

Les troubles fonctionnels urinaires



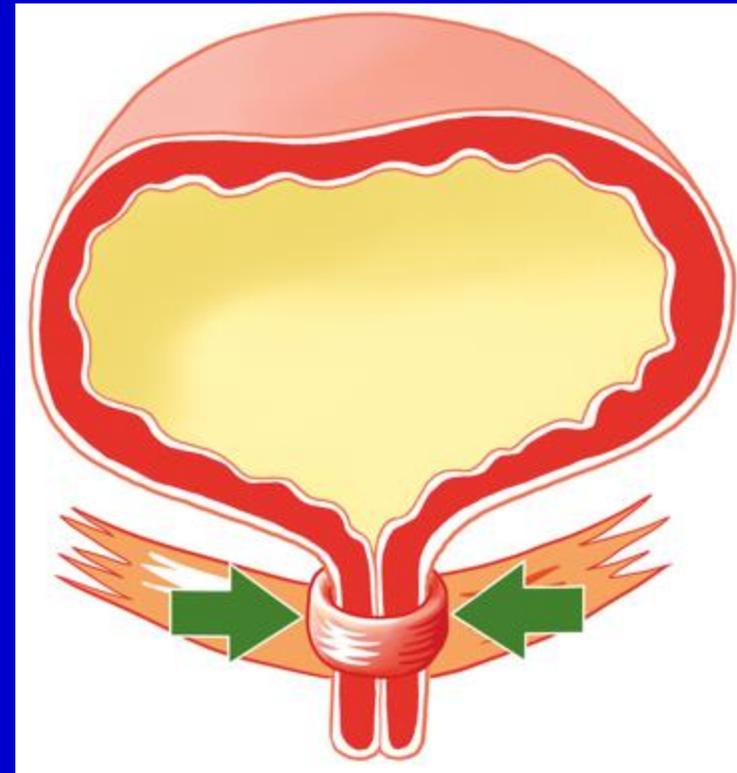
PHYSIOLOGIE DU REMPLISSAGE VESICAL

entre 2 mictions, le réservoir vésical est relâché, le robinet sphinctérien est fermé

La continence urinaire est un rapport de forces

Réservoir vésical: à basse pression

Robinet sphinctérien : à haute pression
« gradient de pression » uréthro vésical +



PHYSIOLOGIE DE LA MICTION

le réservoir vésical se contracte
le robinet sphinctérien se relâche
La vessie se vide

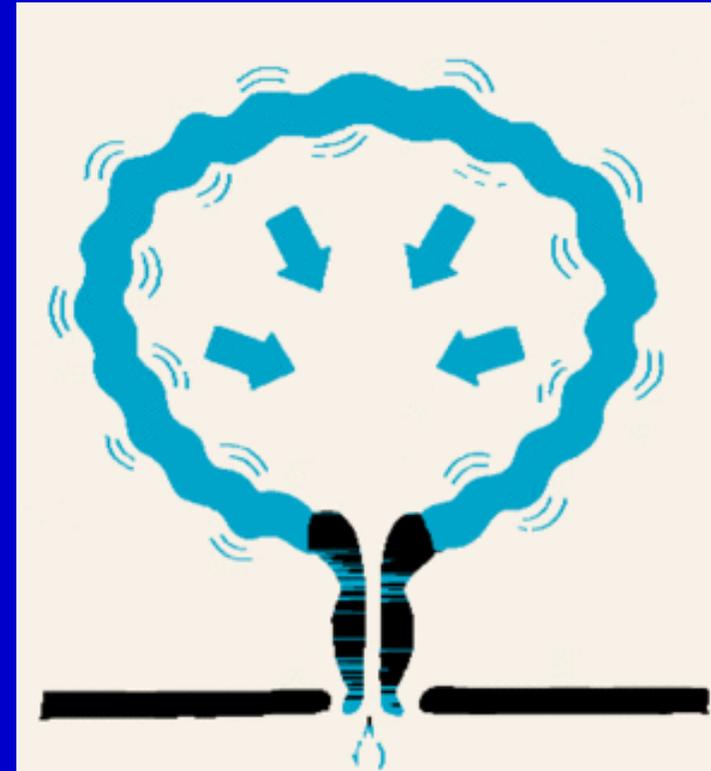
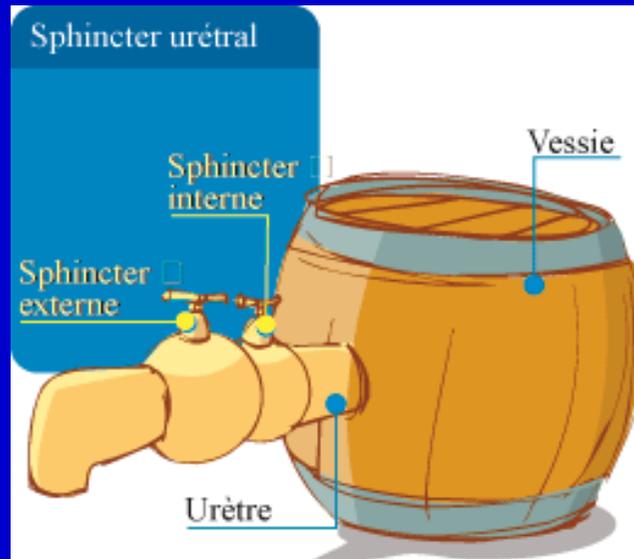


Fig. 2 - Vessie hypertonique : incontinence.



Séméiologie d'une vessie en « bonne santé »

Une vessie en bonne santé
(description consensuelle) ¹ :

Se remplit **sans inconfort**, à basse pression,
avec un besoin d'uriner qui augmente
pour devenir urgent

Capacité moyenne de **300 à 400 ml**

< ou = à **8 mictions par jour**
et 1 au max par nuit

Jet d'urine continu, puissant jusqu'à
vidange totale, sans douleur

sans fuite entre les mictions

Pas d'infection bactérienne

Séméio des TVS = TUBA = SUBA = TFU

Symptômes de la phase de remplissage (irritatifs ou non)

- Nycturie
- Pollakiurie diurne
- **Urgenturie**
- Incontinence urinaire (IUU ou IUE)

Symptômes de la phase mictionnelle (obstructifs)

- Faiblesse du jet
- Jet en arrosoir
- Jet hésitant
- Jet haché
- en gouttes
- Miction par poussée

Symptômes de la phase post mictionnelle

- Sensation de vidange vésicale Incomplète
- Gouttes retardaires



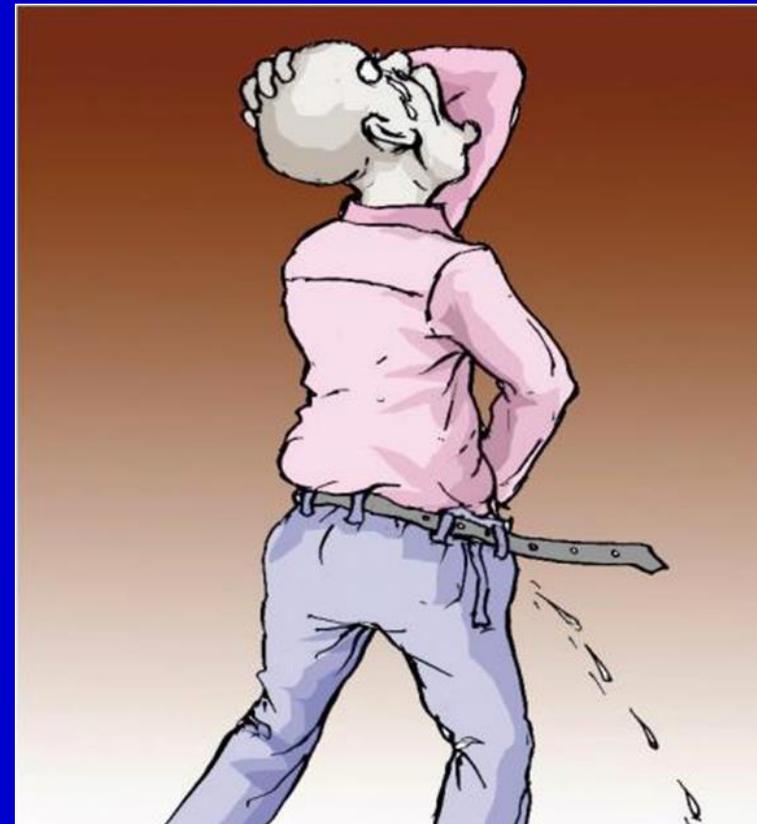
Haab et al Progrès en Urologie 2004

Physiopath des TVS = TUBA = SUBA = TFU

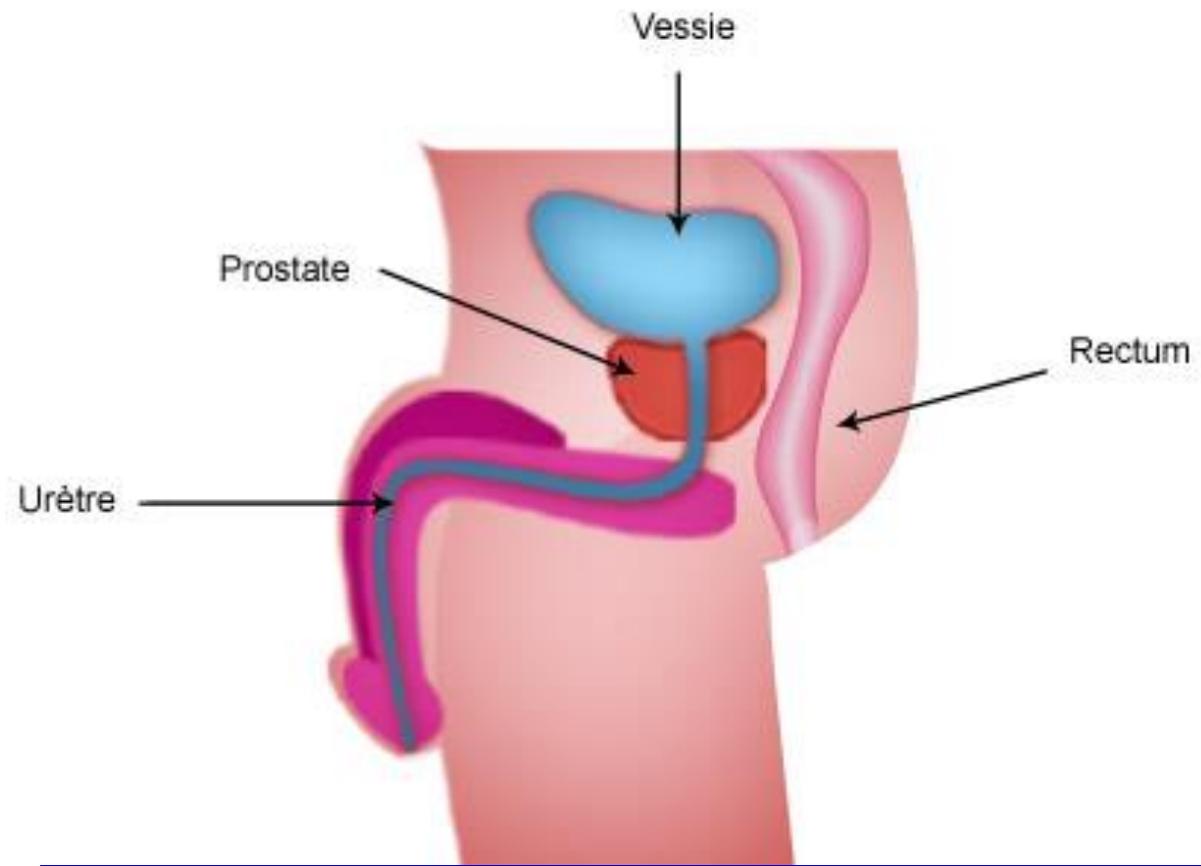
Incontinence urinaire chez la femme



Difficultés mictionnelles chez l'homme

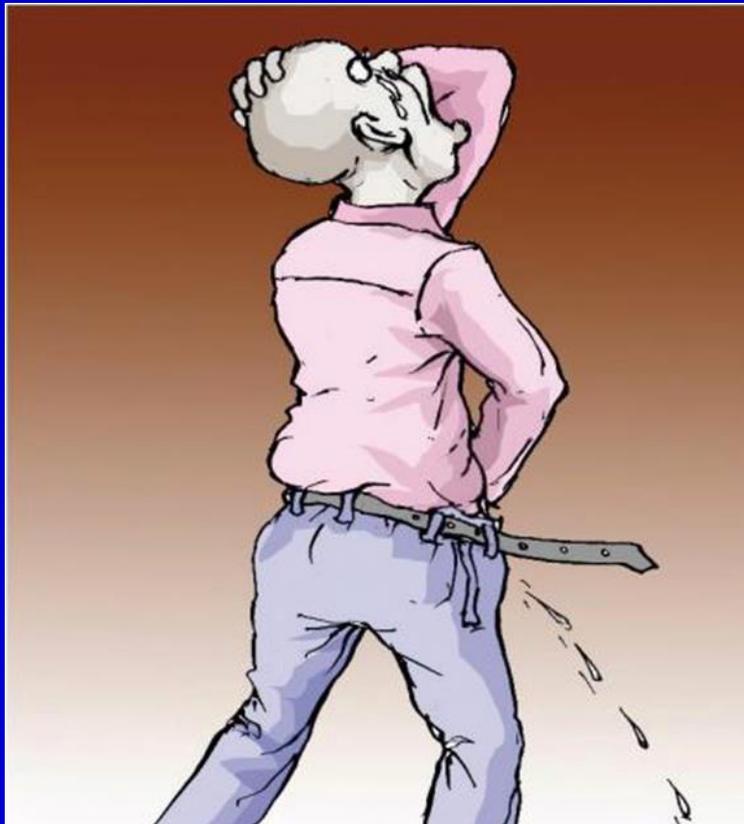


RAPPEL ANATOMIQUE



Physiopath des TVS = TUBA = SUBA = TFU

Difficultés mictionnelles chez l'homme



Symptômes de la phase mictionnelle
(obstructifs)

- Faiblesse du jet
- Jet en arrosoir
- Jet hésitant
- Jet haché
- en gouttes
- Miction par poussée

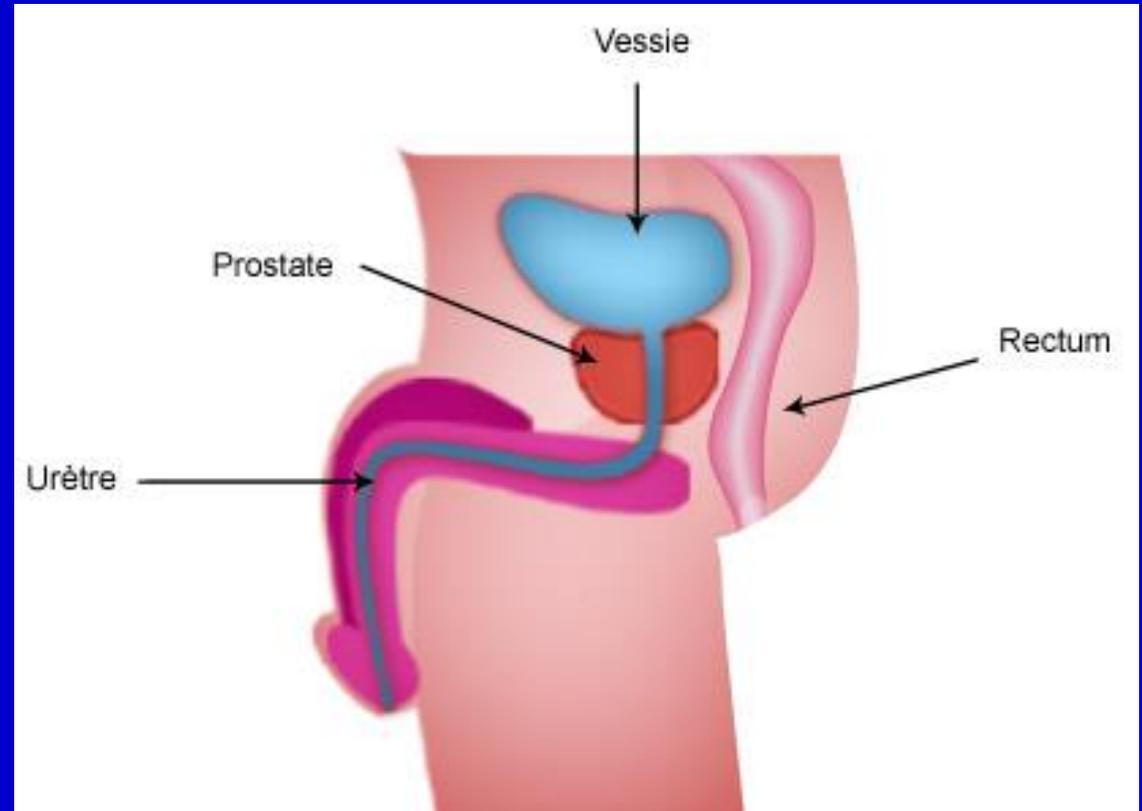
On peut comparer la dysurie à une voiture qui n'avance pas: soit le moteur est trop faible



**Ma voiture
ne démarre pas :
que faire ?**



On peut comparer la dysurie à une voiture qui n'avance pas: soit le frein à main est serré ? Obstacle prostatique



La dysurie: peut-être le signe précurseur d'une rétention urinaire.

obstacle urétral

- > Le jet mictionnel est lent à apparaître, peu puissant, long à disparaître

hypotonie vésicale

- > Le jet mictionnel est lent à apparaître, peu puissant, long à disparaître

rétention urinaire incomplète

- > Le jet mictionnel est lent à apparaître, peu puissant, long à disparaître
- > RPM mesuré par STU ou écho

La rétention urinaire se définit donc:

Par une dysurie

Avec un résidu post mictionnel: échographie, bladder scann
ou cathéterisme trans urétral

La mesure du résidu post-mictionnel sera au mieux évaluée
après une miction volontaire sur un débitmètre: débitmétrie
qui constitue le 1^e temps du bud.

Physiopathologie des TVS = TUBA = SUBA = TFU

- Incontinence urinaire chez la femme



Symptômes de la phase de remplissage (irritatifs)

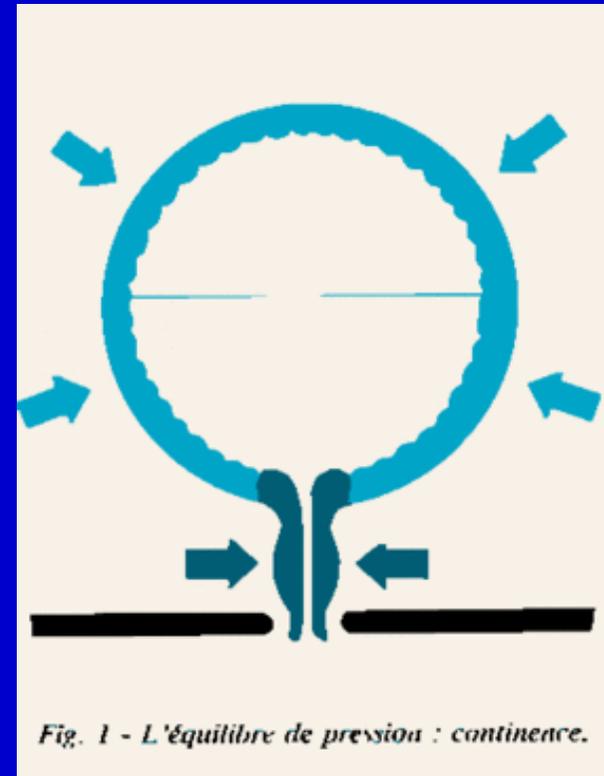
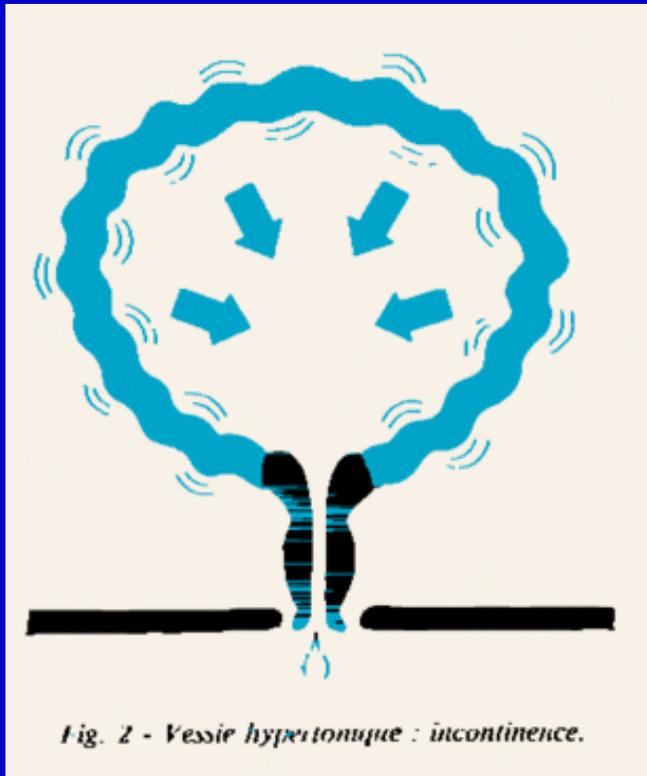
- Nycturie
- Pollakiurie diurne
- **Urgenturie**
- Incontinence urinaire (IU)

Symptômes de la phase de remplissage (non irritatifs)

- Incontinence urinaire d'effort (IUE)

La fuite va résulter d'un déséquilibre

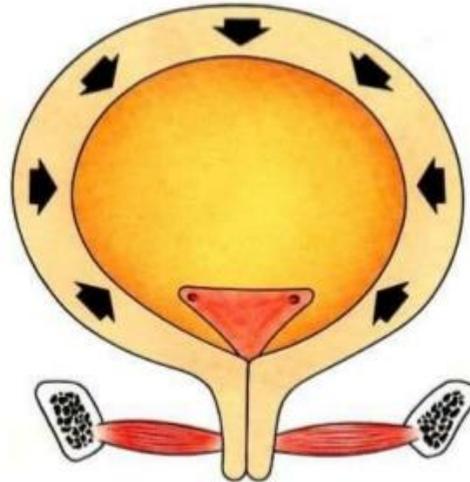
des pressions endo-vésicales trop fortes / des forces de retenue trop faibles



CLASSIFICATION PHYSIOPATHOLOGIQUE DES INCONTINENCES

PRESSION ENDO VESICALE TROP FORTE: incontinence par urgenturies

Incontinence par impériosité :



la vessie se contracte quand il ne le faut pas... Mictions fréquentes jour et nuit et fuites d'urine si on arrive trop tard aux toilettes



urgentes: une prévalence similaire chez les hommes et les femmes

Une prévalence entre 10 et 17 %

Étude	Pays	Nombre de sujets	Âge (ans)	Prévalence ♀	Prévalence ♂
SIFO ¹	6 pays européens	16 776	≥ 40	17,4 %	15,6 %
NOBLE ²	États-Unis	5 204	≥ 18	16,9 %	16 %
Temml ³	Autriche	2 418	20-91	16,8 %	10,2 %
EPIC ⁴	Canada + 4 pays européens	19 165	≥ 18	12,8 %	10,8 %
KANTAR ⁵	France	8 842	≥ 18	15,7 %	11,6 %

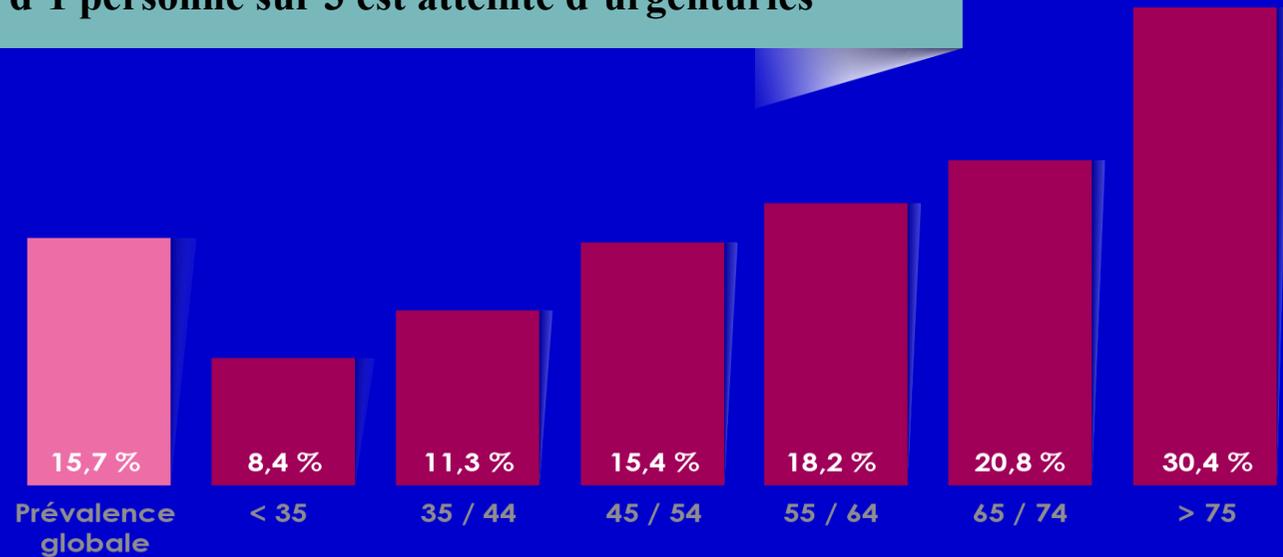
1- Milsom I, *et al.* BJU Int 2001;87:760-6.
2- Stewart WF, *et al.* World J Urol 2003;20:327-36.
3- Temml C, *et al.* Eur Urol 2005;48:622-7.
4- Irwin DE, *et al.* Eur Urol 2006;50:1306-15.
5- Cornu JN, *et al.* Prog Urol 2016;26:415-424.

Une prévalence qui augmente avec l'âge

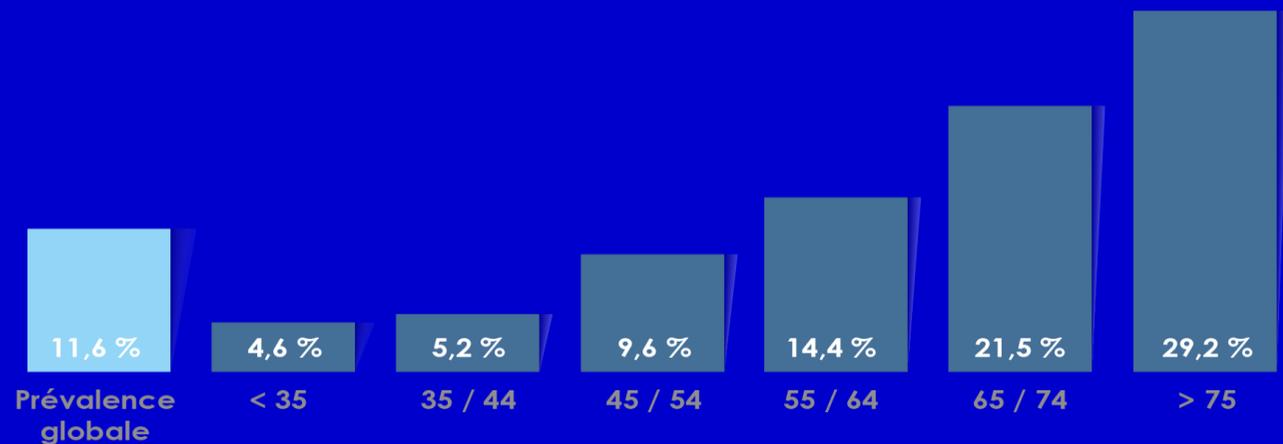


Après 75 ans, près d'1 personne sur 3 est atteinte d'urgenteries

Population féminine ¹



Population masculine ¹



L'étiologie des urgenturies 1-4



Causes

- « Idiopathique » (cause la plus fréquente)
- Pathologies vésicales : tumeur, infection urinaire, lithiase
- Obstacle sous-vésical : HBP
- Pathologies neurologiques : SEP, Maladie de Parkinson
- Causes psychologiques

Facteurs concomitants

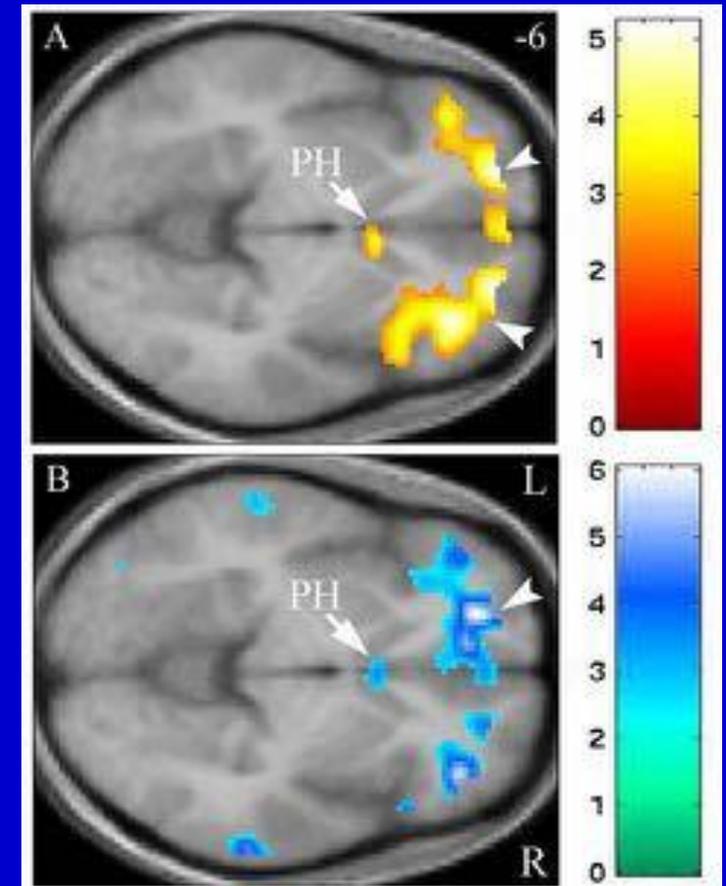
- Âge (vieillesse)
- Comorbidités associées

1- Urofrance. Troubles de la miction de l'adulte et du sujet âgé.
2- Amarencó G, *et al.* Prog Urol 2012;22:207-13.
3- Cornu JN, *et al.* Prog Urol 2016;26:415-424.
4- Banakhar MA, *et al.* Int Urogynecol J 2012;23:975-82.

SEP : Sclérose en plaque
HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate
HTA : Hypertension artérielle
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

Urgenturie et besoin pressant: 2 situations distinctes

- Physiologiquement, le besoin d'uriner augmente progressivement jusqu'au besoin pressant ressenti à vessie pleine.
- Le besoin (pressant) dérange – l'urgenturie surprend
- Les zones corticales actives durant le remplissage vésical sont différentes dans les urgenturies comparativement au besoin pressant et ce en dehors de toute contraction vésicale



CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

PRESSION ENDO VESICALE TROP FORTE:
incontinence par urgenturies

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES:
incontinence urinaire à l'effort

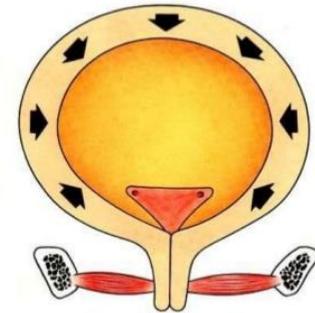
- femme ++
- défaut des mécanismes passifs
= insuffisance sphinctérienne
- défaut des mécanismes actifs (contraction musculaire périnéale à l'effort)

entre ces deux types d'incontinence :

Différence clinique

différence manométrique

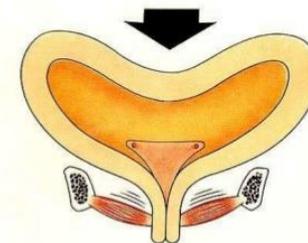
Incontinence par impériosité :



la vessie se contracte quand il ne le faut pas... Mictions fréquentes jour et nuit et fuites d'urine si on arrive trop tard aux toilettes

16

Causes : Incontinence à l'effort



Incontinence à l'effort. Le mécanisme de soutènement de l'urètre est abîmé (accouchements...)

Fuites en toussant, en soulevant une charge lourde...

14

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

PRESSION ENDO VESICALE TROP FORTE: incontinence par urgenturies

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence urinaire à l'effort

MIXTE: à l'effort et par urgenturies

INSENSIBLE: non liée à l'effort, non précédée d'urgenturies

Environnementales

REGORGEMENT: la vessie déborde au moindre effort: piège

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

PRESSION ENDO VESICALE TROP FORTE: incontinence par urgenturies

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence urinaire à l'effort

MIXTE: à l'effort et par urgenturies

INSENSIBLE: non liée à l'effort, non précédée d'urgenturies

Psycho « **fonctionnelles** »

REGORGEMENT: la vessie déborde au moindre effort: piège

Incontinence urinaire d'origine psycho environnementale

dysfonctionnements vés sph d'origine non urologique

troubles urinaires “fonctionnels”, d'origine sous corticale

- **psycho-comportementale:** syndrome “clef-serrure”
- **psycho-sensorielle:** hypersensibilité aux stimuli sensoriels (eau, froid, ..)
- **psycho émotionnelle:** incontinence aux paroxysmes émotionnels (frayeur, fou-rire, orgasme)

IUU psycho-comportementale: syndrome “clef-serrure” = réflexe de pavlov...

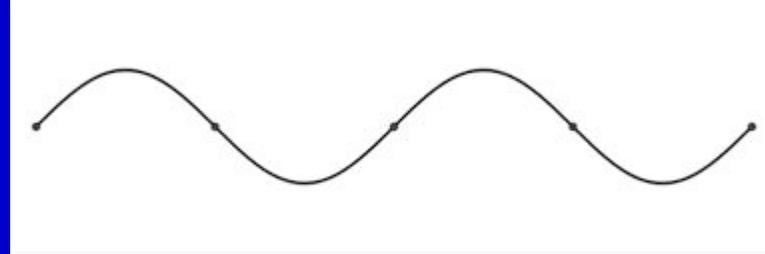
Avant le conditionnement			
Os	Salivation		
Cloche			
	Aucune réponse		
Pendant le conditionnement			
Cloche + Os	Salivation		
Après le conditionnement			
Cloche	Salivation		

Os = contraction du détrusor
salivation = envie d'uriner
cloche = « *clef-serrure* »

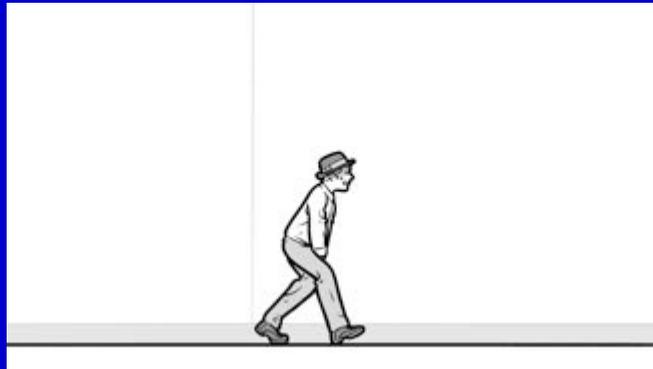


Qui la / le conduit aux WC ?

son cerveau ?

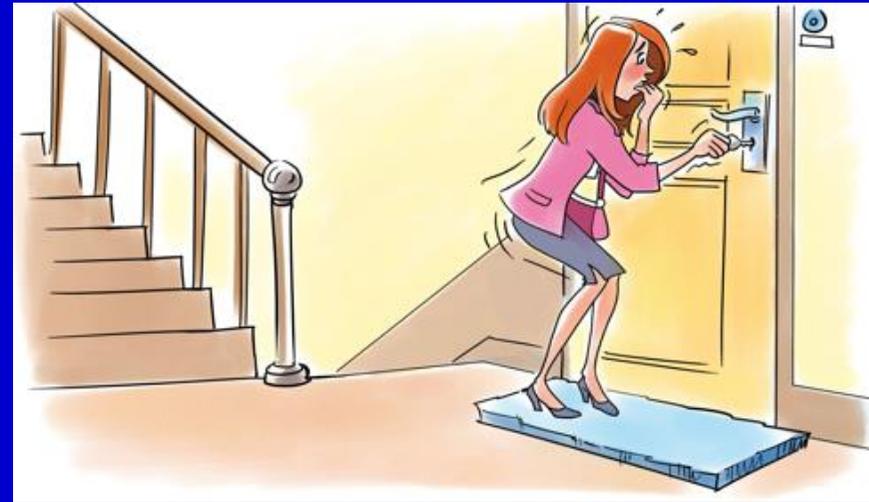


ou sa vessie ?



psycho-comportemental = réflexe de pavlov... = syndrome “clef-serrure”

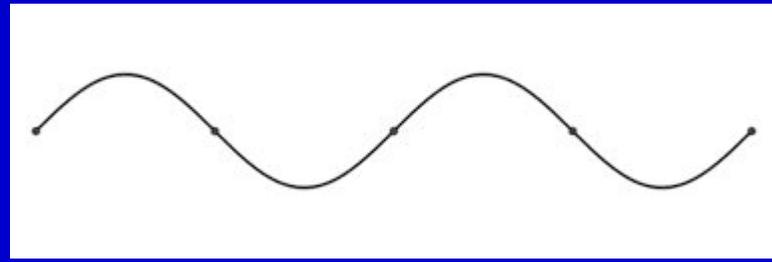
À quoi sert de brider la motricité détrusorienne alors que l'origine est purement corticale ?



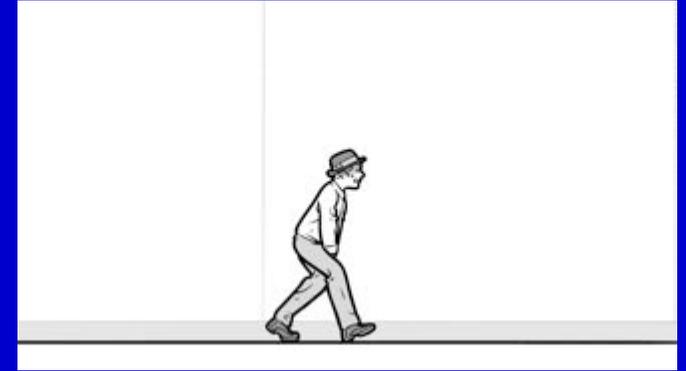
Traitement de l'IUU d'origine psycho comportementale

- Calendrier mictionnel - reprogrammation mictionnelle -
Mesures hygiénodiététiques
- Hypnose et autohypnose
- Thérapies cognitivo comportementales
- Méditation en pleine conscience
- Sophrologie, yoga, training autogène...

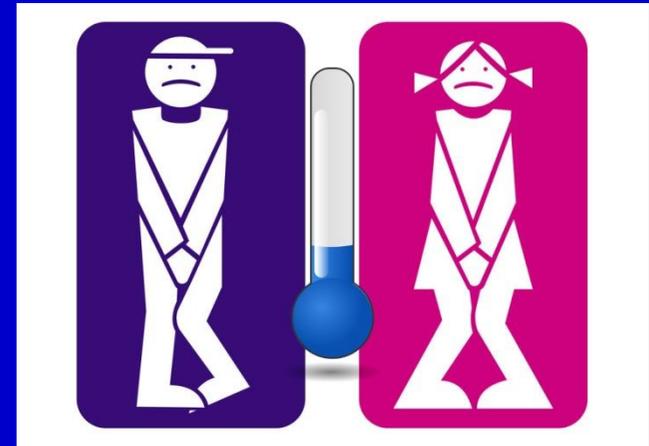
Qui le conduit aux WC ?
son cerveau ?



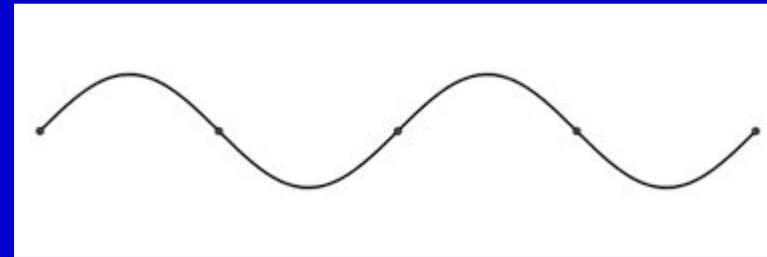
ou sa vessie ?



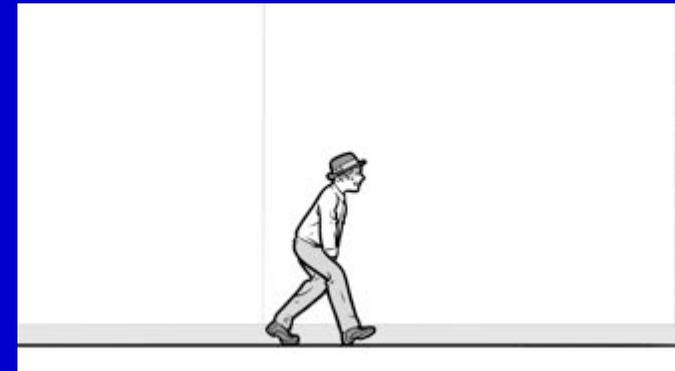
le bruit, la vue le
contact de l'eau
qui coule, Le
froid



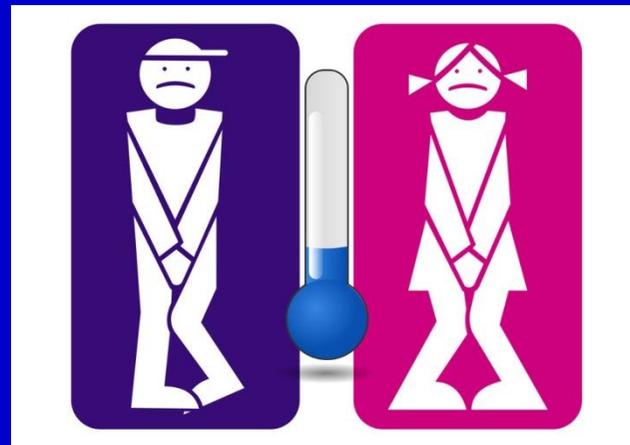
Qui le conduit aux WC ?
son cerveau ?



ou sa vessie ?

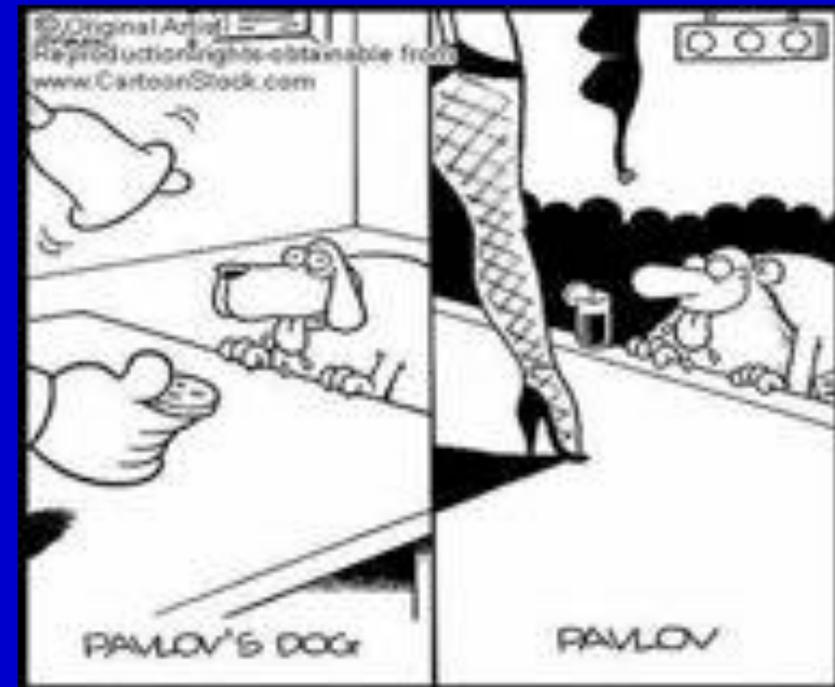


le bruit, la vue le
contact de l'eau
qui coule, Le
froid



... ou ses émotions ?

- orgasme
- frayeur
- fou-rire (giggle incontinence)



CLASSIFICATION PHYSIOPATHOLOGIQUE DES INCONTINENCES

PRESSION ENDO VESICALE TROP FORTE: incontinence par urgenturies

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence urinaire à l'effort

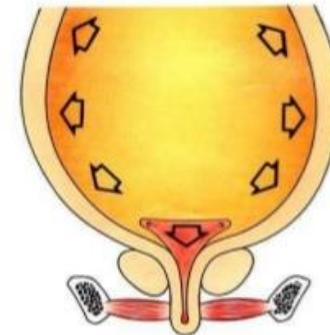
MIXTE: à l'effort et par urgenturies

INSENSIBLE: non liée à l'effort, non précédée d'urgenturies

Psycho comportementale

**REGORGEMENT: la vessie déborde au
moindre effort: piège**

Incontinence urinaire par regorgement...



**Incontinence par regorgement :
La vessie est « trop pleine » et fuit...**

CLASSIFICATION PHYSIOPATHOLOGIQUE DES INCONTINENCES

Interrogatoire ++

examen clinique ++

manométrie vés sph ++

pour illustrer l'importance des paramètres UD...

BILAN CLINIQUE DE L'INCONTINENCE URINAIRE

INTERROGATOIRE

1. CIRCONSTANCES DE SURVENUE: « Madame ou monsieur: Avez-vous des fuites »

sur urgencies ?

à l'effort ?

Mixte ?

Insensible ?

Psycho comportementale ?

INTERROGATOIRE

2 - LA GENE RESSENTIE

Évaluation subjective :

- classification de l'iue en 3 stades
- nombre de protections / J

INTERROGATOIRE

2 - LA GENE RESSENTIE. Évaluation objective:

Questionnaire de qualité de vie

Questionnaire de symptômes

Catalogue mictionnel

Pad test

Calendrier mictionnel : quantifier la diurèse et la pollakiurie

A réaliser sur 2 ou 3 jours, pas
obligatoirement consécutifs

horaires, volume, fuites, besoin,
protections sur 24h

Explore

La pollakiurie diurne et nocturne

La diurèse sur 24h et nocturne

Date	Heure	Volume	Fuites
02/04/10	7.13	480	
	9.06	70	
	10.00	90	+++
	11.00	60	
	12.06	80	+
	13.30	50	+++
	14.35		++
	14.40	90	+
	17.40	60	++
	19.00	80	
	20.40	50	
	23.00	90	
03/04/10	7.12	400	

le catalogue mictionnel

permettra de façon simple d'évaluer :

- la compliance du patient au traitement
- la compréhension des consignes
- la diurèse diurne et nocturne
- la capacité vésicale fonctionnelle
- les circonstances des fuites.
- La durée est de 24 h au minimum

Catalogue Mictionnel

catalogue mictionnel : premier « test » urodynamique !



FREQUENCY VOLUME CHART			
	Number	Time	Volume
Monday	3	07.00	250
		11.20	300
		18.00	420
Tuesday	2	10.00	600
		21.00	700
Wednesday	3	09.00	450
		12.00	320
		20.00	600
Thursday	4	07.20	400
		11.00	350
		16.00	410
		21.00	350
Friday			
Saturday			

Date : Name :

PAD TEST

Pad Test

- Recommandé pour confirmer une IU non diagnostiquée cliniquement
- Recommandé dans des essais cliniques évaluant un traitement de l'incontinence urinaire

INTERROGATOIRE

3 – Antécédents

Médicaux

obstétricaux

chirurgicaux

EXAMEN CLINIQUE D'UNE FEMME INCONTINENTE





Eliminer une pathologie locale

Etiologie	Infection urinaire	Polype vésical Tumeur vésicale	Lithiase vésicale	Cystite interstitielle	Obstruction
Éléments évocateurs	Brûlures mictionnelles Urines troubles, Hématurie	Hématurie Facteurs de risques	Hématurie Brûlures Gêne Anamnèse	Sdv (bud?)	Dysurie Examen clinique et anamnèse évocateurs
Examens complémentaires	Bandelette ECBU	Cystoscopie	Echographie Cystoscopie	Cystoscopie	Examen vaginal, TR
					

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE

- IUE
- IUU
- IUM
- IUI

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

rééducation périnéale

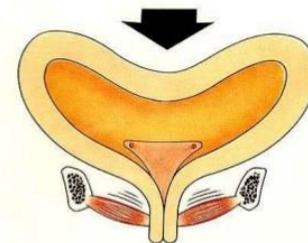
Amélioration qualitative et quantitative
de la contraction des muscles périnéaux



FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES:
incontinence urinaire à l'effort

- femme ++
- défaut des mécanismes passifs
= insuffisance sphinctérienne
- défaut des mécanismes actifs (contraction musculaire périnéale à l'effort)

Causes : Incontinence à l'effort



Incontinence à l'effort. Le mécanisme de soutènement de l'urètre est abîmé (accouchements...)

Fuites en toussant, en soulevant une charge lourde...

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

traitement chirurgical

bandelettes sous urétrales (TVT, TOT): traitement de deuxième intention,



INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIES : traitement médical





IUU: les propositions thérapeutiques

1^{ère} intention

Mesures comportementales ¹

(adaptation des apports liquidiens, diminution de la prise de café, reprogrammation mictionnelle, (perte de poids , calendrier mictionnel)

Rééducation périnéale ¹⁺ ou - électrostimulation ¹, TENS

et / ou

Médicaments anticholinergiques ¹ ou mirabegron ²

2^{ème} intention

Neuromodulation sacrée ²

ou

Toxine botulique ³

3^{ème} intention

Chirurgie ² :

Entérocystoplastie d'agrandissement

Dérivation urinaire

1- Anaes. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations. Mai 2003.

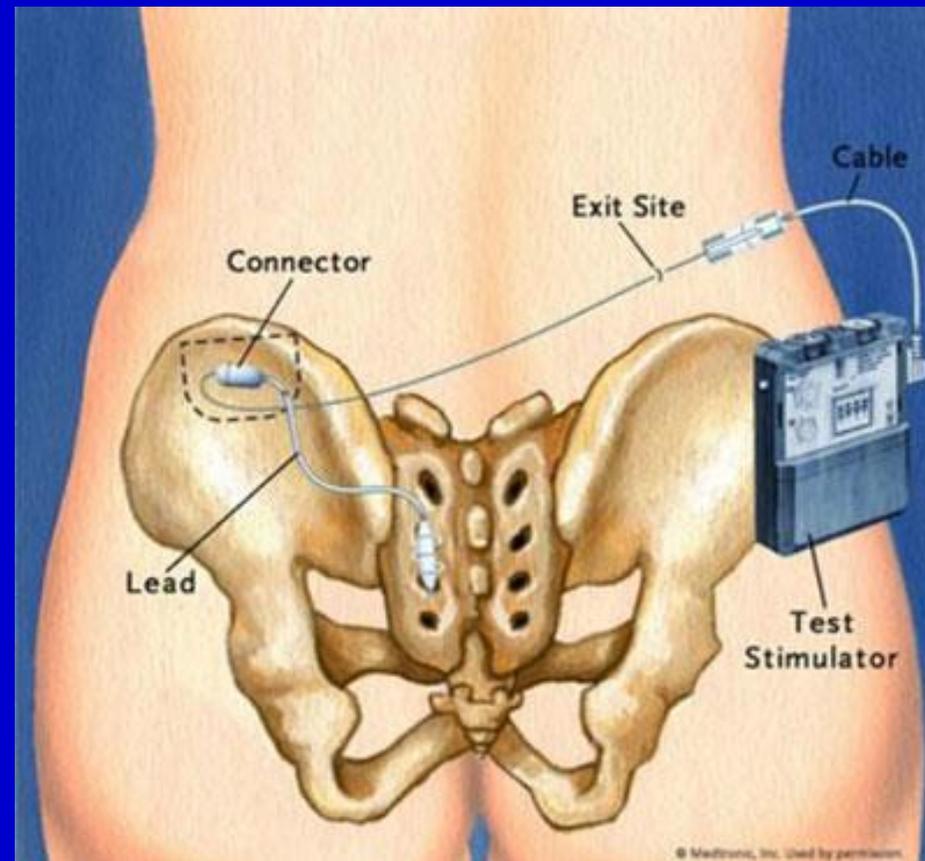
2- Lucas MG, *et al.* Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology Update April 2014.

3- HAS. Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Avis de la Commission de la Transparence Botox® du 19 novembre 2014.

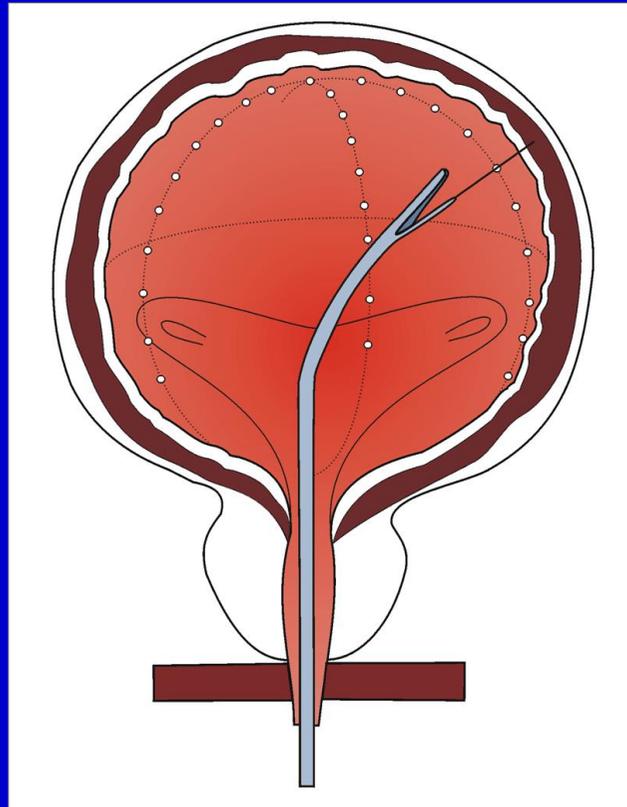
INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIES : traitement médical par Neuromodulation du nerf tibial post



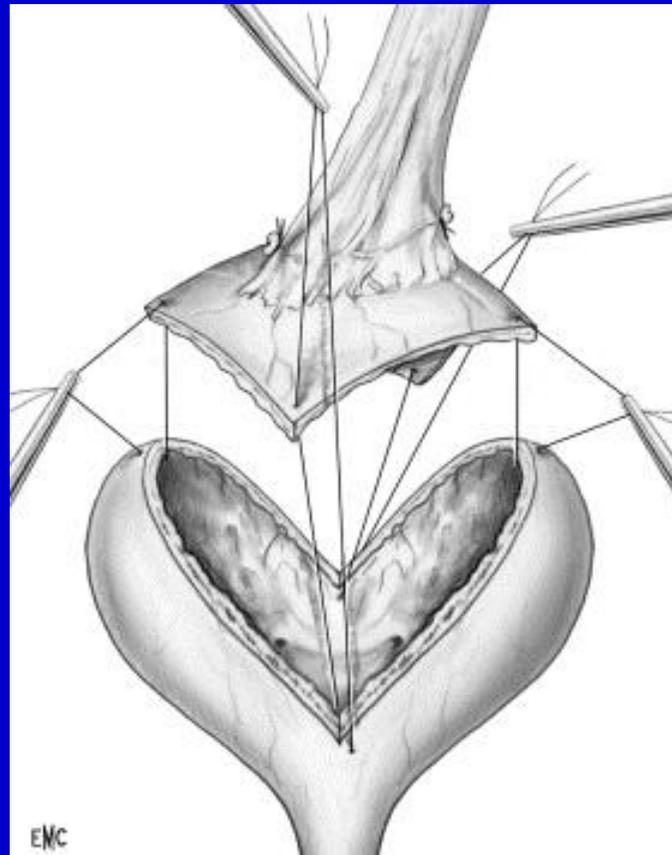
INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIES : traitement médical par Neuromodulation des racines sacrées



INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIES : traitement médical par Toxine botulique intra vésicale



chirurgie d'agrandissement vésical



En tout dernier recours, dérivation urinaire

continente



Non continente



TVS chez la personne âgée

INCONTINENCE CHEZ LA PERSONNE AGEÉE

- 2 spécificités:
- Piège ! Le REGORGEMENT...
- ... causes réversibles d'incontinence urinaire qu'il faut détecter.

Les causes d'incontinence urinaire transitoire et réversible sont résumées par le raccourci mnémotechnique DIAPERS

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire »

I pour « infection » urinaire basse , fréquente chez la personne âgée

A pour « atrophie » carentielle.

P pour « polymédication »

E pour « excès » de diurèse

R pour « restriction » de mobilité

S pour « selles »

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire » état confusionnel dû à une rétention d'urine avec une incontinence par regorgement

incontinence et syndrome confusionnel sont dus à la rétention urinaire et, totalement régressifs après sondage urinaire

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci
mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire »

I pour « infection » urinaire basse , fréquente chez la personne âgée

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGE'E

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire »

I pour « infection » urinaire basse

A pour « atrophie » carencielle: souvent associée à des manifestations telles que pollakiurie, urgenturie. Mais jamais seule cause de l'incontinence urinaire

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci
mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire »

I pour « infection » urinaire basse , fréquente chez la personne âgée

A pour « atrophie » carentielle.

P pour « polymédication »

.

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire »

I pour « infection » urinaire basse , fréquente chez la personne âgée

A pour « atrophie » carentielle.

P pour « polymédication »

E pour « excès » de diurèse: : lié à une augmentation des apports, aux diurétiques, mais aussi à une hyperglycémie ou une hypercalcémie. De façon paradoxale, la peur de l'hyperthermie en été, a induit un comportement de consommation excessive de boisson.

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

incontinence urinaire transitoire et réversible résumée par le raccourci mnémotechnique DIAPERS

D pour « délire »

I pour « infection » urinaire basse , fréquente chez la personne âgée

A pour « atrophie » carentielle.

P pour « polymédication »

E pour « excès » de diurèse: : lié à une augmentation des apports, aux diurétiques, mais aussi à une hyperglycémie ou une hypercalcémie. De façon paradoxale, la peur de l'hyperthermie en été, a induit un comportement de consommation excessive de boisson.

R pour « restriction » de mobilité

S pour « selles »

INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA PERSONNE AGE

Pour toutes ces raisons, Avant toute décision thérapeutique , il est recommandé de réaliser une bandelette de dépistage de l'infection urinaire, un catalogue mictionnel et une mesure du RPM

La non faisabilité du catalogue mictionnel donne une indication sur les difficultés prévisibles voire l'impossibilité de prise en charge (NP 3)

Infection urinaire chez la personne âgée: épidémiologie

C'est l'infection la plus fréquente en maison de retraite.

La femme est plus exposée que l'homme aux infections urinaires, même si cette différence s'atténue avec l'âge.

Le diabète favorise la prolifération bactérienne

Infection urinaire chez la personne âgée: épidémiologie

il faut cependant distinguer :

- **l'infection urinaire vraie qu'il faut traiter** (3 % en institution)

- d'une **bactériurie asymptomatique qu'il ne faut pas traiter** (20 à 30 % chez les femmes âgées valides en maison de retraite).

Infection urinaire chez la personne âgée: diagnostic

y penser devant une altération de l'état général, un état confusionnel, malgré l'absence de signes fonctionnels urinaires.

Cas particulier de la bactériurie asymptomatique (BA) chez la personne âgée (PA)

marqueur de mauvaise santé , mais il ne faut pas la traiter, car :

- elle peut disparaître sans traitement
- Le ttt exposerait les patients au risque de sélection de germes résistants.
- **Donc, pas de bandelette urinaire (BU) et pas d'ECBU systématique en l'absence de symptomatologie infectieuse des voies urinaires.**

Cas particulier de la sonde à demeure (SAD) chez la personne âgée

La BA dépasse 80 % chez les porteurs de SAD

La prescription d'antibiotiques pour infection urinaire symptomatique augmente chez les PA porteuses de SAD / PA porteuses de protections

l'emploi de protections hyper absorbantes est donc préférable à la SAD en ce qui concerne le risque infectieux

Cas particulier de la SAD chez la personne âgée

Il existe un consensus pour ne pas traiter une infection urinaire asymptomatique chez les patients ayant une SAD, car l'antibiothérapie favorise l'émergence de souches bactériennes résistantes

SAD et incontinence urinaire chez la PA

- la SAD n'est pas le traitement de 1^e ligne
- Ce n'est pas 1 facteur de risque d'escarres (contrairement à l'incontinence fécale) et l'escarre , même sacrée ne devrait pas être une indication de SAD.
- SAD en fin de vie: **oui**

préférer l'ASI

Conclusion

TVS chez la personne âgée

Points forts

La rétention urinaire chez la personne âgée se définit par un RPM « compliqué »

« le volume du résidu n'a pas d'importance s'il n'est pas compliqué ».

On parle de RPM compliqué si il est > 100 ml et s'infecte à **répétition**

On parle de RPM compliqué si il est > 100 ml + **confusion mentale**

On parle de RPM compliqué si il est > 100 ml + **Apparition d'une répercussion Sur le haut appareil urinaire**

Urgenturies chez la personne âgée

Pensez à:

la rétention urinaire: rpm

l'infection urinaire: bu voire ecbu

Hyper absorption de boissons:
relevé mictionnel

Prolapsus génital chez la personne âgée

3 types de prise en charge

Rééducation ou pessaire: traitement de première intention

la chirurgie :par voie abdominale ou par voie vaginale

nycturie de la PA

-âge

- augmentation globale de la diurèse
- augmentation de la sécrétion urinaire nocturne
 - diminution de la CVF
 - troubles du sommeil

Anticholinergiques CHEZ LA PERSONNE AGEE

Efficacité établie dans la population des femmes de plus de 65 ans Sauf déclin cognitif réduisant la réponse au ttt AC

les anticholinergiques peuvent induire, chez des patientes âgées préalablement indemnes, des altérations cognitives

Chez la femme âgée, la prescription d'un anticholinergique doit s'accompagner d'un dépistage de l'apparition:

- d'une altération des fonctions supérieures
- d'une constipation
- d'une rétention urinaire

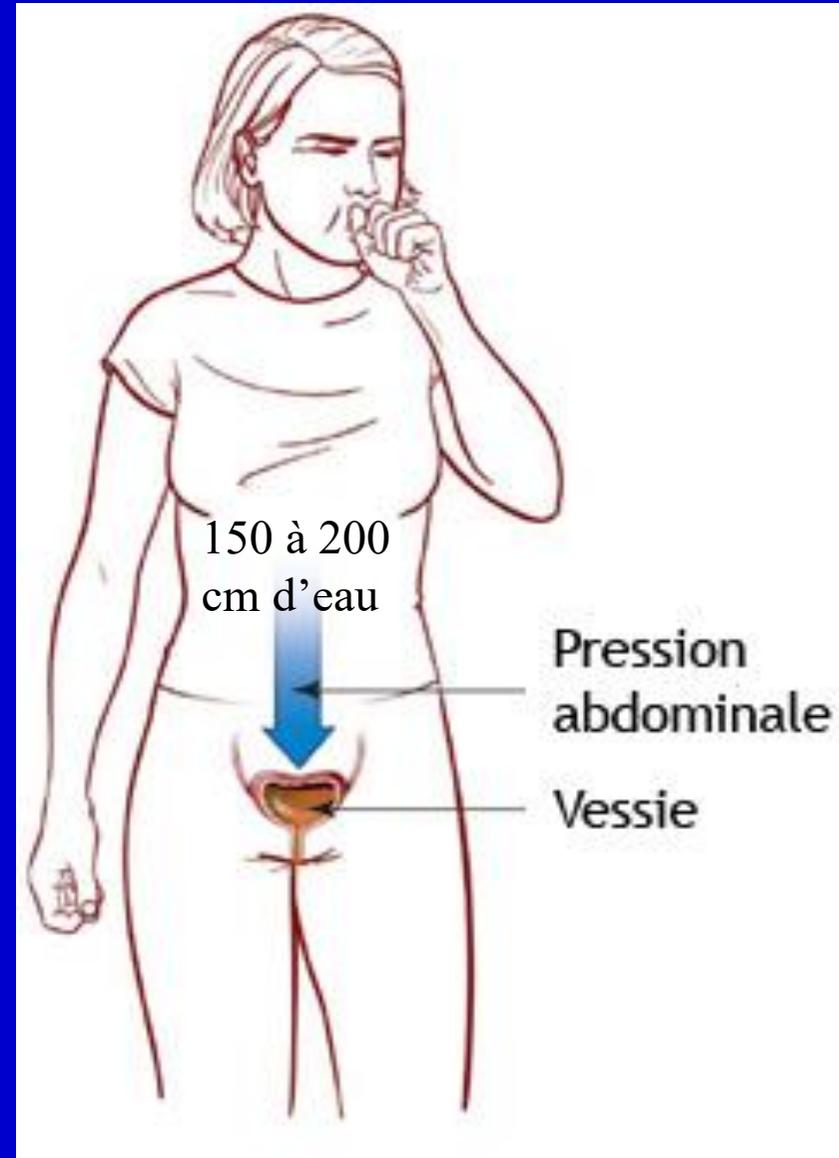
CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence
urinaire à l'effort

1^e composante qui sous tend la physio pathologie de l'IUE:
insuffisance sphinctérienne urétrale

Au cours d'un effort bref et intense

pression sphinctérienne
= 100 cm d'eau



CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence
urinaire à l'effort

2^e composante

contraction musculaire périnéale à l'effort

contraction musculaire périnéale Reflexe à l'effort

- Contraction musculaire simultanée (Volontaire ou Reflexe) des MPP et du SSU va augmenter la PU

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES:
incontinence urinaire à l'effort

3^e composante

rigidité du soutien sous urétral

contraction musculaire périnéale Reflexe à l'effort

- Contraction musculaire simultanée (Volontaire ou Reflexe) des MPP et du SSU ce qui va augmenter la PU et la rigidité du soutien sous urétral

Transmission des pressions abdominales à l'urètre

- L'urètre étant situé dans l'enceinte abdo, toute augmentation de PA se transmet à l'urètre qui va s'écraser sur ce hamac musculaire périnéal et se fermer (si l'urètre est assez compliant pour cela).

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence urinaire à l'effort

- 3 composantes sous tendent la physio pathologie de l'IUE
- Hypermobilité cervico-urétrale
 - insuffisance sphinctérienne urétrale
 - défaut de contraction musculaire périnéale à l'effort

Pour comprendre l'importance de ces 3 composantes...

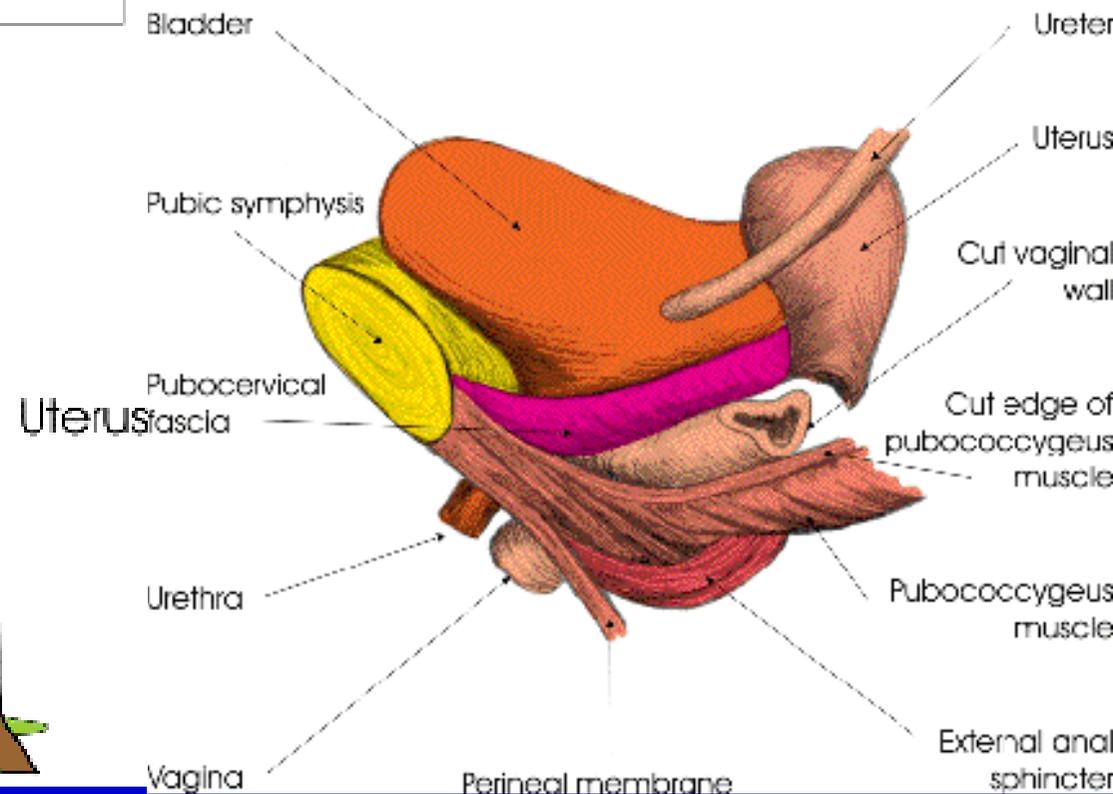
rigidité du hamac sous uréthro vésical de De Lancey (paroi vaginale ant et aponévrose pelvienne) .

Sur ce hamac reposent l'urètre et le col vés, et, plus l'effort est intense, càd, plus la Pabdo est élevée, plus l'urètre va s'écraser sur ce hamac

Pubocervical fascia acts like a hammock



Anatomy of Female pelvis



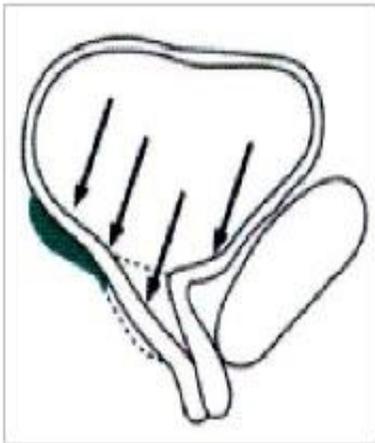
CERVICO-CYSTOPEXIE: mode d'action

- Etat initial

Mode d'action

- cervico-cystoptose

Réfection du hamac: cervico-cystopexie



Si ce hamac est lésé, déchiré, détendu, il y a une descente de l'urètre et du col à l'effort, mais, la paroi postérieure descend plus que la paroi antérieure: conséquence: le col et l'urètre s'ouvrent à l'effort

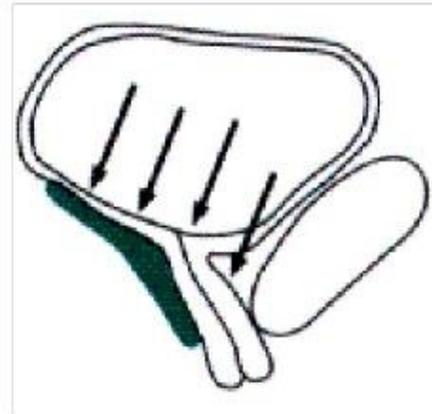
CERVICO-CYSTOPEXIE: mode d'action

• Etat initial

Mode d'action

• cervico-cystoptose

Réfection du hamac: cervico-cystopexie



on corrige cette hyper mobilité urétrale par une BSU, La femme redeviendra continente à l'effort : mais, si, en plus, il y a une insuffisance sphinctérienne, il y aura quand même une perte de coaptation des parois urétrales et des fuites urinaires.

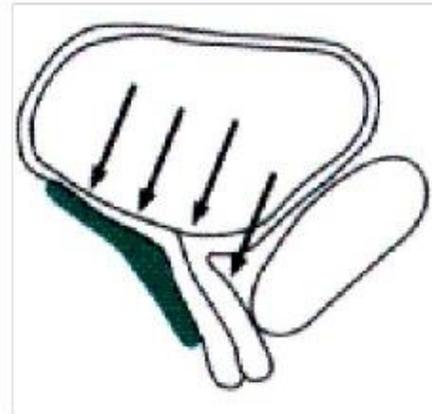
CERVICO-CYSTOPEXIE: mode d'action

• Etat initial

Mode d'action

• cervico-cystoptose

Réfection du hamac: cervico-cystopexie



- L'insuffisance sphinctérienne est donc le 3^e paramètre de l'incontinence urinaire à l'effort et, cette insuffisance sphinctérienne constitue donc une limite à l'efficacité des bsu

Tout ceci bien résumé dans cet article du (CUROPF) de l'AFU



L'incontinence urinaire à l'effort de la femme est liée à un déficit des moyens de retenue qui peuvent être schématiquement résumés en 3 mécanismes plus ou moins associés :

- hypermobilité de l'urètre avec défaut de soutien (passif) de la paroi postérieure de l'urètre et du col vésical (paroi vaginale ant et aponévrose pelvienne)
- insuffisance des éléments musculaires actifs de clôture de l'urètre
- insuffisance de l'adaptation réflexe de ces éléments musculaires actifs lors d'un effort

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence urinaire à l'effort

- défaut de contraction musculaire périnéale à l'effort: rps
- défaut des mécanismes passifs de retenue (hamac de De Lancey) : bsu
- insuffisance sphinctérienne urétrale sévère çad avec perte de coaptation des parois urétrales : sua

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

FORCES DE RETENUE TROP FAIBLES: incontinence urinaire à l'effort

l'examen clinique UG ++

- manœuvre de soutènement de l'urètre, Au niveau de l'urètre moyen: stabiliser sans comprimer ++
- La négativité des manœuvres de soutènement est en faveur d'une insuff sph...

Mais, la quantification urodynamique de la pression sphinctérienne peut nous aider à trancher en faveur de l'un ou l'autre traitement

CLASSIFICATION DES INCONTINENCES

MIXTE: à l'effort et par urgenturies: mélange de forces de retenue trop faibles et de press endo vés trop forte

L'interrogatoire et l'examen clinique suffisent-ils pour quantifier les forces en présence ?

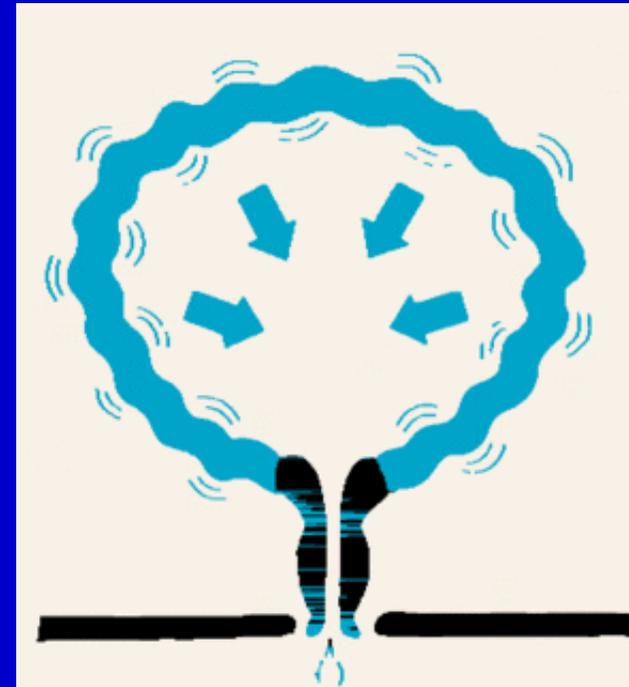


Fig. 2 - Vessie hypertonique : incontinence.

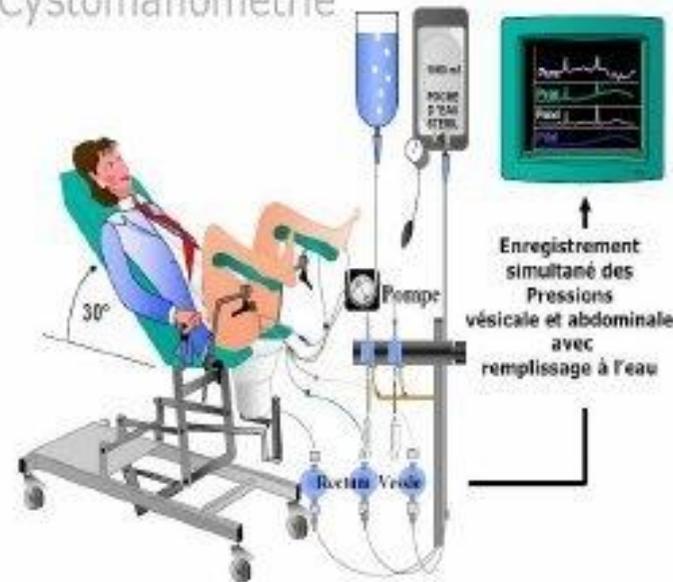
BILAN URODYNAMIQUE

le bilan urodynamique

Débitmétrie



Cystomanométrie

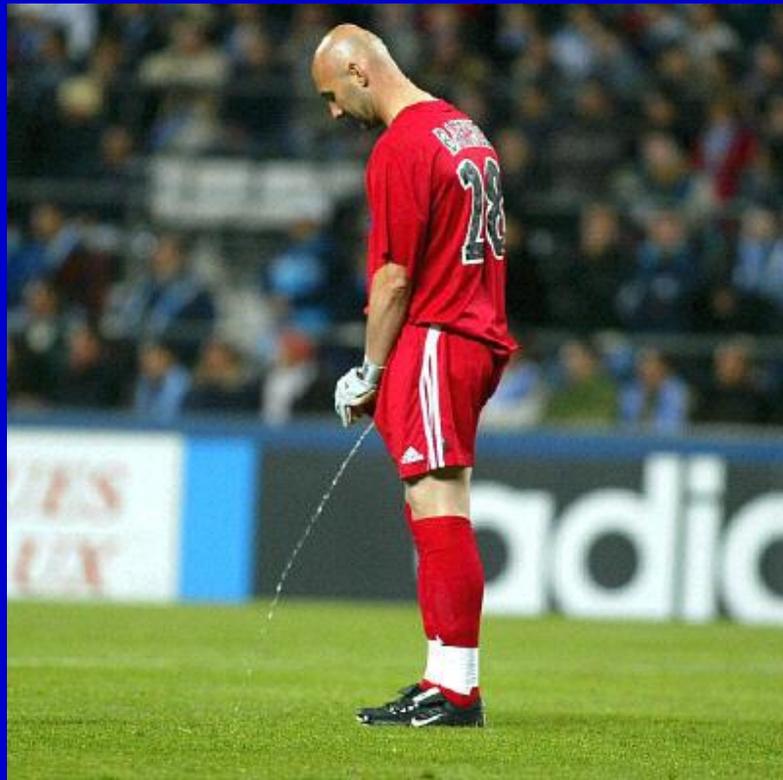


débitmétrie:

mesure du jet mictionnel, non invasive

Conditions de réalisation ++

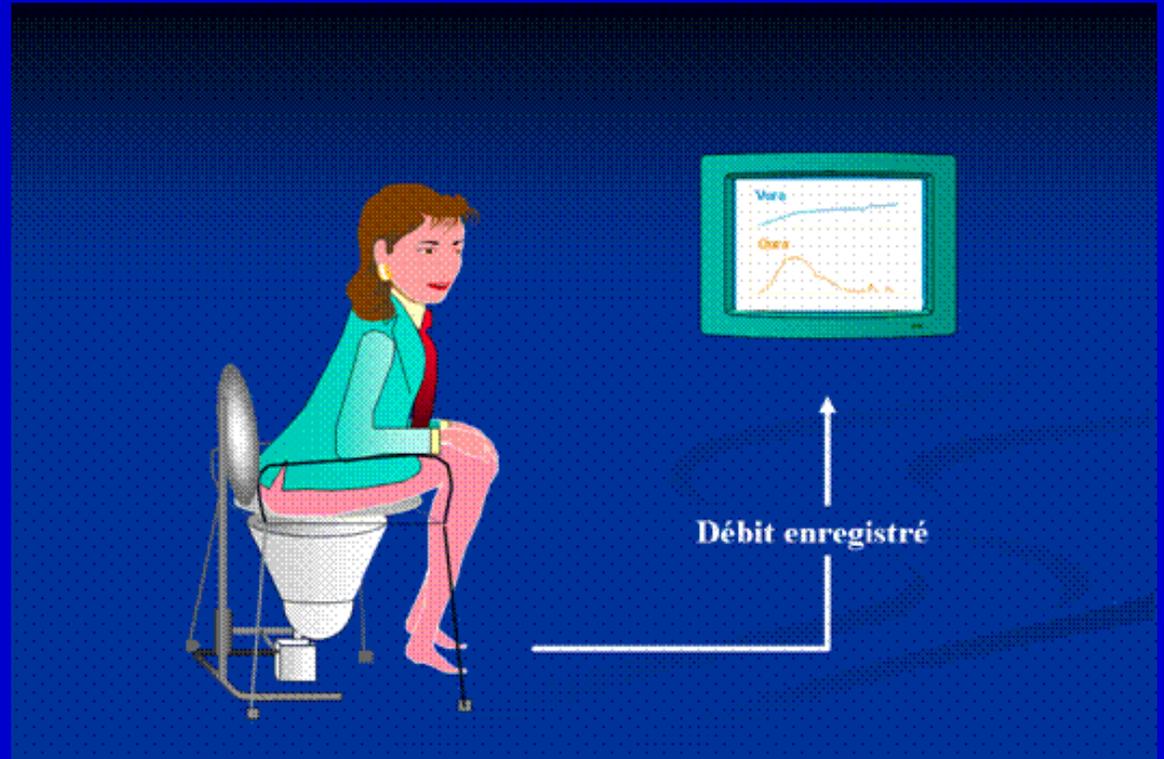
1e: pièce isolée



débitmétrie

2^e condition de réalisation: besoin « normal »

Pourquoi ?

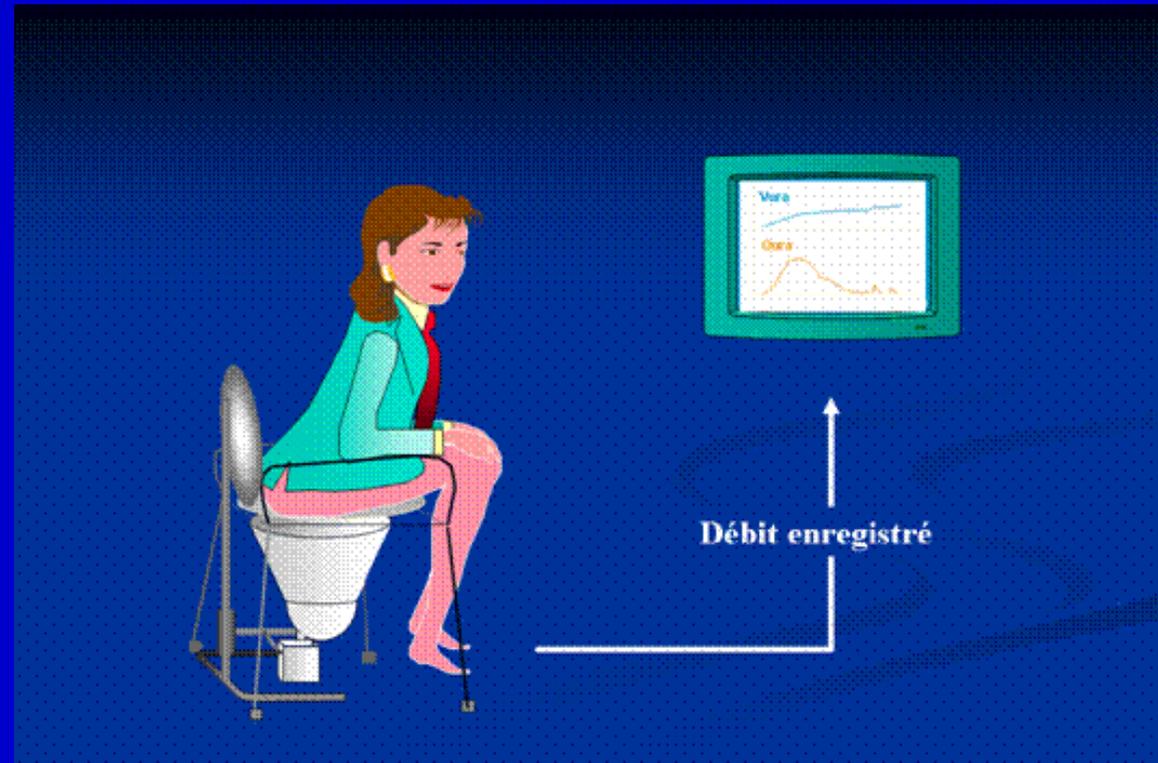


débitmétrie

Conditions de réalisation: besoin « normal » Pourquoi ?

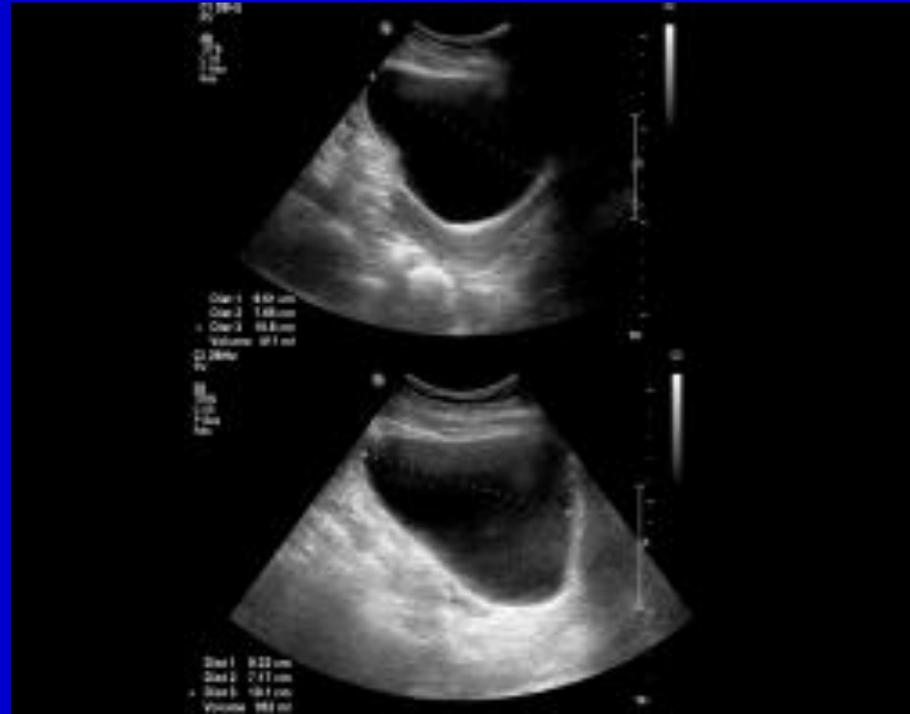
Parce qu'une vessie en trop grande réplétion risque d'entraîner

- une hypo contractilité détrusorienne
- un spasme sphinctérien



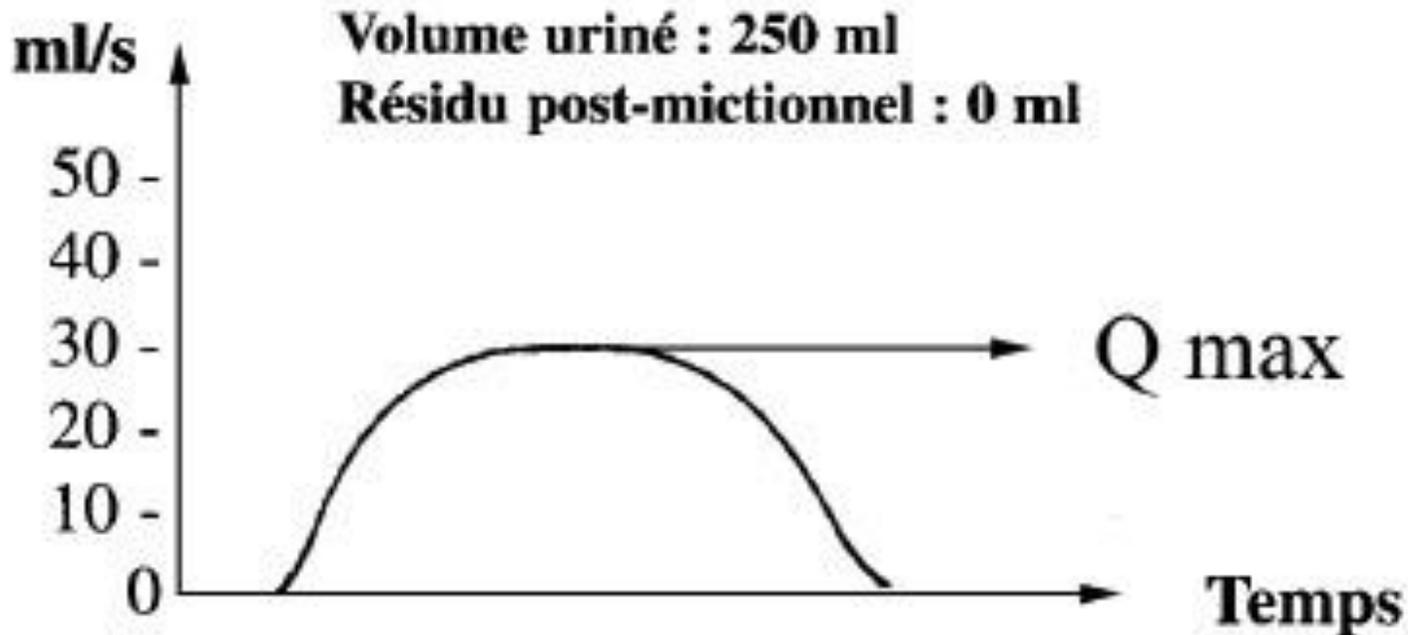
débitmétrie

Échographie: faux résidus dus à une vessie trop remplie



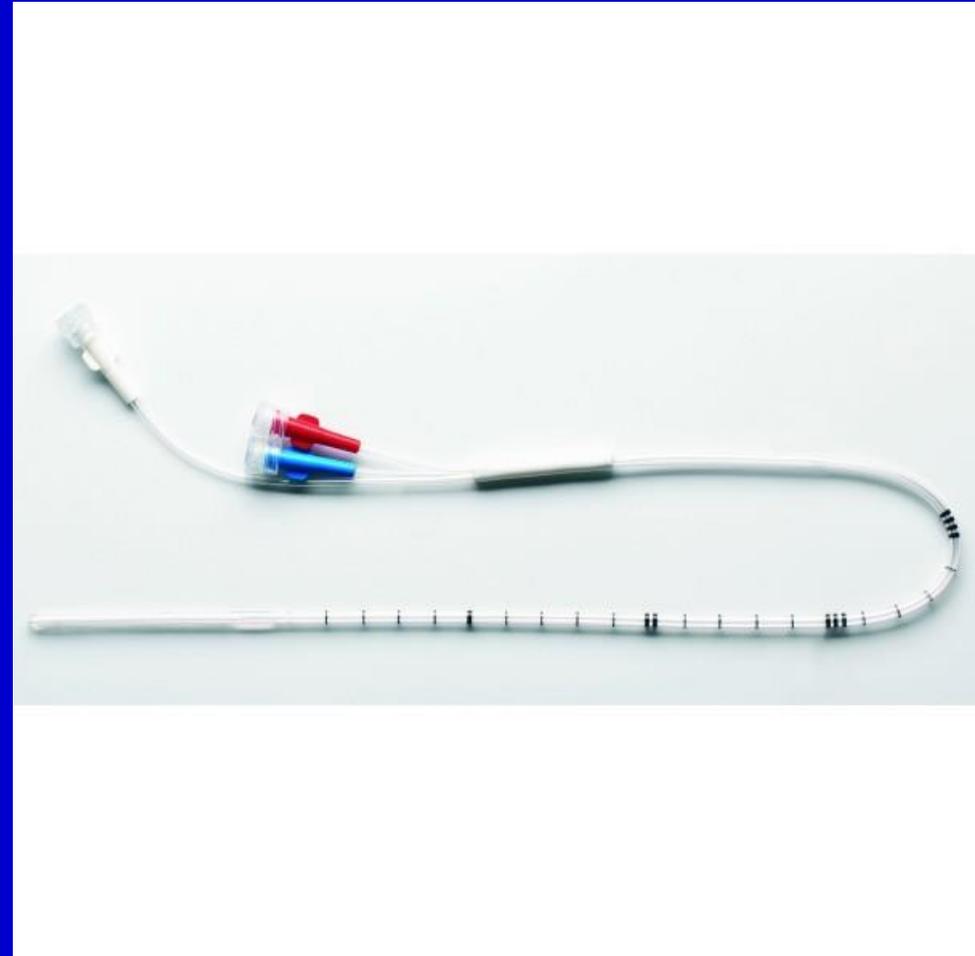
débitmétrie

3 paramètres quantitatifs:
recommandation ICS – IUGA 2010



mesure de la pression urétrale au repos : méthode de référence

- Cathéter à 2 voies

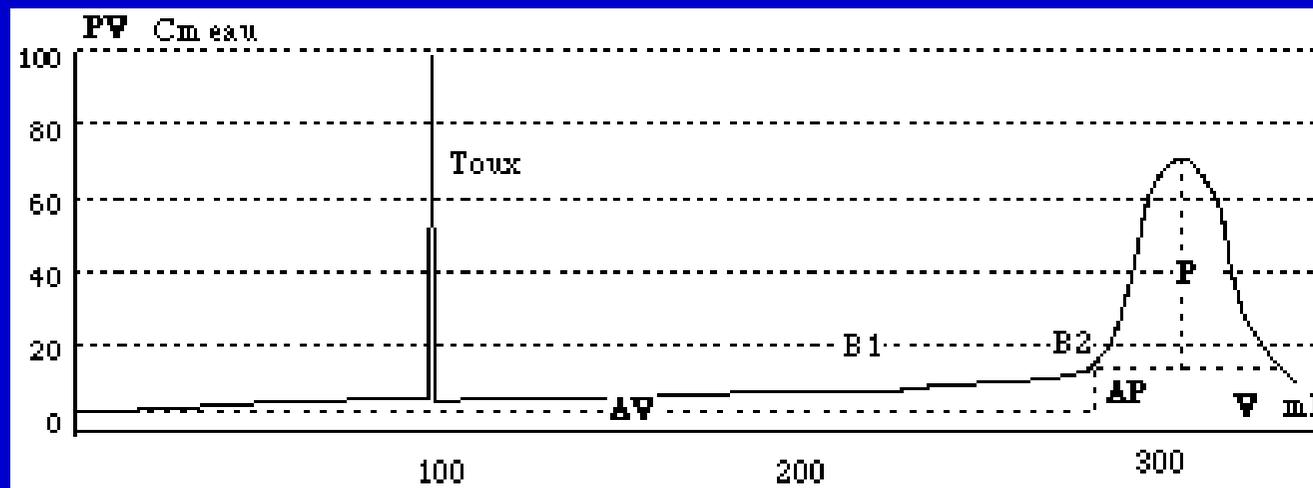


Cystomanométrie standard:

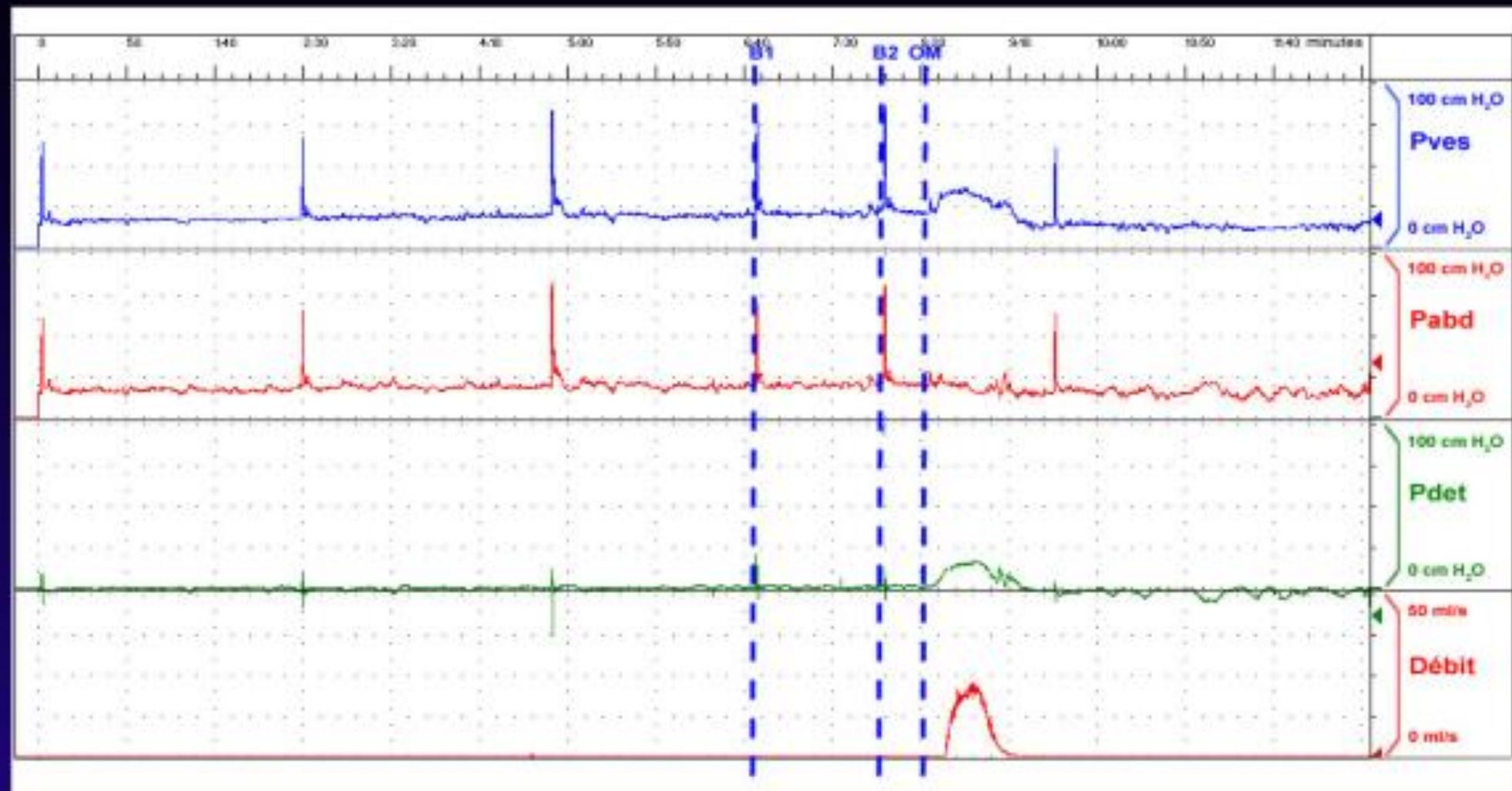
Pression vésicale de remplissage: EPPI ou sérum physio, eau
à t° ambiante, à la vitesse de 50 ml/mn, en position gynéco

perception du besoin

hyperactivité, hypertonie, hypotonie



Examen normal - vessie stable



L'examen urodynamique permet principalement :

- D'identifier certains de ces facteurs responsables de l'incontinence urinaire
- D'étudier le fonctionnement vésico-sphinctérien
- De prédire un risque éventuel pour le haut appareil urinaire

BILAN URO-DYNAMIQUE: complications

Gêne mictionnelle post sondage

hématurie

Complications infectieuses: 3 à 5 %

19,6% (97 femmes, âge moyen 59 ans) Okorocho I et al Female urodynamics and lower urinary tract infection. 2002. BJUI

6 % (47 femmes, âge moyen 83 ans) Bromage SJ. Et al. Urodynamics in the octogenarian female : is it worthwhile ? 2010. IntUrogynecol J

ECBU préalable

Antibioprophylaxie systématique ?

Désagrément psychologique ? Douloureux ?

FICHE INFORMATIVE AVANT EXAMEN URODYNAMIQUE ?

CONCLUSION GENERALE

Rôle fondamental de l'interrogatoire

Rôle primordial de l'examen clinique

Rôle important de l'examen urodynamique : souvent utile, parfois même indispensable, mais pas systématique