



N°3 - Urgenturie ou Instabilité vésicale chez le sujet âgé

Il s'agit de contractions anarchiques du détrusor pendant la phase de remplissage de la vessie en dehors de toute miction. Le déclenchement de la miction peut se faire par des stimuli sensoriels comme un bruit qui coule, le froid, une anxiété, une épine irritative...

Physiopathologie du vieillissement de la vessie :

- Altérations vesico-sphinctériennes liées à l'âge

- La capacité de concentration du rein est diminuée ce qui entraîne une augmentation de la diurèse nocturne,
- Le contrôle neurologique est altéré par une diminution du nombre de récepteurs cholinergiques du détrusor, ce qui entraîne une vessie plus excitable, nerveuse et instable,
- La carence hormonale entraîne un affaiblissement du plancher pelvien, une plus grande sensibilité aux infections, une atrophie, une sécheresse vaginale...
- La raréfaction des fibres élastiques et l'épaississement de la paroi par fibres collagènes entraînent la diminution de l'élasticité du détrusor.

- Changements urodynamiques liés à l'âge

- Diminution de la contraction détrusorienne avec pour conséquences :
 - Un plus petit volume mictionnel,
 - Une augmentation du volume résiduel.
- Hyperactivité détrusorienne avec pour conséquences :
 - Une capacité vésicale plus faible,
 - Une augmentation des contractions désinhibées du détrusor pendant le remplissage.

Diagnostic :

- Survenue d'urgenturie avec ou sans incontinence urinaire associée à une pollakiurie, impériosités et/ou nycturie

- Diagnostic :

1. L'interrogatoire associé à l'examen clinique,
2. Le test thérapeutique aux anti-cholinergiques, après avoir éliminé une infection urinaire et une rétention urinaire (recommandations de l'ANAES 2003)
3. En cas d'échec du traitement aux anti-cholinergiques, l'examen urodynamique peut être proposé. Cet examen médico-légal n'est pas systématique. Il permet de réaliser :
 - Débitmétrie (=volume et durée de la miction) avec recherche de résidu post-mictionnel
 - Cystomanométrie (= Pression vésicale de base et en réplétion, complaisance vésicale)
 - Profilométrie (= Pression urétrale max et de cloture)
 - Pression intra-rectale (= Pression abdominale)
 - Electromyogramme du sphincter strié.

Causes d'Urgenturie :

1. Lésions vésicales (infections, cancers, obstacles...)
2. Épines irritatives (douleurs, fécalome, escarres, plaies, durillons...)
3. Altérations neurologiques/Psychiatriques (Accident vasculaire cérébral, Parkinson, Démence, Diabète, Hydrocéphalie à pression normale, Traumatismes ou compressions médullaires, Dépression...),
4. Éléments à l'origine d'une émission d'urine excessive ou inadéquate (supérieure à 1,5 litre par jour). L'origine de cette production élevée doit être identifiée avant de réduire l'apport de liquides (par exemple, un diabète, une hypercalcémie, une ingestion de liquides excessive...),

5. Certains médicaments peuvent affecter la continence :

- Les diurétiques à action rapide,
 - Les β_2 - mimétiques utilisés dans l'asthme,
 - L'acetylcholine-like ou nicotiques (tabac),
 - Ceux qui ont une action cholinergique ou parasymphatique :
 - Les médicaments contenant de l'acétylcholine : Myochol et Carbachol Collyre,
 - Le Betanechol utilisé pour stimuler la motricité du tube digestif,
 - Les médicaments contenant de la pilocarpine utilisés dans le glaucome (Isopto-Pilocarpine® Collyre) et les hyposialies (Salagen®)...
 - Les médicaments à action cholinomimétique indirecte ou anticholinestérasique comme ceux utilisés dans la maladie d'Alzheimer, de la myasthénie...
6. Comportement anxieux, mictions de précaution

Conduite à tenir devant une urgenturie :

1. Rechercher une infection urinaire (utilisation de bandelette urinaire et, en cas de résultat positif, examen cyto bactériologique des urines).
2. Rechercher une rétention urinaire soit par utilisation du bladderscan, soit par sondage aller-retour dans les 15 minutes qui suivent une miction. Chez l'adulte, le résidu est supérieur à 10 % du volume uriné, il s'agit d'une vessie qui se vide mal.
3. Chez la personne âgée, on considère qu'il existe un résidu lorsque ce volume est compris est > 20 % du volume uriné.
4. Au-delà de 400ml, il y a un risque de « vessie claquée » ; un sondage urinaire s'impose.
5. Éliminer dans la mesure du possible, les médicaments à effet cholinergique ou stimulant de la vessie.
6. La quantité de liquide produit et de boissons ingérées devrait être mesurée pendant un ou deux jours grâce à une grille mictionnelle, si le patient n'est pas trop incontinent.
7. Test thérapeutique par un traitement anticholinergique dans l'urgenturie : un traitement par anti-cholinergique peut être proposé en première intention (Recommandations ANAES 2003). Il est prescrit :
 - Après élimination d'une infection urinaire et d'une rétention urinaire ;
 - En l'absence de contre-indications à l'utilisation des anti-cholinergiques. L'oxybutynine ou la toltérodine ou le chlorure de trospium sont recommandés. La toltérodine et le chlorure de trospium sont mieux tolérés que l'oxybutynine.
8. La rééducation pelvipérinéale.
9. L'injection détrusorienne de toxine botulique.
10. La neuro-modulation sacrée ou l'électrostimulation du nerf sciatique poplité interne.
11. La tenue d'un calendrier mictionnel et de mesures éducatives peuvent être associées :
 - Répartition des boissons dans la journée,
 - Adaptation des horaires de prise des médicaments diurétiques.