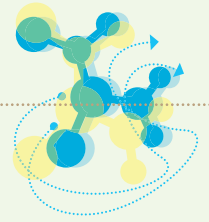




Fiche N° 8 : Vessie Distendue



Conduite à tenir en cas de troubles mictionnels secondaires à une distension vésicale, fruit de mauvaises habitudes mictionnelles.

L'interrogatoire et l'examen clinique orientent rapidement vers le diagnostic qui sera confirmé par :

- le Calendrier Mictionnel (CM)
- le Bilan Urodynamique (BUD)

Physiopathologie

- Hydratation abondante : > 1,5 litre par jour
- Fréquence mictionnelle insuffisante : plus de 2 heures entre 2 mictions le jour
- Femmes : actives, dynamiques, sensibles aux pressions médiatiques, buvant beaucoup (trop) de liquide. Ceci afin de « nettoyer, d'hydrater, de détoxifier » leur corps, voire pour des raisons diététiques dans le cadre d'un programme minceur. Les apports hydriques dépassent alors largement 1,5 litre par jour. En contre-partie ces mêmes femmes, souvent actives, ne prennent pas « le temps » d'aller uriner en conséquence.

Diagnostic

Suspecté :

- par la typologie de la patiente
- (sportive, active, hydratation importante et peu de mictions)
- par l'argument de fréquence (1/3)
- Le registre du réseau Périnice (réseau de prise en charge transversale des troubles de la statique pelvienne et de l'incontinence urinaire et/ou anale de l'adulte, du Nord-Pas-de-Calais), montre que 35 % des patientes souffrant de troubles mictionnels ont une distension vésicale avérée.

Calendrier Mictionnel CM

Il appuie le diagnostic en renseignant sur :

- les apports hydriques (AH)
- l'écart inter-mictionnel diurne (EIM)
- le nombre de levers nocturnes
- le nombre de fuites urinaires
- le nombre de protections nécessaires.

On s'attend aux résultats suivants : AH > 2 litres par 24H
et EIM > 3 Heures.

Le Bilan urodynamique BUD

Il confirme le diagnostic en montrant une vessie :

- hypercompliante :
- faible augmentation de la pression intra vésicale lors du remplissage,
- $DP < 10 \text{ cmH}_2\text{O}$ pour 300ml de remplissage
- hyposensible
- B1 et B2 ressentis tardivement
- une capacité vésicale largement augmentée
- au-delà de 400 ml

Signes associés :

- dysurie
- instabilité vésicale
- hypertonie urétrale

Conséquences de la vessie distendue :

- Hyposensibilité : la vessie ne perçoit plus le besoin mictionnel et se laisse distendre.
- Incontinence urinaire d'effort : la sensation de vessie remplie étant absente ou retardée, lors d'effort le patient ne pense pas à verrouiller l'urètre. La pression abdominale se transmet à la vessie qui fuit.
- Hypocontractilité : la vessie distendue se contracte mal et insuffisamment, ce qui induit une dysurie.
- Instabilité vésicale : une fois la vessie distendue, elle ne perçoit plus les besoins modérés B1 et moyens B2. Brutalement survient l'envie impérieuse B3 avec des contractions vésicales anarchiques qui entraînent des fuites.
- Rétention urinaire vésicale : la vessie devenant hypercompliante se laisse distendre, le détrusor distendu n'a plus la force de se contracter pour assurer la miction, d'où le diagnostic de rétention d'origine vésicale, par défaut de contractilité du détrusor et non par blocage urétral.
- Infection urinaire : par stagnation des urines dans la vessie, avec le risque de reflux par les uretères avec pyélonéphrite.
- Inconfort hypogastrique : par étirement des parois de la vessie, ou lors des mictions par hypertonie urétrale (qui a pris l'habitude de se retenir).

Traitement

Il est simple : ARV (AutoRééducation Vésicale)

Retrouver des habitudes mictionnelles et hydriques normales par l'Auto-Rééducation Vésicale (ARV)!

- Réduire les apports liquidiens à 1,5 litre par 24 heures tout compris, c'est-à-dire toutes les boissons, le thé, le café, la soupe, les tisanes, les verres d'eau pour les médicaments etc.
- Réduire l'écart mictionnel à 2 heures maximum le jour, c'est-à-dire aller uriner au moins une fois toutes les 2 heures. Ne jamais dépasser 2 heures sans uriner durant la journée, quitte à aller uriner « à la montre » sans besoin compte tenu de l'hyposensibilité vésicale.

Progressivement la vessie va reprendre son volume normal et retrouver sa sensibilité avec une perception du B1 plus précoce.

L'auto-rééducation vésicale permet à elle seule de guérir 35% des distensions vésicales sans aucun autre traitement ni médical ni chirurgical.

Eviter les erreurs thérapeutiques

- Ne pas donner d'anticholinergiques ou d'alpha-bloquants qui n'auront aucun effet.
- En cas d'incontinence urinaire d'effort sur vessie distendue, la pose d'une bandelette sous urétrale (BSU) va accentuer le phénomène de distension par blocage urétrale. C'est seulement après au moins 3 mois d'ARV, que l'on peut envisager la pose d'une BSU qui devra être trans-obturatrice car moins dysuriant.

Fiche proposée par Richard Matis, Gynécologue-obstétricien,
Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)