



N°7 - L'incontinence urinaire d'origine neurologique chez la personne âgée

Physiologie de l'innervation neurologique vésicale

Le système nerveux sympathique assure l'innervation motrice vésicale du détrusor et du trigone. Pour le sphincter strié, la commande nerveuse se fait par les branches du nerf honteux interne.

Les centres moteurs sont situés principalement au niveau de la portion sacrée de la moelle épinière (S2-S3-S4) pour le détrusor et de D11 à L2 pour le trigone.

La sensibilité de l'urètre et de la vessie est véhiculée jusqu'au système nerveux central par les fibres qui suivent le trajet des nerfs sympathiques (D9 à L2).

Classification anatomique des vessies neurogènes

- **Vessies purement sensitives**, dont les principales causes sont le diabète sucré et le tabès,
- **Vessies purement motrices**, qui sont en général secondaires à une chirurgie extensive ou à un gros traumatisme,
- **Vessies neurogènes désinhibées** : les étiologies sont les accidents vasculaires cérébraux, les tumeurs cérébrales et les affections démyélinisantes,
- **Vessies neurologiques spastiques, réflexes ou automatiques (sclérose en plaques)** : ce type de pathologie vésicale est dû à une lésion située au-dessus de l'arc réflexe de la miction et concerne à la fois les fibres motrices et sensitives,
- **Vessies neurologiques flasques (aréflexiques ou autonomes)** : en général, ce sont les conséquences d'un traumatisme, d'une tumeur, d'une hernie discale, d'un tabès, de poliomyélite ou d'une méningocèle.

Diagnostic de l'incontinence urinaire d'origine neurogène

Il est basé sur les manœuvres urodynamiques, mais l'imagerie reste irremplaçable pour apprécier :

- Les altérations de la filière cervico-urétérale,
- Les déformations de la paroi vésicale,
- La dilatation du haut appareil.

• **L'urographie intraveineuse** apprécie le retentissement de la vessie neurologique sur le haut appareil. Elle permet de rechercher des signes de pyélonéphrite chronique, des calculs rénaux ou une hydronéphrose.

- Les clichés de la vessie renseignent sur la capacité vésicale et les signes de vessie de stase (trabéculations, diverticules, calculs).
- Les clichés permictionnels analysent le col vésical et l'urètre, apprécient le fonctionnement du sphincter strié.

• La **cystographie rétrograde** est indiquée pour la recherche d'un reflux.

• **L'échographie** analyse le haut appareil, quantifie le résidu post-mictionnel et recherche des calculs intra-vésicaux.

Traitement de l'incontinence urinaire d'origine neurogène

1) **Traitement étiologique** (après avoir éliminé une infection urinaire)

2) **Traitement spécifique des vessies spastiques (sclérose en plaque)** : les troubles mictionnels sont le plus fréquemment de type irritatif, en relation avec une hyperactivité vésicale.

• Les traitements pharmacologiques oraux de l'hyperactivité vésicale reposent sur les parasympatholytiques (ex : chlorure de tropium, Céris® ou la toltérodine, Détrusitol®).

En cas d'échec du traitement pharmacologique, les alternatives endovésicales sont :

- La toxine botulique (Schurch 2000, vanilloïdes : de Sèze 1999)
- Les techniques de neuromodulation des racines sacrées (Schmidt 1999, Bosch 2000, Amarenco 2003)

• L'alternative chirurgicale est la chirurgie d'agrandissement par patch iléal. C'est une intervention radicale et lourde qui doit tenir compte, au préalable, du terrain fragilisé par la maladie neurologique.