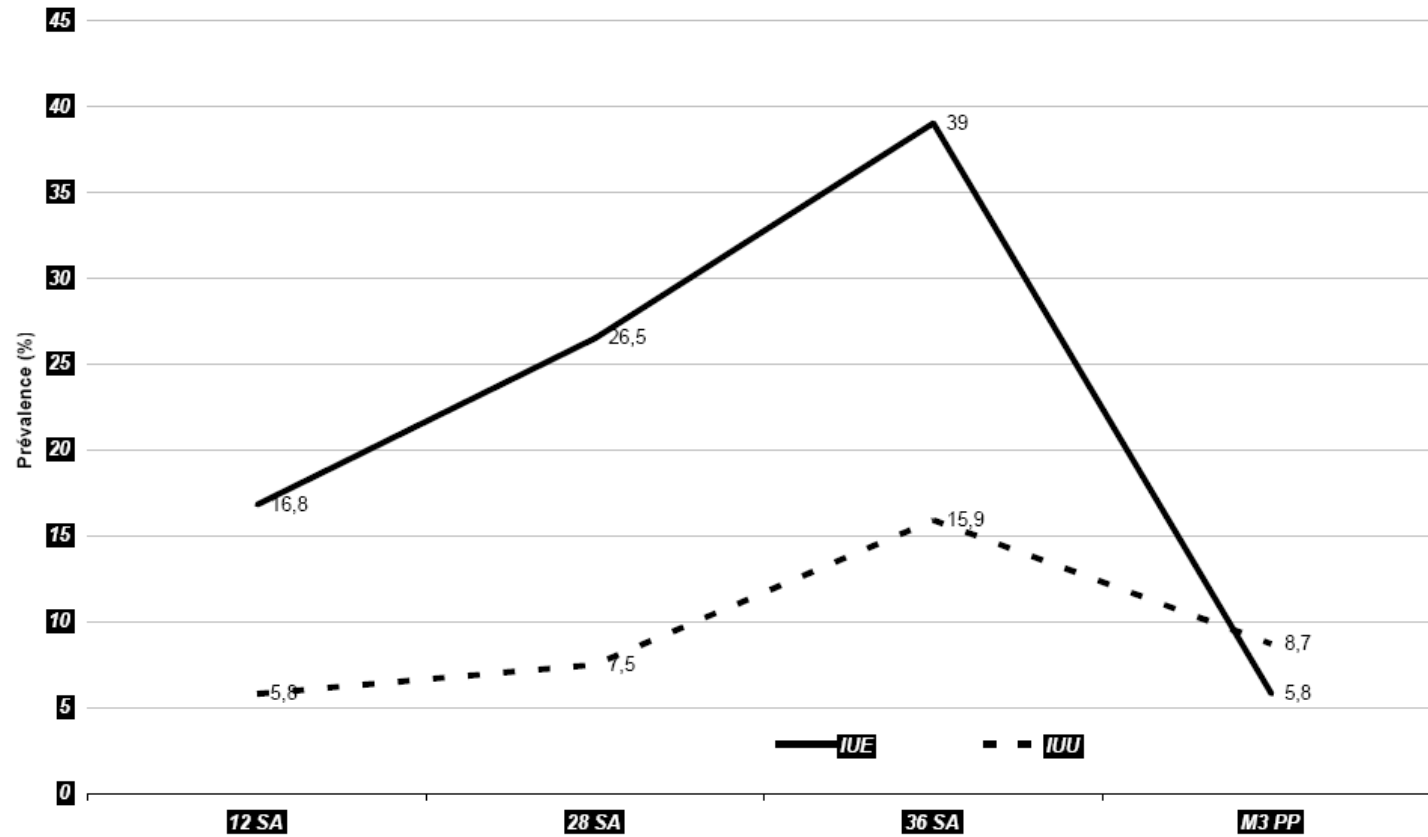
Biofeedback

Sonde vaginale munie d'électrodes de détection

Améliore la prise de conscience



Incontinence urinaire en cours de grossesse



RPC CNGOF 2009

Rééducation prénatale

Auteurs	Année	Technique de rééducation prénatale	Prévalence IU M3 PP Rééducation	Prévalence IU M3 PP Témoins	RR (IC95%) IU à 3 mois PP
Reilly et al	2002	exercices avec rééducateur (Deux fois par jour, 3 séries de 8 contractions (12 contractions à partir de 34 SA) soutenues pendant 6 secondes avec 2 minutes de repos entre chaque série de contraction) de rééducation périnéale (une fois par mois de 20SA à l'accouchement) supervisés par un rééducateur + conseils verbaux sur la rééducation	23/120 (19.2%)	36/110 (32.7%)	0.59 (0.37 - 0.92)
Morkved et al	2003	exercices avec rééducateur : 60 minutes une fois par semaine pendant 12 semaines entre 20 et 36 SA (contraction maximale maintenue pendant 6-8 secondes suivie de 3 ou 4 contractions brèves avec 6 secondes de repos entre chaque série de contraction). Les exercices sont faits en position couchée, allongée, accroupie et debout. Les femmes sont encouragées pour faire des exercices à la maison : 8 à 2 contractions deux fois par jour, dans la position de leur choix.	29/148 (20%)	49/153 (32%)	0.61 (0.40 - 0.90)
Sampselle et al	1998	Contrôle de la commande volontaire + 30 contractions maximales par jour	Non évalué	Non évalué	Non évalué
Woldringh et al	2007	3 séances de rééducation prénatale et une post-natale à 6-8 semaines du post-partum + conseils verbaux sur la rééducation	50/87 (57%)	74/125 (59%)	Non calculé mais p=0.4

La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse :

- améliore l'IU en cours de grossesse (NP1)
- diminue la fréquence de l'IU à 3 mois du PP (NP1)
- ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme (NP2)

RPC CNGOF 2009
Rééducation postnatale

La rééducation du post-partum

La rééducation périnéale par des exercices de contraction musculaire est le traitement de première intention de l'IU postnatale (grade A)

Les autres traitements ne doivent pas être proposés dans le postpartum :

Rééducation précoce dans le post-partum
Rééducation par cônes vaginaux (NP2)
Electrostimulation périnéale (NP2)

N'apportent pas de bénéfice
par rapport aux exercices
de contraction volontaires
dans le post-partum

KEAT®

Electrostimulateur périnéal sans fil et programmable utilisé

Rééducation périnéale à domicile

Indication : incontinence urinaire d'effort, sur urgenturies ou mixte

Avantages :

« Transportable, utilisable à la maison de façon intime et discrète »



KEAT®

Electrostimulateur périnéal sans fil et programmable

1 sonde étanche


1 boîtier chargeur

(programmation + charge de la sonde)

1 adaptateur secteur



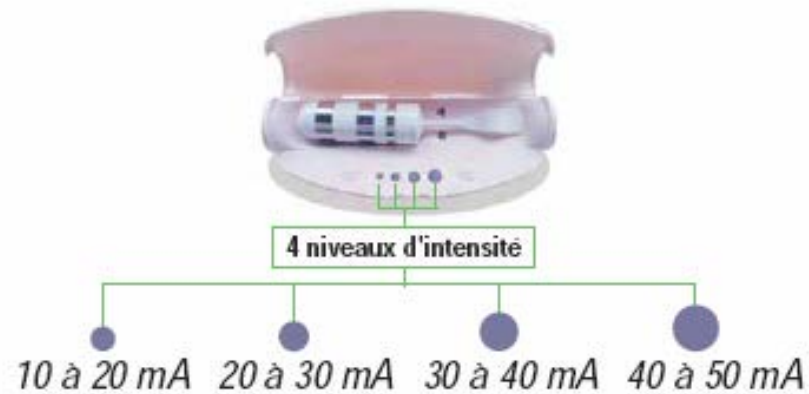
Incontinence urinaire d'effort

Symbole 

Fréquence : 50 Hz


Stimulations entrecoupées de temps de repos

Intensité variable au cours de la séance programmée



- ➔ **Durée : 30 minutes par séance**
- ➔ **1 séance par jour pendant 2 mois**

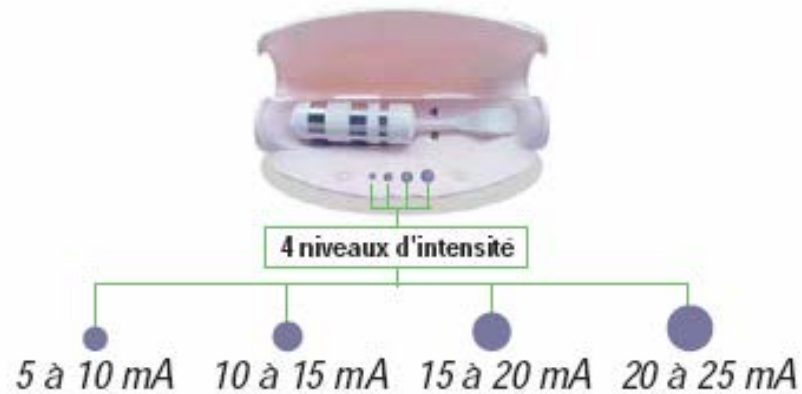
Incontinence par impériosité

Symbole 

Fréquence 12,5 Hz

Stimulations continues

Intensité variable au cours de la séance programmée



➔ **Durée : 30 minutes par séance**

➔ **1 séance par jour pendant 2 mois**

Incontinence urinaire mixte

1^{ère} étape de la rééducation : IU par impériosité

Symbole  Fréquence 12,5 Hz

Stimulations continues

Intensité variable au cours de la séance programmée



- ➔ Durée : 30 minutes par séance
- ➔ 1 séance par jour pendant 1 mois 1/2

2^e étape de la rééducation : IU d'effort

Symbole  Fréquence 50 Hz

Stimulations entrecoupées de temps de repos

Intensité variable au cours de la séance programmée



- ➔ Durée : 30 minutes par séance
- ➔ 1 séance par jour pendant 1 mois 1/2

KEAT et urgenturies

Conclusion

Pas de résultats disponibles

Littérature défavorable

Electrostimulation moins efficace que la rééducation guidée /thérapeute
(kiné ou sage femme)

Au total... pas en première intention

A réserver aux patientes refusant la contrainte de la rééducation classique

Faire une courte formation sur la musculature périnéale

Les informer de la probable moindre efficacité si elles font ce choix

Attente de données cliniques...



Estrogénothérapie

RPC CNGOF 2009

Les bénéfices de l'estrogénothérapie per os seule ou associée à de la progestérone ne sont pas établis dans la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme ménopausée (NP2). Le traitement estrogénique par voie vaginale améliore l'urgenterie et la pollakiurie (NP2). Le traitement par estrogènes par voie orale n'est pas recommandé pour traiter ou prévenir l'incontinence urinaire d'effort de la femme (grade B). Le traitement estrogénique par voie vaginale peut être utilisé chez la femme ménopausée pour améliorer l'urgenterie ou la pollakiurie (grade B).

Incontinence urinaire

Apports du bilan urodynamique devant une IU

Interrogatoire	Type d'IU, dysurie associée, TAR et sexuels
Débimétrie + RPM	Trouble vidange (obstacle, hypocontractilité, fonctionnel)
Cystomanométrie	Compliance, hyperactivité détrusorienne, sensibilité
Profilométrie + VLPP	Insuffisance sphinctérienne, instabilité urétrale
Examen	Trophicité, mobilité urétrale, POP, test à la toux, Ulmsten

La réalisation d'un bilan urodynamique n'est pas associée à de meilleurs résultats dans le traitement conservateur de l'incontinence urinaire de la femme (NP2). Il n'est pas utile de prescrire un bilan urodynamique avant de proposer un traitement par rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme (grade B).

Un bilan urodynamique complet est recommandé avant toute décision de procédure chirurgicale pour l'incontinence urinaire (grade C). Le bilan urodynamique est notamment recommandé en cas d'échec chirurgical antérieur (accord professionnel). En cas d'incontinence urinaire d'effort isolée, le bilan urodynamique n'est pas indispensable avant chirurgie si l'évaluation clinique est complète (questionnaire standardisé, test à la toux, catalogue mictionnel, détermination du résidu postmictionnel) et concordante (accord professionnel). Quand le bilan urodynamique est réalisé pour une incontinence urinaire chez la femme adulte non neurologique, il comporte une débitmètrie libre avec mesure du résidu postmictionnel, une cystomanométrie suivie de la mesure de la contraction vésicale mictionnelle, un profil urétral avec mesure de la pression de clôture (PCMU) et de la pression de fuite (VLPP) (grade C).

Urgenturies
Nycturie
Pollakiurie
Fuites sur urgenturies



ECBU
(pas d'infection)
Calendrier mictionnel
(pas de polyurie)

Diagnostic
Syndrome d'hyperactivité vésicale

Examen clinique
Neurologique
Spéculum
Touchers pelviens

Echographie pelvienne
(pas d'anomalie utéro-annexielle)
Echographie vésicale
(pas de polype et pas de résidu)



Syndrome d'hyperactivité vésicale
« idiopathique »

Suspicion de pathologie
neurologique centrale



IRM médullaire et
cérébrale

Pathologie organique
vésicale ou utéro-annexielle



**Syndrome d'hyperactivité vésicale
« idiopathique »**



Traitement
Anticholinergiques
et/ou
Thérapie comportementale
Electrostimulation périnéale
Renforcement musculaire périnéal



Succès



Echec



**Bilan urodynamique
Cystoscopie**



Syndrome de vessie douloureuse

(anciennement « cystite interstitielle » ou « cystalgies à urines claires »)

Diagnostic clinique (ESSIC 2008, AUA 2011)

Douleur sus pubienne (ou pesanteur) +/- douleurs urétrales

Survenant au cours du remplissage et améliorée par la miction

Chronique (> 6 semaines)

+/- pollakiurie, nycturie, urgenturies, diminution capacité vésicale

+/- Dyspareunies, douleurs pelvi-périnéales

En l'absence d'infection ou d'autre cause identifiée

Epidémiologie

Femme > 18 ans (diagnostic entre 30 et 40 ans le plus souvent)

Caucasienne

« En l'absence d'infection ou d'autre cause identifiée »

= Eliminer une pathologie organique pelvienne ou périnéale

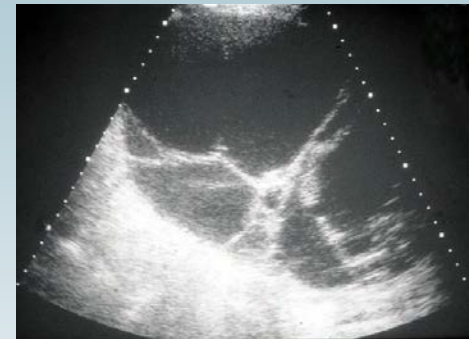
ECBU

Examen clinique (périnée, col, toucher vaginal)

Cytologie péritonéale (si tabac)

Echographie pelvienne (utérus, ovaire) et vésicale

+/- cystoscopie (ulcérations inconstantes, valeur diagnostique ?)



Calendrier mictionnel

Questionnaires de symptômes

Quantification des douleurs (EVA)

Evaluation pré-thérapeutique

Le point de vue du gynécologue

La vie génitale a t-elle un effet sur l'évolution de la maladie ?

- Effet du cycle menstruel ?
- Impact de la grossesse et de l'accouchement ?
- Influence de la ménopause et du THS ?

La maladie a t-elle un impact sur la sexualité ?

Facteurs de risque de CI / SVD

Etude cas témoins

[Gardella et al, J Sex Med, 2011]

Pilule estroprogestative

OR=6.9 (IC95% 2.1-22.1)

Endométriose

OR=3.7 (IC95% 1.1-12.7)

Etude cas témoins (analyse multivariée)

[Warren et al, Urology, 2011]

Pauciparité

OR=3 (IC95% 1.5-4.6)

THS ou traitement progestatif

OR=3 (IC95% 2.0-5.0)

Syndromes non vésicaux (fibromyalgie, intestin irritable, fatigue chronique...)

* 2 à 5 syndromes

OR= 3.5 (IC95% 2.3-5.2

* 6 à 9 syndromes

OR=11.8 (IC95% 4.4-31.1)

Cycle menstruel et CI / SVD

Exacerbation pré-menstruelle (20-60% des cas)

Si exacerbation au moment des menstruations

- Endométriose (examen clinique et IRM pelvienne)
- Solution : bloquer le cycle !
 - * Pilule estroprogestative en continu
 - * Progestatifs en continu
 - * GnRH α (?)



Grossesse et cystite interstitielle

Pauciparité associée à CI / SVD ...cause ou conséquence ?

Augmentation des seuils sensitifs douloureux

Amélioration des symptômes (10-40%)...ou exacerbation

[Erikson, Urol Clin North Am. 2007]

Etude de cohorte (4 ans) n=12 femmes (âge moyen 32 ans)

Cystite interstitielle traitée par instillation intra-vésicale de DMSO

Pas d'augmentation du risque de complication maternelle (Pré-éclampsie, DG...)

Pas d'augmentation du risque de complication foétale (RCIU, prématurité...)

Pas d'aggravation des symptômes en cours de grossesse ou dans le post-partum

[Onwude et al, Gynecol Obstet Invest, 2003]

Sexualité et cystite interstitielle

Etude comparative n=47 (cystite interstitielle) versus 47 témoins

Score total médian Female Sexual Function Index 13 vs 28 (p<0.001)

Dyspareunies « insupportables » 32% vs 4% (p=0.001)

Vulvodynies généralisées ou localisées 85% vs 6% (p<0.001)

[Gardella et al, Eur Urol, 2008]

Etude cas témoins (n=235 CI / SVD)

FSFI (Female sexual function index) altéré par rapport aux témoins

Vulvodynies spontanées 23% et provoquées (test coton tige) 75%

[Gardella et al, J Sex Med, 2011]

Vulvodynie = syndrome douloureux vulvaire chronique

(pas de processus infectieux, dermatologique, autoimmun...)

Localisées (« vestibulite »...) ou généralisées

Allodynie

Douleur déclenchée par un stimulus indolore

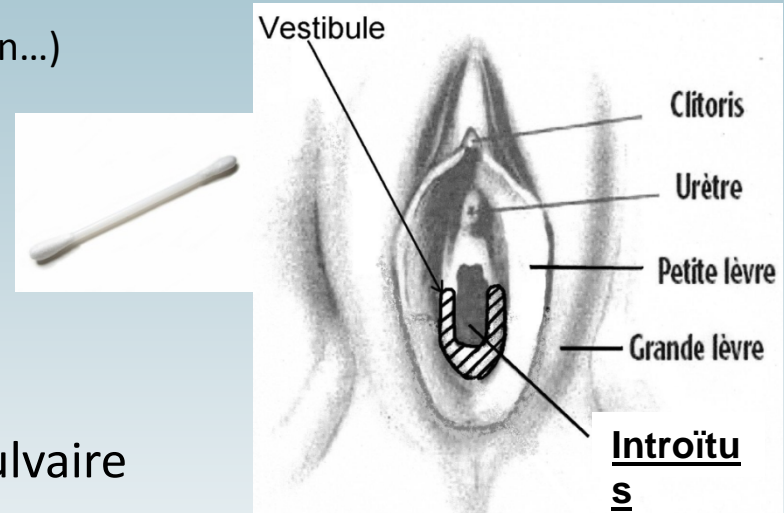
Sensation de brûlure, piquûre dans la région vulvaire

Douleur lors de l'introduction de tout corps étranger dans le vagin (doigt, tampon)

La douleur peut être localisée très précisément (points « douloureux »)

Origine causale

Pathologie locale inaugurale fréquente (mycose...), antécédent d'abus sexuel



Vulvodynies

Modifications de la sensibilité vulvaire

Allodynie (douleur perçue à 14 mN vs 158 mN chez témoins ($p < 0.0001$))

Trouble discrimination chaud/froid 5°C vs 9°C chez témoins ($p < 0.01$)

N=22 femmes présentant une vestibulite (J7-11 du cycle)

[Bohm-Starke et al, Pain, 2001]

Diminution des seuils de sensibilité (tact et douleur)

[Pukall et al, Pain, 2002] [Bohm-Starke et al, Pain, 2001]

Prévalence vulvodynies chez les femmes ayant une CI / SVD

Questionnaire envoyé par courrier

65% des répondeuses (n=149) sont sexuellement actives

Abus sexuel : 28% des répondeuses

63% des femmes SVD sexuellement actives ont des vulvodynies

[Carrico et al, Urol Nurse, 2009]

Prévalence CI / SVD chez les femmes ayant des douleurs périnéales

197/244 (81%) CI / SVD (test potassium positif)

Prévalence identique (80%) si endométriose ou vulvodynies (vestibulite)

Seulement 1% de ces femmes avaient déjà un diagnostic de CI / SVD

[Parsons et al, Am J Obstet Gynecol, 2002]

Traitement non spécifique des vulvodynies associées à la CI

Les antalgiques ne sont pas efficaces ++

Prendre du temps, énoncer le nom de la « maladie » vulvodynie / vestibulite

Expliquer hypothèses physiopathologiques (troubles sensibilité)

Identification et éviction des irritants locaux

Lubrifiants, gels anesthésiques locaux

(lidocaïne nocturne) [Zolnoun et al, *Obstet Gynecol*, 2003]

Désensibilisation centrale

Anti-épileptiques (Neurontin, Lyrica...) et antidépresseurs (Laroxyl)

Thérapie comportementale, sexothérapeute

Traitements combinés
(approche multimodale)

Traitement des dyspareunies associées à la cystite interstitielle

Effet des instillations intra-vésicales (lidocaïne, bicarbonate, héparine)

23 femmes sexuellement actives (âge moyen 38 ans). Dyspareunies (100%)

FSFI avant et 3 semaines après instillations intra-vésicales (3/sem pdt 3 sem)

Résultats

- 50% d'amélioration (Patient Objective Rating of Improvement Scale) : 65%
- Diminution nycturie ($p < 0.001$), augmentation volume mictionnel ($p < 0.001$)
- Amélioration FSFI (domaine douleurs) ($p < 0.01$)
- Disparition dyspareunies 13/23 (57%)

[Welk et al, Urology, 2008]

Traitement des dyspareunies associées à la cystite interstitielle

Neuromodulation sacrée

Efficacité prouvée dans certains cas de CI / SVD

Peut être proposée si vestibulite réfractaire aux autres thérapeutiques

Efficacité 10 - 25%

[Ramsay et al, Obstet Gynecol, 2009]

[Fariello et Whitmore, IUJ, 2010]

[Pettit et al, Curr Opin Obstet Gynecol, 2002]

Traitement du syndrome de vessie douloureuse

(Guidelines AUA 2011)

Première ligne

Thérapie comportementale

Psychothérapie, apprentissage au contrôle du stress

Seconde ligne

Réducation périnéale, Kegel, manipulations (ostéopathie)

Traitement antalgique (approche multimodale)

Amitriptyline (LAROXYL), cimetidine (TAGAMET)

Hydroxyzine (ATARAX), polysulfate de pentosane (ELMIRON)

Instillations vésicales (dimethyl sulfoxide DMSO , lidocaïne...)

Traitement (Guidelines AUA 2011)

Troisième ligne

Cystoscopie sous anesthésie avec hydro distension à basse pression

Cystoscopie avec coagulation des ulcères de Hunner (si présents)

(LASER, électrocoagulation)

Quatrième ligne

Neuromodulation sacrée

Cinquième ligne

Cyclosporine A per os

Toxine botulinique en injections intra détrusoriennes

(prévenir du risque d'auto-sondages)

Traitement (Guidelines AUA 2011)

Sixième ligne

Entérocystoplastie...

Traitements qui ne doivent pas être prescrits

Antibiothérapie au long cours

Instillations intra-vésicales de BCG

Instillations intra-vésicales de resineratoxin

Hydro distension prolongée ou à haute pression

Corticoïdes per os au long cours

Conclusion

Y penser ...association fréquente vulvodynies et CI / SVD

Eliminer les causes organiques avant de porter le diagnostic

Prise en charge multimodale des vulvodynies associées

Pas d'impact majeur de la grossesse