

Troubles mictionnels de l'adulte

DOSSIER DOCUMENTAIRE

mai 2016

Groupe de travail : document provisoire réalisé par le Dr LEQUEUX

Groupe de lecture : Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE:

Les troubles mictionnels concernent une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques de la miction normale. Ils sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale.

La prévalence croit de façon linéaire avec l'âge. Chez l'homme, 50% à 60 ans et 90% à 85 ans ont une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).

La prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme est estimée entre 16 et 40 % selon les études. Elle est largement sous-évaluée à la fois parce que les patientes n'en parlent pas et que les médecins ne la recherchent pas assez systématiquement. Elle touche environ une femme sur deux autour de la cinquantaine

L'interrogatoire est l'étape « clé » de la démarche diagnostic. L'utilisation du calendrier (ou catalogue) mictionnel est utile pour préciser un trouble de la miction souvent mal exprimé par le patient.

Les complications graves (rétention, hématurie, lithiase, infection, insuffisance rénale) sont rares, relativement imprévisibles, diverses études ont rapporté 6 à 20 rétentions aiguës par an pour 1000 patients.

Le traitement médical a pour but avant tout de soulager les symptômes, d'améliorer la qualité de vie, peut-être de réduire les complications et d'éviter un geste chirurgical. Il peut faire appel à divers médicaments, dont les effets secondaires doivent être pris en compte pour chaque patient.

La décision thérapeutique doit être partagée, ce qui nécessite d'informer le patient sur les objectifs et les bénéfices/risque du traitement, afin de prendre en compte les souhaits des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- A. Descazeauda et coll. Guide de prise en charge en médecine générale des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme liés à une hyperplasie bénigne de la prostate. Prog Urol, 2015, Article original 25, 7, 404-412;
- 1. Bibliomed. Les médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate. 449 ;
- 2. Bibliomed. HBP et abstention active. 450;
- 3. HAS.Comission de la transparence. BETMIGA. Avis 23 juillet 2014;
- 4. HAS.2015. Fiche mémo-uréthrites ;
- 5. HAS.2010. Fiche Bum. Quelle place pour la solifénacine (Vésicare®) dans l'incontinence urinaire et l'impériosité mictionnelle ?
- HAS.Synthèse Comission de la transparence. DITROPAN (oxybutynine), CERIS (chlorure de trospium), VESICARE (solifénacine), TOVIAZ (fésotérodine), anticholinergiques. 2013;
- 7. Incontinence urinaire féminine : la recommandation de l'Anaes(2003) en 4 points-clés
- 8. Médecine. Volume 1, Numéro 1, 38-40, Octobre 2005;
- 9. Incontinence urinaire féminine : la recommandation de l'Anaes (2003) en 4 pointsclés
- 10. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Anaes.2003 ;
- 11. Médicaments de la vessie hyperactive. Efficaces ou dangereux ? Médecine.juin 2015 251-4
- 12. Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France. MÉDECINE octobre 2005. Médecine. octobre 2005
- 13. Rétention aiguë d'urine chez l'homme : quelle prise en charge en 2004 ? La revue du praticien Méd.générale. 18 ; n°674/ 675, déc.2004 ; 1465-68 ;
- 14. J. Renard, C.E. Iselin. Prise en charge initiale de l'incontinence urinaire chez la femme par l'interniste généraliste. Rev Med Suisse 2014 ; 10 : 2322-7

Outils:

- 1. Calendrier mictionnel. CHU Nantes
- 2. Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE)

LES PRINCIPAUX MESSAGES

Pour que la vessie se vide mal, il peut s'agir :

- D'un défaut de fonctionnement du «moteur» (muscle détrusor) ou de sa commande neurologique : vessie dénervée après chirurgie radicale pelvienne, pathologie neurologique périphérique, diabète;
- D'un obstacle organique au niveau du col de la vessie, de l'urètre, du méat urinaire au niveau périnéal) : prostate, prolapsus génital, tumeur vaginale (kyste sous urétral), sténose urétrale
- D'un obstacle fonctionnel (dyssynergie vésico-sphinctérienne) : diabète, médicaments, pathologie neurologique centrale.

Démarche diagnostic

L'interrogatoire joue un rôle prépondérant dans l'orientation diagnostique Il conviendra dans un premier temps de caractériser précisément le trouble mictionnel, de rechercher les signes associés, mictionnels ou non, avant d'évoquer les hypothèses diagnostiques.

Les principaux symptômes urinaires :

Liés au stockage (les plus fréquents) :

- pollakiurie diurne, nycturie (pollakiurie nocturne),
- impériosités (urgenturie),
- incontinence (par impériosités ou d'effort) ;

Liés à la vidange vésicale :

• dysurie (faiblesse du jet, miction par poussée ou en plusieurs temps, sensation de vidange incomplète, gouttes retardataires...)

Per mictionnels:

Pneumaturie (émission de gaz), Fécalurie (émission de selles) au cours de la miction.
Ils témoignent d'une fistule colo-vésicale (sigmoïdite ou cancer colique). Parfois, la pneumaturie peut être en rapport avec une infection urinaire à anaérobies.

L'utilisation d'un catalogue (ou calendrier) mictionnel aide à identifier les symptômes, leur fréquence, les circonstances d'apparition.

- Idéalement sur trois jours
- Mesure de chaque miction + heure miction et/ou symptômes
- Verre mesureur de pâtissier (acheter en grande surface!)

Il faut rechercher les causes pouvant favoriser ou aggraver un trouble mictionnel :

- iatrogènes :
 - o Diurétiques,
 - o Alpha-bloquant (médicaments diminuant le tonus urétral),
 - Antidépresseurs imipraminiques, psychotropes, hypnotiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, bêtasympathomimétiques, alphasympathomimétiques (favorisent une rétention urinaire et une incontinence par regorgement)

- erreurs hygiéno-diététiques :
 - o apports hydriques excessifs, potomanie,
 - o Consommation importante d'alcool, de café.

L'examen clinique recherche :

- Infection urinaire, diabète, hypercalcémie ;
- Pathologie tumorale des voies urinaires excrétrices, gynécologiques (infections urinaires à répétition, hématurie...);
- Pathologie gynécologique : fistule vésico-vaginale (pneumaturie/fécalurie), prolapsus génital, globe vésical. L'examen gynécologique évalue la qualité du plancher pelvien, la contraction des muscles périnéaux ; recherche une fuite d'urine provoquée par des efforts de toux ou de poussée (cette recherche doit être effectuée avant et après réduction du prolapsus);
- Chez l'homme TR (anomalie prostatique)
- Pathologie neurologique: dysesthésies, troubles sphinctériens anaux avec perte de sensation du passage des urines et des selles associés à une incontinence urinaire. Examen neurologique du périnée et des membres inférieurs à la recherche d'un syndrome pyramidal, tester la sensibilité périnéale.

L'existence d'une dysurie doit toujours faire rechercher un obstacle mécanique une cause neurologique ou une pathologie neurologique

- L'apparition acquise progressive d'une dysurie à l'âge adulte doit d'abord faire évoquer la possibilité d'un obstacle mécanique : sténose urétrale, prolapsus (nécessité de réintroduire manuellement le prolapsus pour uriner).
- Penser à la SEP (en particulier chez la femme jeune);
- Le caractère brutal de la dysurie voire de la rétention, doit aussi faire évoquer la possibilité d'une atteinte méningée (méningite aigüe) ou la dysurie est une inhibition réflexe de la contraction vésicale. Elle peut également inaugurer d'un tableau neurologique plus diffus tel une polyradiculonévrite aigüe (syndrome de Guillain Barré).
- La notion de lombalgies, d'irradiation sciatique doit faire évoquer une hernie discale compliquée,
- Le caractère très progressif peut aussi suggérer une neuropathie périphérique. Il faudra alors rechercher un diabète, une intoxication alcoolique, la prise de médications neurotoxiques. L'existence 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.
- Chez la femme âgée, l'apparition d'une dysurie doit aussi faire rechercher un syndrome extra pyramidal (tremblement, micrographie, ralentissement idéo-moteur), mais aussi d'une compression médullaire lente telle une myélopathie cervicarthrosique (douleurs cervicale, névralgies cervico-brachiales) ou un canal lombaire étroit (claudication intermittente à la marche non douloureuse).

• Dans les cas de dysurie après pose de bandelette sous urétrale, la seule solution pour faire disparaître la dysurie est de réaliser des auto-sondages ou de sectionner la bandelette avec le risque important de récidive de l'incontinence urinaire à l'effort.

Prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme

La recherche d'une étiologie et la prescription d'examens complémentaires est orientée par la symptomatologie et son mode d'installation :

<u>Incontinence urinaire par impériosité</u> (urgenturies associées à une pollakiurie ou une nycturie) = syndrome d'hyperactivité vésicale.

Après avoir éliminé une polyurie (calendrier mictionnel), les examens complémentaires de première intention :

- **BU / ECBU** (élimine une infection urinaire, recommandé avant tout bilan urodynamique ou cystoscopie.
- **Echographie vésicale** uniquement si un traitement par anticholinergique est envisagé ou chez un patient âgé *(recherche d'un résidu post-mictionnel)* ou en cas de suspicion d'une cause secondaire (polype vésical, tumeur pelvienne...).
- Bilan urodynamique et consultation d'urologie.

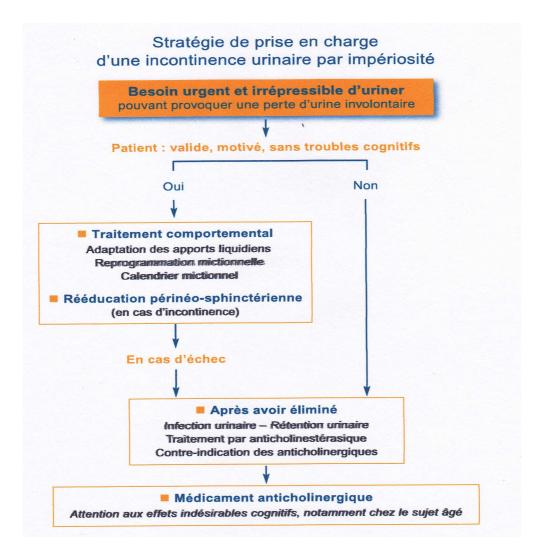
C'est une mesure globale et objective à la fois l'état de la contraction vésicale et des résistances urétrales.

Il s'exprime par le débit mictionnel maximum (normal est > 15 ml/sec pour un volume uriné 150 ml, < 10 ml/sec = obstruction). La principale cause d'erreur est un faible volume mictionnel (réplétion vésicale insuffisante).

Il n'est pas spécifique d'une hyperactivité vésicale. Beaucoup de patientes ayant un syndrome clinique n'auront pas d'hyperactivité détrusorienne à la cystomanométrie du bilan urodynamique.

Il est recommandé:

- o En cas d'inefficacité d'un traitement anticholinergique de première intention.
- o En cas de doute diagnostique sur le type d'incontinence.
- En cas de dysurie pour éliminer une pathologie associée (en particulier neurologique),
- En cas d'antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire, de chirurgie pelvienne ou d'irradiation,
- o En cas de prolapsus génital important (stade 3 ou 4),



Les modalités de la **rééducation périnéo-sphinctérienne** (RPS): toucher vaginal avec testing musculaire, utilisation éventuelle d'une sonde intra-vaginale pour l'électrostimulation ou le biofeedback (à prescrire), nombre de séances initiales (10 à 20), nécessité éventuelle de prolongation après évaluation des séances initiales, importance d'un travail personnel d'auto rééducation entre chaque séance de rééducation ;

Un traitement médicamenteux par anticholinergique peut être proposé :

- après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation.
- ou en première intention si les thérapies comportementales et/ou la RPS sont irréalisables.

Après avoir vérifié :

- l'absence de contre-indications à l'utilisation des anticholinergiques (RCP)
- ou un traitement par anticholinestérasique en cours chez ce patient.

Les médicaments :oxybutinine (DITROPAN®), chlorure de trospium (CERIS®), solifénacine (VESICARE®), fésotérodine (TOVIAZ®).

Un traitement de 5 à 8 semaines est nécessaire pour évaluer l'efficacité. Il n'existe pas de données dans la littérature pour proposer une durée maximale de traitement tant que sa tolérance est acceptable.

Les effets indésirables des aniticholinergiques: sécheresse buccale, constipation, hypotension orthostatique, neuropsychiatriques (céphalées, asthénie, étourdissements, confusion, anxiété, délire...) surtout chez les sujets âgés <u>de plus de 75 ans</u>, qui constituent plus de 30 % des patients atteints d'hyperactivité vésicale.

Dans le cas particulier de la <u>personne âgée fragilisée</u>, il est recommandé :

- d'évaluer les fonctions cognitives. Ces patients sont particulièrement vulnérables aux anticholinergiques sur le plan cognitif. De récentes études observationnelles suggèrent que tous les médicaments anticholinergiques au long terme augmentent le risque de démence,
- diminuer la posologie initiale de moitié, pour l'oxybutynine d'espacer les prises (2 au lieu de 3).
- surveiller l'apparition d'un globe vésical.

Un avis urologique est recommandé:

- en l'absence d'efficacité, surtout s'il s'agit d'un traitement anticholinergique « d'épreuve » prescrit sans bilan urodynamique préalable, ou en cas d'infection urinaire ou de dysurie (difficultés à uriner);
- en cas d'échec des traitements précédents, pour avis sur les techniques chirurgicales possibles en fonction du mécanisme de l'incontinence urinaire (défaut de soutien du col vésical ou de l'urètre, ou insuffisance sphinctérienne): la chirurgie ne se limitent pas aux interventions de type TVT,par exemple une neuromodulation des racines sacrées.

Incontinence urinaire d'effort :

C'est un diagnostic d'interrogatoire

En première intention : RPS (biofeedback - électrostimulation), chez un patient motivé, sans troubles cognitifs.

Un traitement pharmacologique par <u>anticholinergique n'est pas recommandé dans</u> <u>l'incontinence urinaire d'effort sans symptômes d'impériosité associés.</u>

En cas d'échec avis urologique. Si chirurgie bilan urodynamique pré-opératoire

- Bandelette sous urétrale +++
- Sphincter artificiel

En l'absence de disparition ou d'amélioration des symptômes après 10 à 20 séances, il est recommandé de prendre un avis spécialisé afin d'envisager les possibilités d'un éventuel traitement chirurgical (T.V.T, sphincter artificiel...)

En cas de $\underline{\text{signes urinaires associés ou anomalies à l'examen clinique}}$: BU/ECBU ; $\underline{\text{echographie vésicale}}$

Un **bilan urodynamique** indispensable est recommandé uniquement en préopératoire ou en cas de doute sur le mécanisme de l'incontinence ou suspicion d'une pathologie associée .

<u>Incontinence urinaire mixte</u>:

Les traitements proposés précédemmen : RPS (biofeedback - électrostimulation) +/-anticholinergiques, sont prescrits en fonction des symptômes les plus gênants.

En l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence urinaire après 10 à 20 séances de rééducation et/ou d'un traitement anticholinergique pendant 5 à 8 semaines, il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé.

Incontinence par regorgement:

Un avis urologique est recommandé d'emblée pour établir la stratégie des examens nécessaires et décider du type de traitement.

Incontinence urinaire chez la femme enceinte :

La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse :

- améliore l'incontinence pendant la grossesse ;
- diminue sa fréquence au cours du post-partum ;
- ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme.

Dans le post-partum :

- la rééducation périnéale par des exercices de contraction musculaire volontaires est le traitement de première intention de l'incontinence du post-partum.
- La rééducation avec électrostimulation périnéale et/ou par cônes vaginaux dans le post-partum, n'apportent pas de bénéfice par rapport aux exercices de contraction volontaires.

<u>Autre situation clinique : le syndrome de vessie douloureuse</u> (« cystalgies à urines claires ») :

- 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

Eliminer une pathologie organique pelvienne ou périnéale

- ECBU.
- Examen gynécologique +/- FCU,
- Echographie pelvienne (utérus, ovaire) et vésicale

Traitement:

- Première ligne : thérapie comportementale, psychothérapie, apprentissage au contrôle du stress,
- Seconde ligne : rééducation périnéale, traitement médicamenteux (LAROXYL, ATARAX),
- Avis spécialisé en cas d'échec ou de doute diagnostic.

Prise en charge des troubles mictionnels chez l'homme

L'interrogatoire recherche : faiblesse du jet ou en arrosoir, retard à l'initiation de la miction, miction par poussée, gouttes terminales, sensation de vidange vésicale incomplète, augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée.

Il faut éliminer :

- vessie neurologique, sténose de l'urètre, vessie claquée post-rétention aiguë,
- pathologie vésicale (tumeur, infection, lithiase, cystite radique...),
- · cancer prostate,
- cause iatrogène (anticholinergique....).

En présence d'une obstruction sous-vésicale avérée et d'une augmentation marquée du volume de la prostate au TR, il est cohérent de relier ces symptômes à une hyperplasie bégnine de la prostate (HBP).

Les examens complémentaires :

- BU ou ECBU,
- **PSA** : <u>optionne</u>I lors du bilan initial (informer le patient des conséquences éventuelles d'une valeur > norme).
- **Echographie** de l'appareil urinaire : <u>optionnel</u>. En cas de doute, il permet d'éliminer un diagnostic différentiel, d'apprécier le volume prostatique et la présence d'un lobe médian faisant protrusion dans la vessie.
- **Créatininémie+clairance** : <u>optionnel</u> dans le bilan initial d'une HBP car la plupart des insuffisances rénales associées à une HBP ne sont pas d'origine obstructive.

Stratégie thérapeutique

Une surveillance sans traitement est préconisée pour les patients présentant des symptômes en rapport avec une HBP non compliquée et responsables d'une gêne peu importante.

Quels médicaments prescrire ? Une évaluation de l'efficacité et de la tolérance est requise dans les 6 premiers mois puis de façon annuelle

En première intention

Alpha-1 bloquant:

- Alfuzosine 2,5 mg/5 mg/10 mg (XATRAL®)
- Doxazosine 4 mg/8 mg (ZOXAN LP®)
- Prazosine 1 mg/5 mg (MINIPRESS®)
- Silodosine 4 mg/8 mg (UROREC®)
- Tamsulosine 0,4 mg (JOSIR®, MECIR®, OMEXEL®)
- Térazosine 1 mg/5 mg (HYTRINE®, DYSALFAL®)

Aucune étude ne permet de recommander un alpha-bloquant plutôt qu'un autre. L'efficacité est rapide et prolongée mais il ne modifie pas l'évolution de l'HBP. Chez les patients ayant présenté une rétention aiguë d'urine, ils permettent d'améliorer les chances de sevrage de la sonde. Par contre, en comparaison avec le placebo, ils ne diminuent pas le risque de récidive d'une rétention urinaire sur le long terme.

Les <u>contre-indications</u> (RCP): hypotension orthostatique; insuffisance hépatique sévère; insuffisance rénale sévère (clairance créatinine < 30); association aux inhibiteurs puissants du CYP3A4 (clarithromycine, érythromycine, itraconazole, kétoconazole, nelfinavir, ritonavir, télaprévir, télithromycine...)

Les <u>effets indésirables et interactions médicamenteuses</u> possibles : prudence chez les patients traités par des médicaments antihypertenseurs ou des dérivés nitrés. La prise de ce médicament est déconseillée avec les antihypertenseurs alpha-bloquants Chez les patients âgés risque d'accidents ischémiques cérébraux, prudence chez les patients ayant une insuffisance cardiaque aigue ou coronarienne . Les patients ayant un allongement de l'intervalle QTc ou qui sont traités par des médicaments augmentant l'intervalle QTc doivent être surveillés avant et pendant le traitement (ECG).

Extraits de plante

- Serenoa repens (**PERMIXON**®)
- Pygeum africanum (Prunier d'Afrique) (**TADENAN® 50 mg**)

Les effets sont modestes mais un bon profil de tolérance. L'association de la phytothérapie avec un autre traitement n'a pas montré de bénéfice et n'est donc pas préconisée.

I5AR : Inhibiteur de la 5 alpha reductase

- Finastéride 5 mg (CHIBRO-PROSCRAR®)
- Dutastéride 0,5 mg (AVODART®)

Une action lente (6 à 9 mois), dépendant du volume prostatique. Leur efficacité est plus importante lorsque le <u>volume prostatique est important (supérieur à 40 cc)</u>. C'est la seule classe thérapeutique permettant d'obtenir une réduction du volume de la prostate, une diminution du risque de progression clinique et de rétention aiguë d'urine. Ils doivent être prescrits en continu pendant plusieurs années pour permettre une diminution significative du risque de complication.

Aucune donnée ne permet de recommander une molécule plutôt qu'une autre à ce jour.

Ils entraînent une diminution de 50 % de la valeur du PSA total sérique (doit être prise en compte lors des dosages de PSA ultérieurs).

Administrée plusieurs années, cette classe thérapeutique est associée à une diminution globale de l'incidence du cancer de la prostate, mais il existe un doute non totalement élucidé sur un risque de survenue d'un cancer de la prostate de haut grade associé au traitement. En conséquence, un PSA annuel doit être réalisé.

Selon une synthèse d'avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) de septembre 2012 (www.has-sante.fr), cette classe thérapeutique devrait être utilisée en seconde intention après échec d'une monothérapie par extraits de plante ou par alphabloquant.

Association alpha-bloquant et inhibiteur de la 5 alpha réductase (prise séparée)

Son coût, la nécessité d'un traitement prolongé et du cumul des effets indésirables des différentes classes thérapeutiques font qu'elle ne peut être systématique et n'a d'intérêt que pour les patients à haut risque de complications. Il existe une association fixe :

• tamsulosine + dutastéride (**COMBODART**® 0,5mg/4mg)

Anticholinergiques

En seconde intention en cas de symptômes persistants sous alpha-bloquant.

Les conclusions de la CT (26 juin 2013) : le SMR des spécialités **DITROPAN®**, **CERIS®**, **VESICARE®** et **TOVIAZ®** reste modéré. Les preuves sont insuffisantes pour en affirmer les avantages à long terme.

Les arrêts de traitement pour effets indésirables plaident en faveur d'une tolérance de la solifénacine (VESICARE®) meilleure que celle de l'oxybutynine (DITROPAN®)

Les contre-indications (voir RCP):

Hypersensibilité au produit. Antécédents ou patients à risque de rétention urinaire, d'affection gastro-intestinale sévère, de myasthénie ou de glaucome par fermeture de l'angle. Insuffisance hépatique sévère.

Plusieurs études randomisées ont confirmé que l'association d'un alpha-bloquant et d'un anticholinergique permettait d'améliorer les symptômes en rapport avec une HBP. Néanmoins, étant donné le risque de majoration d'une dysurie sous anticholinergiques et la nécessité d'un bilan spécialisé en présence de symptômes de la phase de remplissage, cette association n'est pas préconisée sans un avis spécialisé préalable.

<u>Une nouvelle molécule</u>, le mirabegron (**BETMIGA®**) : agoniste puissant et sélectif des récepteurs β3-adrénergiques. <u>Il ne s'agit pas d'un anticholinergique</u>. La Commission de transparence (avis 23 juillet 2014) conclut un ASMR V (inexistant) du fait de son manque de preuves d'une efficacité supérieure et de ses risques cardiagues

<u>Inhibiteur de phosphodiestérase de type 5</u> (IPDE5) : En cas de dysfonction érectile associée.

• Tadalafil 5 mg (CIALIS®) en prise quotidienne

La prise occasionnelle d'un inhibiteur de la phosphodiestérase de type 5 en association à un traitement de l'HBP d'une autre classe thérapeutique n'est pas contre-indiquée.