

# FORMATION CONTINUE

La vessie hyperactive

## Une vraie maladie, plusieurs solutions

La vessie hyperactive (VH) est définie par la Société Internationale de Continence (ICS) comme une urgence mictionnelle, avec ou sans incontinence d'urgence, fréquemment associée avec pollakiurie et nycturie (1). Mondialement la prévalence est élevée, cette condition étant présente chez 16,6% des patients de plus de 40 ans. La fréquence de ces troubles est d'autant plus importante lorsque l'âge augmente, atteignant 41,9% des hommes et 31,3% des femmes de plus de 75 ans (2).

La VH est une condition non seulement fréquente, mais aussi avec un réel impact sur la qualité de vie, entraînant des perturbations du sommeil, limitant l'activité physique et l'activité sexuelle. La VH représente un obstacle majeur à une vie sociale normale (3, 4).

Chez les patients âgés, les infections urinaires et cutanées, la dépression ainsi qu'une majoration du risque de chute et conséquemment fracturaire peuvent être la conséquence d'une VH (5). Bien que plusieurs traitements de la VH soient disponibles, la moitié des patients accepte les symptômes de VH comme « normaux » pour quelqu'un de leur âge (6). Même lorsque la VH se traduit par une incontinence, la grande majorité des patients ne cherche pas d'aide médicale. Au vu de la fréquence de cette atteinte, de l'impact majeur sur la qualité de vie et des conséquences de la VH sur la santé publique, il est du devoir du corps médical d'aborder le sujet, et d'instruire nos patients afin de changer cette fausse croyance d'irréversibilité de la VH (7)

### Diagnostic

#### Anamnèse

Une anamnèse exhaustive accompagnée par un examen physique et une analyse urinaire (stick/sédiment urinaire +/- culture d'urine) sont primordiaux. La plupart du temps, ces mesures permettent de poser le diagnostic et d'initier une thérapie. Si le cas s'avère complexe ou en cas d'échec de traitement, un avis spécialisé est alors recommandé.

L'anamnèse doit tout d'abord être ciblée sur les troubles urinaires (tab. 1), mais aussi aider à identifier les facteurs prédisposant à



Dr Nuno Grilo

Lausanne

une hyperactivité vésicale, comme le diabète, un AVC, une sclérose en plaque, un parkinsonisme, une hernie discale, un canal lombaire étroit, une impaction fécale, des troubles cognitifs... (8). L'exclusion de causes réversibles comme la consommation excessive de caféine, théine, aliments piquants, et une évaluation psychologique doivent également être effectués (9).

#### L'examen physique

L'abdomen doit être examiné à la recherche d'une masse pelvienne ou d'un globe vésical. L'examen vaginal doit évaluer le trophisme, la présence d'un prolapsus, signes d'infection ou présence d'une masse pelvienne. Un test à la toux, doit être également effectué, si possible à vessie pleine, à la recherche d'une incontinence d'effort. L'évaluation du tonus du plancher pelvien doit être effectuée par moyen d'un toucher rectal, qui renseignera aussi sur la présence d'un fécalome. Chez l'homme, la prostate doit être évaluée afin d'exclure la présence de douleurs ou d'une induration.

L'examen neurologique doit être ciblé sur les segments S2-S4. La sensibilité de la vulve, ou du pénis et scrotum, ainsi que de la région péri-anale doivent être testées. Le réflexe bulbo-caverneux doit également être testé, ainsi que les réflexes des membres inférieurs et leurs sensibilité et force (9).

#### Auxiliaires au diagnostic

##### Par le praticien

Le calendrier mictionnel (fig. 1) est fondamental dans l'évaluation de l'hyperactivité vésicale, car il permet d'objectiver les symptômes des patients. Il devrait être effectué chez tout patient souffrant

TAB. 1 Questions clés pour l'évaluation de patients avec vessie hyperactive/incontinence	
Avec quelle fréquence devez-vous uriner pendant la journée? <sup>1</sup>	
Combien de fois devez-vous vous lever pour uriner pendant la nuit, après aller dormir? C'est l'urgence d'uriner qui vous réveille? <sup>1</sup>	
Perdez-vous des urines lorsque vous avez un besoin imminent d'uriner? Avec quelle fréquence? <sup>1</sup>	
Perdez-vous des urines lorsque vous tousssez, éternuez ou lors d'un effort? Avec quelle fréquence? <sup>2</sup>	
Perdez-vous des urines lors de l'activité sexuelle? <sup>1</sup>	
Portez-vous des protections urinaires? Avec quelle fréquence devez-vous les changer? <sup>3</sup>	
Est-ce que vous ressentez une mauvaise vidange vésicale? <sup>4</sup>	
Est-ce que le jet urinaire est faible? <sup>4</sup>	
Avez-vous du sang dans les urines? <sup>5</sup>	
Avez-vous des douleurs en urinant? <sup>5</sup>	
<sup>1</sup> pour aider au diagnostic de la vessie hyperactive. <sup>2</sup> pour aider au diagnostic d'une incontinence d'effort. <sup>3</sup> pour évaluer la gravité des pertes d'urine. <sup>4</sup> pour évaluer la présence d'une obstruction infra-vésicale et exclure une incontinence par regorgement <sup>5</sup> pour identifier la présence d'une infection urinaire, tumeur, calculs intra-vésicaux ...	

TAB. 2 Traitements de la vessie hyperactive	
Comportemental	Diététiques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviction café, thé, piquant</li> <li>• Régulariser l'ingestion de liquides</li> </ul> Miction à des heures programmées Training vésical <ul style="list-style-type: none"> <li>• Techniques de relaxation / distraction</li> <li>• Physiothérapie périnéale de proprioception, renforcement et biofeedback</li> </ul>
Médicamenteux	Anti-muscariniques (anti-cholinergiques) β3-agonistes

FIG. 1 Calendrier mictionnel					
Heure	Boissons	Urine	Urgence	Pertes	Protection
06-07					
07-08	200ml	150ml	X		
08-09					
09-10		100ml	X	X	X
10-11					
11-12	300ml	50ml			
12-13					
13-14		50ml			
14-15					
15-16	150ml	100ml			
16-17		3 x 50ml	X	X	
17-18					
18-19		50ml			
19-20	400ml	50ml		X	X
20-21		50ml			
21-22	100ml				
22-23		150ml	X		
23-24					
24-01					
01-02		50ml			
02-03					
03-04		50ml			
04-05		100ml			
05-06					

ment permettre de diagnostiquer un calcul, un diverticule vésical ou une tumeur, néanmoins sa sensibilité est faible pour les lésions de petit volume.

Si l'approche suscitée ne permet pas de trouver un diagnostic clair, en cas de suspicion de maladie organique (calcul, tumeur...) ou en cas de mauvaise réponse à la thérapie instaurée, un avis urologique spécialisé s'impose. Lors de la consultation urologique, si nécessaire, le bilan suscité peut être complété par une cystoscopie et cytologie vésicale et éventuellement par un examen vidéo-urodynamique.

**Traitements (Tab. 2)**

**Modification des habitudes de vie**

Le principe de la thérapie comportementale est basé sur l'instruction du patient concernant le fonctionnement vésical normal, ce qui permet ensuite de mieux comprendre les mesures à tenir face à une VH. Dans le groupe de mesures à proposer il faut mentionner les mictions programmées à un horaire fixe, l'éviction d'aliments/boissons qui sont potentiels irritants vésicaux (café, thé, piquant...) (10). Il est également important de contrôler le volume d'hydratation journalière, qui en cas d'excès peut aggraver les symptômes d'urgenterie et incontinence, alors qu'un volume d'hydratation insuffisant peut amener à une concentration de l'urine qui peut irriter la muqueuse vésicale et conséquemment induire une pollakiurie, augmenter l'urgenterie et le risque d'infections urinaires. Une hydratation de 1500-2000 ml ou 30 ml/kg par 24h est normalement recommandée. Si le patient se plaint de nycturie, l'ingestion de liquides devrait être minimale à partir de 18h et augmentée pendant la matinée. L'éviction de la constipation, le contrôle du poids et l'arrêt du tabac représentent d'autres mesures efficaces (11).

**Training vésical**

Des techniques de relaxation et de distraction ou des techniques de proprioception et renforcement du plancher pelvien ont révélé

frant d'une VH pour un minimum de 3 jours et devrait rapporter l'ingestion de liquides, le volume de chaque miction, les épisodes d'urgence et/ou l'incontinence et éventuellement le nombre nécessaire de protections. Cette méthode permet non seulement de dépister les causes facilement modifiables, comme l'ingestion de liquides excessive, mais permettra aussi d'évaluer de façon plus objective la réponse à un traitement instauré (9).

Un stick/sédiment urinaire et une culture d'urine sont indiqués dans l'évaluation initiale de la VH. Ils permettent d'exclure une infection urinaire, ou de détecter une hématurie microscopique, qui peut être un signe de la présence d'un calcul ou d'une tumeur des voies urinaires.

**Par le spécialiste**

L'estimation du résidu post-mictionnel par ultrason permet d'exclure un résidu pathologique, qui peut apparaître de façon concomitante ou simuler une VH, ayant alors des conséquences importantes dans le choix du traitement. Cet examen peut égale-

TAB. 3 Traitement médicamenteux			
Médicament	Posologie	Contre-indications	Effets indésirables
<b>Anti-muscariniques (anti-cholinergiques)</b>			
<b>Formule rapide</b>			
Ditropan	5 mg x 3/j		
<b>Formule retard</b>			
Detrusitol	2 ou 4 mg x 1/j	Rétention urinaire, glaucome à angle fermé non traité, myasthénie grave, ralentissement de la vidange gastrique, mégacôlon toxique, colite ulcéreuse grave, insuffisance hépatique sévère (classe C de la classification de Child-Pugh), inhibiteurs CYP3A4 chez des patients présentant une insuffisance hépatique ou rénale modérée à sévère.	Très fréquents: sécheresse des muqueuses  Fréquents: constipation, nausées, dyspepsie, douleurs abdominales, dysurie
Emselex*	7,5 ou 15 mg x 1/j		
Spasmex / Spasmo-urgénine*	20 mg x 2/j		
Toviaz	4 ou 8 mg x 1/j		
Vesicare	5 ou 10 mg x 1/j		
<b>Formule transcutanée</b>			
Kentera	Patch 36 mg x 2/semaine		
<b><math>\beta</math>-mimétique</b>			
Betmiga	25 ou 50 mg x 1/j	Hypersensibilité au mirabégron ou à l'un des excipients.	Fréquents: tachycardie, céphalées, vertiges, constipation, sécheresse buccale, diarrhée, nausées

\* Dans la population gériatrique, ces molécules avec passage limité de la barrière hémato-encéphalique semblent être préférables

du succès dans le training vésical et prévention des symptômes de la VH (12,13).

**Traitement médicamenteux (Tab. 3)**

Les anti-muscariniques restent l'un des piliers du traitement de la VH, néanmoins leur utilisation comporte des effets indésirables fréquents, comme une constipation et une sécheresse des muqueuses, souvent mal tolérées par les patients. Une attention

spéciale doit être prise lorsqu' ils sont prescrits à des sujets âgés. En effet, ce type de médication semble être associé à un risque augmenté de troubles cognitifs, de chutes et de mortalité (14). Dans la population gériatrique, des molécules avec passage limité de la barrière hémato-encéphalique semblent être préférables (chlorure de trospium et darifénacine) (15).

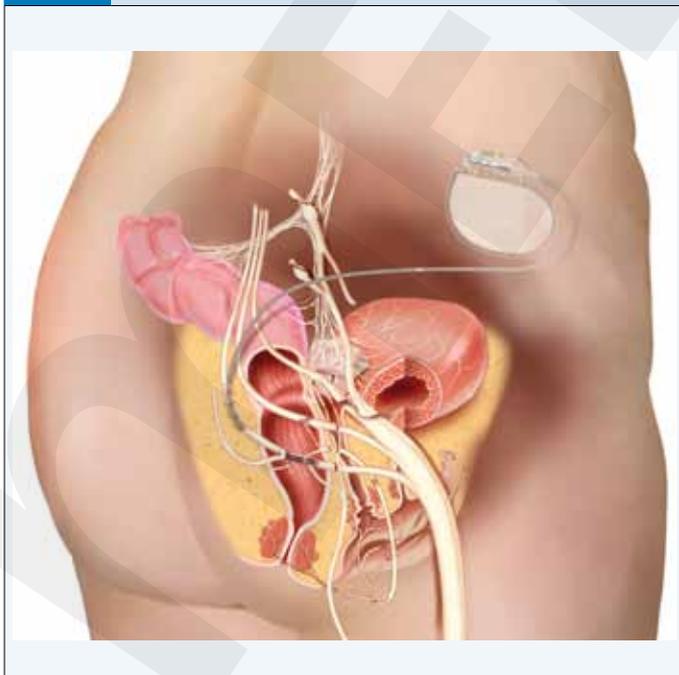
Les B3-agonistes sont une autre classe de médicaments avec action sur le réflex mictionnel, disponibles en Suisse depuis 2014. Son mécanisme consiste en relaxer la musculature lisse de la vessie et d'inhiber les contractions détrusoriennes, possiblement en diminuant également la libération d'acétylcholine de façon réflexe (16, 17). Ce traitement a l'avantage d'être mieux toléré que les anti-muscariniques, provoquant moins de constipation, moins de sécheresse buccale. Théoriquement, le mirabegron n'a pas d'effet sur le système nerveux central, intéressant donc chez les patients avec troubles cognitifs, mais devant être utilisé avec précaution chez les patients cardiopathes, car s'agissant d'un médicament récent, les données concernant la sécurité du traitement à long terme ne sont pas encore disponibles.

**Injections de toxine botulinique**

Les injections intra-détrusoriennes de toxine botulinique sont utilisées avec succès dans le traitement de la VH neurogène (18). Leur efficacité a également été démontrée dans l'hyperactivité non neurogène (19).

Les patients présentent une diminution des épisodes d'urgenterie, d'incontinence et de la fréquence mictionnel, avec comme conséquence une franche amélioration de leur qualité de vie. Ce traitement est bien entendu, temporaire, les injections devant être répétés chaque 6-9 mois. L'intervention est souvent bien tolérée sous anesthésie locale, avec relativement peu de complications, malgré un risque de rétention urinaire d'environ 7% (20).

**FIG. 2 Neurostimulation: Electrode connectée à un stimulateur externe**



## Neurostimulation

Depuis la fin des années 1990, de multiples études ont démontré l'efficacité de la neuromodulation sacrée dans le traitement de la VH et de la rétention urinaire idiopathique, néanmoins le mécanisme d'action n'est toujours pas complètement connu.

L'intervention se déroule en 2 phases (test et implantation/ablation électrode). Ces 2 étapes peuvent être réalisées sous anesthésie générale, locale ou analgo-sédation.

La phase test consiste à placer une électrode au niveau du foramen S3 (parfois S4), qui est connectée à un stimulateur externe. Pendant 2-4 semaines l'efficacité de l'intervention sera évaluée à l'aide d'un calendrier mictionnel qui devra être rempli de façon minutieuse. En cas de succès, défini comme >50% d'amélioration de la symptomatologie, soit par réduction des épisodes d'urgence ou d'incontinence ou diminution de la fréquence mictionnelle, on passera alors à la deuxième phase d'implantation sous-cutanée d'un neurostimulateur définitif (fig. 2). Si le test s'avère infructueux, on procède alors à l'explantation de l'électrode précédemment implantée.

L'efficacité de cette thérapie à 3 ans est de l'ordre de 80% pour les patients avec VH associée à des incontinenances d'urgence et 70% pour les patients avec pollakiurie et urgenturie sans incontinence (21). Cinq ans après l'implantation, le traitement reste efficace chez 70% des patients (22).

Le traitement semble être également approprié pour la population âgée. En effet, dans les cas d'hyperactivité vésicale avec incontinence d'urgence, une efficacité de 80% a été observée chez des patientes avec >65 ans et ceci sans complications majeures (23).

D'autres techniques de neuromodulation existent, comme la stimulation du nerf tibial par voie percutanée ou transcutanée ou même la stimulation du nerf pudendal. Néanmoins, ces techniques ne sont actuellement pas reconnues par les caisses maladie suisses, comme possibles traitements de la VH.

Dr Nuno Grilo<sup>1</sup>

Dr Mirabelle Ishida<sup>2</sup>

Pr Patrice Jichlinski<sup>1</sup>

Pr Brigitte Schurch<sup>2</sup>

Dr Yannick Cerantola<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service d'Urologie

<sup>2</sup> Service de Neuropsychologie et Neuroréhabilitation

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Rue Bugnon 46, 1011 Lausanne

Nuno.Grilo@chuv.ch

**+** **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### Références:

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al: The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn.* 2002; 21: 167-178.
- 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.
- Bartoli S, Aguzzi G and Tarricone R: Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology* 2010; 75: 491-500.
- Vaughan CP, Johnson TM, Ala-Lipasti MA, et al: The prevalence of clinically meaningful overactive bladder: bother and quality of life results from the population-based FINNO study. *Eur. Urol.* 2011; 59: 629-636.
- Huang H-C: A checklist for assessing the risk of falls among the elderly. *J. Nurs. Res.* 2004; 12: 131-142.

### Messages à retenir

- ◆ Mondialement la prévalence de la VH est élevée. La fréquence de ces troubles est d'autant plus importante lorsque l'âge augmente, atteignant 41,9% des hommes et 31,3% des femmes de plus de 75 ans, avec un important impact sur la santé et la qualité de vie
- ◆ Cette maladie reste un tabou, dont patients et soignants n'en parlent souvent pas
- ◆ Le calendrier mictionnel est une aide cruciale au diagnostic
- ◆ Avant de poser le diagnostic de VH, il faut exclure des multiples causes traitables
- ◆ Des multiples traitements comportementaux et médicamenteux doivent être proposés avant de passer à des traitements plus invasifs
- ◆ Les injections intradétrusoriennes de toxine botulique ou la neuromodulation sacrée, sont des techniques avec peut de complications et avec un succès prouvé dans le traitement de la VH.

- Blasco P, Valdivia MI, Oña MR, et al: Clinical characteristics, beliefs, and coping strategies among older patients with overactive bladder. *Neurourol. Urodyn.* 2016.
- Sexton CC, Coyne KS, Thompson C, et al: Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older americans: results from the epidemiology of lower urinary tract symptoms study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2011; 59: 1465-1470.
- Culligan PJ and Heit M: Urinary incontinence in women: evaluation and management. *Am. Fam. Physician* 2000; 62: 2433-2444, 2447, 2452.
- Dwyer PL and Rosamilia A: Evaluation and diagnosis of the overactive bladder. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2002; 45: 193-204.
- Wyman JF, Burgio KL and Newman DK: Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int. J. Clin. Pract.* 2009; 63: 1177-1191.
- Beetz R: Mild dehydration: a risk factor of urinary tract infection? *Eur. J. Clin. Nutr.* 2003; 57: S52-S58.
- Wyman JF and Fantl JA: Bladder training in ambulatory care management of urinary incontinence. *Urol. Nurs.* 1991; 11: 11-17.
- Shafik A and Shafik IA: Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J. Urol.* 2003; 20: 374-377.
- Ruxton K, Woodman RJ and Mangoni AA: Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2015; 80: 209-220.
- Kay GG and Ebinger U: Preserving cognitive function for patients with overactive bladder: evidence for a differential effect with darifenacin. *Int. J. Clin. Pract.* 2008; 62: 1792-1800.
- Igawa Y, Yamazaki Y, Takeda H, et al: Possible beta 3-adrenoceptor-mediated relaxation of the human detrusor. *Acta Physiol. Scand.* 1998; 164: 117-118.
- Badawi JK, Uecelehan H, Hatzinger M, et al: Relaxant effects of beta-adrenergic agonists on porcine and human detrusor muscle. *Acta Physiol. Scand.* 2005; 185: 151-159
- Schurch B, de Sèze M, Denys P, et al: Botulinum toxin type a is a safe and effective treatment for neurogenic urinary incontinence: results of a single treatment, randomized, placebo controlled 6-month study. *J. Urol.* 2005; 174: 196-200.
- Henriet B and Roumequère T: [Botulinum toxin injection for refractory non-neurogenic overactive bladder. Systematic review]. *Rev. Médicale Brux.* 2015; 36: 29-37.
- Chapple C, Sievert K-D, MacDiarmid S, et al: OnabotulinumtoxinA 100 U significantly improves all idiopathic overactive bladder symptoms and quality of life in patients with overactive bladder and urinary incontinence: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur. Urol.* 2013; 64: 249-256.
- Siegel S, Noblett K, Mangel J, et al: Three-year Follow-up Results of a Prospective, Multicenter Study in Overactive Bladder Subjects Treated With Sacral Neuromodulation. *Urology* 2016.
- van Kerrebroeck PEV, van Voskuilen AC, Heesakkers JPFA, et al: Results of sacral neuromodulation therapy for urinary voiding dysfunction: outcomes of a prospective, worldwide clinical study. *J. Urol.* 2007; 178: 2029-2034.
- Angioli R, Montera R, Plotti F, et al: Success rates, quality of life, and feasibility of sacral nerve stimulation in elderly patients: 1-year follow-up. *Int. Urogynecology J.* 2013; 24: 789-794.