

## Urologie

# Incontinence urinaire par hyperactivité vésicale

**RÉSUMÉ :** Concernant près de 20 % de la population féminine, l'hyperactivité vésicale est un handicap majeur dans la vie quotidienne. Le diagnostic est essentiellement clinique, reposant sur l'interrogatoire. La recherche d'une étiologie grâce à des examens simples comme l'ECBU et l'évaluation du résidu post-mictionnel est indispensable, mais cette affection est le plus souvent idiopathique.

Si la symptomatologie est mixte (fuites à l'effort et par urgenturie), s'il existe une pathologie neurologique sous-jacente (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral...) ou si une première ligne de traitement a échoué, l'examen urodynamique permet l'expertise de l'équilibre des pressions urétrovésicales.

La prise en charge est d'abord rééducative et comportementale, puis médicamenteuse (principalement par les anticholinergiques) et enfin, en cas d'échec, des traitements plus invasifs comme les injections intradétrusoriennes de toxine botulique ou la neuromodulation sacrée sont proposés.



**S. CONQUY**

Service d'Urologie, Hôpital Cochin,  
PARIS.

L'incontinence urinaire de la femme est un handicap fréquent qui retentit sur sa santé physique et mentale. S'observant à tout âge et avec des degrés de sévérité très variables, l'incontinence urinaire peut survenir dans différentes circonstances, le plus souvent à l'occasion d'efforts ou lors de besoins urgents, sujet qui concerne plus particulièrement cet article. L'hyperactivité vésicale a été définie par l'ICS (*International Continence Society*) en 2010 comme étant un besoin mictionnel urgent (urgenturie), avec ou sans incontinence, généralement associé à une pollakiurie et à une nycturie en l'absence d'infection et de toute pathologie patente [1].

Nous évoquerons successivement l'épidémiologie, les données cliniques, les examens complémentaires et la prise en charge de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale.

### Épidémiologie

Plusieurs études ont porté sur la prévalence de l'hyperactivité vésicale en France. Une étude a été réalisée en France entre septembre et décembre 2006 à partir de questionnaires menés en interview face à face et a été rapportée au congrès de la Société Internationale Francophone d'Urodynamique en 2007 [2]. Un total de 9 535 sujets ont été interrogés, dont 4 881 femmes représentatives de la population générale. La prévalence globale de l'hyperactivité vésicale dans la population féminine a été de 17,6 %, avec une augmentation de la prévalence en fonction de l'âge. Ces données viennent confirmer au niveau français des études antérieures menées au sein de l'Union européenne ou aux États-Unis. Ainsi, la principale étude européenne menée par Milsom mesurait la prévalence de l'hyperactivité vésicale

à 16,6 % dans une population âgée de 40 ans et plus. Parmi celle-ci, 1/3 des femmes avaient une incontinence par hyperactivité vésicale [3].

Les facteurs de risque sont donc l'âge mais aussi le statut hormonal (augmentation de la prévalence après la ménopause), la présence d'un trouble de la statique pelvienne quel que soit le compartiment concerné, un antécédent de chirurgie pour incontinence urinaire à l'effort, un surpoids (en particulier si l'IMC est supérieur à 30) et l'absorption de quantité excessive de café. De nombreuses comorbidités sont également associées à une augmentation de la prévalence comme certaines affections neurologiques (sclérose en plaques, maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens), le syndrome de l'intestin irritable, les infections urinaires récidivantes ou le syndrome d'apnées du sommeil [4].

L'hyperactivité vésicale n'est le plus souvent qu'un handicap mais s'accompagne d'une augmentation significative du risque de chute et de fracture (risque relatif  $\times 1,46$ ) [5].

## ■ La clinique est fondamentale

### 1. Pour faire le diagnostic

L'interrogatoire recherche le caractère pressant et impérieux des besoins mictionnels, éventuellement accompagnés d'une pollakiurie diurne et nocturne. La fuite est précédée par ces besoins qui peuvent être spontanés ou déclenchés par différents stimuli : bruit de l'eau, changement de température, clé dans la serrure ou stress inhabituel. On recherchera également un antécédent d'énurésie dans l'enfance ou dans la famille.

L'examen clinique est souvent normal mais peut révéler une atrophie vaginale par carence estrogénique ou des éléments de prolapsus.

### 2. Pour éliminer les diagnostics différentiels

La fuite ne survient pas à l'occasion d'un effort, ce qui signerait le diagnostic d'incontinence urinaire d'effort (IUE) et serait vérifiable à l'examen clinique en faisant tousser ou pousser la patiente, mais l'association de ces deux anomalies est fréquente : c'est l'incontinence urinaire mixte. Elle n'est pas non plus permanente, ce qui devrait faire rechercher une malformation congénitale (abouchement ectopique d'un uretère) ou une fistule postopératoire ou postobstétricale. Enfin, la patiente n'a pas de dysurie, ce qui devrait faire rechercher un globe vésical et des mictions par regorgement.

### 3. Pour étudier le terrain et les antécédents

Déjà évoqués dans l'épidémiologie, certains facteurs favorisent l'hyperactivité vésicale comme la surcharge pondérale, les infections urinaires, la carence hormonale, les antécédents de chirurgie de l'IUE (en particulier les bandelettes sous-urétrales), les mauvaises habitudes de boisson (quantité excessive, mauvaise répartition, caféine). Les antécédents médicaux et chirurgicaux doivent être précisés de même que les traitements en cours.

## ■ Les examens complémentaires

Ils visent, d'une part, à rechercher une étiologie et, d'autre part, à évaluer la sévérité et le retentissement du trouble.

>>> **L'examen cytbactériologique des urines** est essentiel car la première cause d'hyperactivité vésicale est l'infection urinaire dont les autres symptômes peuvent être absents.

>>> **Le calendrier mictionnel** (ou catalogue mictionnel) consiste à faire noter par la patiente, pendant 1 à 3 jours, ses heures et quantités de boisson et ses heures et quantités de miction ainsi

que les éventuels épisodes d'urgenterie et de fuites. Cet examen simple permet d'éliminer les erreurs hygiéno-diététiques (ration liquidienne trop importante) et d'évaluer le nombre de mictions faites par précaution, ce qui constitue le premier temps d'une rééducation vésicale.

>>> La recherche d'une épine irritative locale (tumeur *in situ* de la vessie, calcul) peut nécessiter une échographie ou une **cystoscopie**, examen simple fait en consultation, utile notamment lorsque la symptomatologie apparaît à un âge relativement avancé et que la patiente a d'autres facteurs de risque comme le tabagisme. On réalise dans ce cas également une étude cytologique urinaire [6].

### >>> L'examen urodynamique

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement un examen urodynamique avant toute prise en charge d'une incontinence par urgenterie. Il est, en revanche, souhaitable après échec d'une première ligne de traitement ou si un traitement invasif est envisagé d'emblée. De même, chez les patientes présentant une affection neurologique (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, séquelles d'accident vasculaire cérébral) ou une incontinence mixte, sa réalisation est souvent nécessaire [7].

Il s'agit d'un examen peu morbide, réalisé chez une femme dont les urines sont stériles. Il consiste à expertiser le gradient de pression urétrovésicale par l'intermédiaire d'une sonde de petit diamètre qui permet, en outre, de remplir la vessie. Dans cette pathologie, le temps essentiel est la cystomanométrie qui cherche la présence de contractions non inhibées au cours du remplissage. Cette anomalie urodynamique, appelée hyperactivité détrusorienne, n'est présente que dans environ 25 % des hyperactivités vésicales, et ce même si l'on réalise des tests provocatifs (audition du bruit de l'eau, mains dans

## Urologie

l'eau froide) (**fig. 1**). La normalité de la cystomanométrie ne permet donc pas d'exclure le diagnostic et tient probablement au fait que cette hyperactivité peut n'être démasquée que dans des circonstances particulières de la vie. Les examens urodynamiques ambulatoires ont été proposés mais les artefacts sont nombreux, les rendant peu utilisables en pratique [8].

La profilométrie urétrale vise à évaluer la qualité du sphincter urétral et est donc surtout utile dans le bilan de l'incontinence urinaire d'effort.

L'étude de la miction avec ou sans sonde (courbe pression/débit ou débitmétrie simple) vérifie la qualité de la vidange vésicale et permet d'évaluer le résidu post-mictionnel.

### Traitements

La prise en charge de l'incontinence urinaire par hyperactivité vésicale est complexe, bien qu'une meilleure connaissance physiopathologique ait permis de progresser, et seuls 27 % des

patients gênés sont traités [3]. En fonction de leur complexité et de leur morbidité, on peut classer les traitements en trois niveaux et il est important de toujours respecter cet ordre. Quoique le plus souvent idiopathique, la découverte d'une étiologie doit conduire à sa prise en charge et à la réévaluation du symptôme au décours.

#### 1. Traitements de première intention

Les traitements comportementaux sont très utiles et s'appuient sur l'analyse du calendrier mictionnel : bonne répartition des boissons, apprendre à différer de quelques minutes un besoin, comprendre les situations de stress susceptibles d'être à l'origine du déclenchement d'un besoin impérieux. Les techniques de sophrologie, de relaxation ou de yoga peuvent constituer une aide.

Cet apprentissage est aussi le premier temps de la rééducation périnéale dans cette indication. La rééducation permet également de renforcer le réflexe vésical inhibiteur. Celui-ci consiste à effectuer une contraction tonique des releveurs visant, par une boucle

neurologique courte, à entraîner un relâchement temporaire du détrusor permettant de différer de quelques minutes la miction [9].

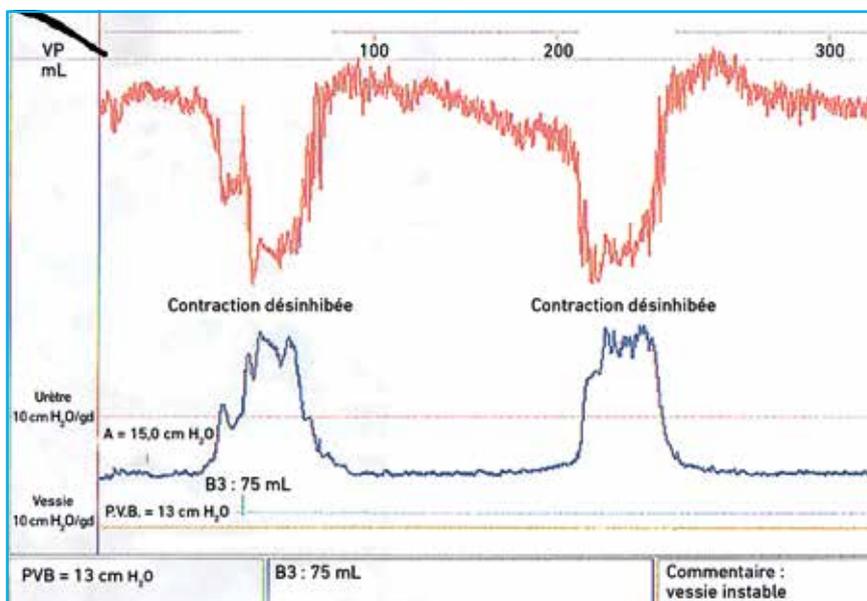
#### 2. Traitements de deuxième intention

>>> Les traitements parasympholytiques bloquent les récepteurs de l'acétylcholine et diminuent donc les contractions du détrusor... mais aussi des autres muscles lisses et sont souvent responsables d'effets indésirables (sécheresse buccale et oculaire, constipation...) qui rendent la compliance au traitement médiocre [10]. Ces effets secondaires viennent s'ajouter à ceux des autres anticholinergiques utilisés par les patientes dans d'autres indications. Le passage de la barrière hémato-encéphalique par la plupart d'entre eux rend leur utilisation difficile chez le sujet âgé et les personnes atteintes de maladies neurologiques. Les substances les plus urosélectives sont l'oxybutynine (5 mg 1 à 3 fois par jour), la solifénacine (5 ou 10 mg/jour), le chlorure de trospium (qui passe peu la barrière hémoméningée, 20 mg 2 fois par jour), la toltérodine (non remboursée, 2 mg 2 fois/jour) et la fésotérodine (4 ou 8 mg/jour).

>>> Le flavoxate (200 mg 3 fois/jour) est un antispasmodique d'efficacité assez spécifiquement urinaire sans effet anticholinergique.

>>> Le mirabégron est un agoniste des récepteurs  $\beta_3$ -adrénergiques qui contrôlent la contractilité vésicale. Il n'a pas les effets indésirables des anticholinergiques mais est contre-indiqué en cas d'hypertension artérielle sévère. Utilisé à la dose de 25 ou 50 mg par jour, ce traitement récemment introduit sur le marché n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

>>> Le traitement hormonal local est souvent utile chez les femmes ménopausées pour améliorer les symptômes d'hyperactivité mais aussi pour faciliter la rééducation [11].



**Fig. 1** : Cystomanométrie. VP : Volume perturbé dans la vessie ; B3 : Besoin urgent ; PVB : Pression vésicale de base.

## POINTS FORTS

- L'interrogatoire est le temps essentiel pour les diagnostics positif et différentiel.
- Un bilan étiologique succinct est indispensable pour éliminer une éventuelle cause facilement curable.
- La prise en charge se fait par paliers : traitements comportementaux puis éventuellement médicaments, puis éventuellement traitements invasifs.

>>> La stimulation percutanée du nerf tibial postérieur par un courant alternatif de basse fréquence est une méthode non pharmacologique de prise en charge des urgences dont le mécanisme d'action est encore discuté. Son efficacité est inconstante mais son innocuité en fait une alternative thérapeutique intéressante, en particulier lorsque les traitements médicamenteux sont mal tolérés ou contre-indiqués [12].

### 3. Traitements de troisième intention [13]

>>> La neuromodulation sacrée consiste à stimuler directement les racines S2, S3 et S4 pour moduler la contractilité et la sensibilité vésicales. Ce traitement commence par une phase de test où l'électrode est connectée à un boîtier externe. Si, au bout de 2 à 3 semaines, le bénéfice observé par la patiente est suffisant, le boîtier est secondairement implanté sous anesthésie. Dans le cas contraire, l'électrode est retirée et un autre traitement est proposé.

>>> L'injection intradétrusorienne de toxine botulique A : utilisée d'abord pour les vessies neurologiques, elle dispose actuellement de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour toutes

les hyperactivités vésicales. Elle est réalisée au bloc ou en consultation et peut être suivie, dans environ 10 % des cas, d'une rétention postopératoire nécessitant la réalisation temporaire d'auto-sondages. Il est donc nécessaire de s'assurer au préalable que les patientes seront aptes et motivées. L'efficacité de la toxine est le plus souvent temporaire (6 à 9 mois).

Une dérivation urinaire externe ou une entérocystoplastie peuvent, dans les cas extrêmes, être les seuls traitements envisageables.

### BIBLIOGRAPHIE

1. HAYLEN BT, DE RIDDER D, FREEMAN RM *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, 2010;21:5-26.
2. HAAB F, COLOBY P, SLAMA A *et al.* Étude INSTANT 2006 : prévalence de l'hyperactivité vésicale chez des patientes prises en charge en médecine générale. Congrès annuel SIFUD-PP, 2007.
3. MILSOM I, ABRAMS P, CARDOZO L *et al.* How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they

managed? A population based prevalence study. *BJU Int*, 2001;87:760-766.

4. WILLIS-GRAY MG, DIETER AA, GELLER EJ. Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. *Res Rep Urol*, 2016, 8: 113-122.
5. BROWN JS, VITTINGHOFF E, WYMAN JF. Urinary Incontinence: Does it Increase Risk for Falls and Fractures? *J Am Geriatr Soc*, 2000;48:721-725.
6. MONNEINS F. Recommandations pour la pratique des explorations endoscopiques, biologiques, et électrophysiologiques dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog urol*, 2007;17: 1297-1300.
7. RUTMAN MP, CHA DY, BLAIVAS JG. How do urodynamics findings influence the treatment of the typical patient with overactive bladder? *Curr Urol Rep*, 2012;13:370-378.
8. CHESTER J, TOOZS-HOBSON P, ISRAFIL-BAYLI F. The role of ambulatory urodynamics in investigation of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 2016;27:381-386.
9. BURGIO KL. Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training. *Curr Urol Rep*, 2013;14:457-464.
10. YEAW J, BENNER JS, WALT JG *et al.* Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *J Manag Care Pharm*, 2009, 15:728-740.
11. CONQUY S. Recommandations pour le traitement médicamenteux de l'incontinence urinaire non neurologique féminine. *Prog Urol*, 2010;20 Suppl 2: S100-S103.
12. SHARMA N, REKHA K, SRINIVASAN KJ. Efficacy of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in the Treatment of Overactive Bladder. *J Clin Diagn Res*, 2016;10:QC17-QC20.
13. PEYRONNET B, RIGOLE H, DAMPHOUSSE M *et al.* Prise en charge de l'hyperactivité vésicale chez la femme. *Prog Urol*, 2015;25:877-883.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.