



Fiche N° 9 : Vessies instables hyperactives

La vessie instable est un dysfonctionnement vésical soit secondaire à une obstruction urinaire infra-vésicale (par exemple hypertrophie prostatique obstructive), soit idiopathique sans cause identifiée retrouvée. C'est le cas de la très grande majorité des personnes ayant une vessie instable. C'est une maladie principalement fonctionnelle.

L'instabilité vésicale est une cause fréquente d'incontinence urinaire chez la femme, souvent associé à l'incontinence urinaire d'effort, et la cause la plus fréquente d'incontinence urinaire chez le sujet âgé. Sa fréquence serait de 10% dans la population générale.

Physiopathologie

L'hypothèse physiopathologique actuelle, la plus généralement admise, serait l'activation prématurée du réflexe mictionnel normal. Dans ces conditions, toute contraction du détrusor ne s'accompagne cependant pas d'une fuite urinaire involontaire. En effet, ces contractions se produisent le plus souvent sur un appareil sphinctérien urétral compétent et fermé.

Toutefois l'instabilité peut être secondaire à une obstruction urinaire infra-vésicale, qui provoque initialement une hypertrophie progressive des faisceaux musculaires lisses du détrusor. Le risque avec le temps est la dégénérescence fibreuse au sein de ces faisceaux musculaires remplaçant les fibres musculaires lisses par des dépôts de collagène et de tissus fibreux. La vessie devient alors de moins en moins compliant avec diminution de la capacité vésicale fonctionnelle et une diminution de la contractibilité efficace.

Les Synonymes retrouvés dans la littérature

- vessie autonome,
- vessie désinhibée,
- vessie hypertonique,
- vessie instable,
- vessie spastique,
- incontinence urinaire par urgenturie,
- dysnergie vésicale.

Signes Cliniques

Il n'y a pas de signe pathognomonique de la vessie instable, mais plutôt un ensemble de symptômes évocateurs tels que :

- des impériosités mictionnelles spontanées ou provoquées par des stimuli (eau, froid, clé sur la porte, etc.)
- ces impériosités peuvent s'accompagner de fuites urinaires plus ou moins importantes allant de quelques gouttes à l'urination (vessie se vide complètement)
- une pollakiurie nocturne (plus d'un lever nocturne)
- une pollakiurie diurne (écart inter mictionnel inférieur à 1 h 30)
- une incontinence urinaire nocturne
- une incontinence urinaire par urgenturie (urgence mictionnelle ou mictions impérieuses)

Signes cliniques d'instabilité vésicale

- Impériosité mictionnelle et fuites à l'acmé de l'impériosité,
- Positivité des tests facilitateurs (eau froide, stress...),
- Pollakiurie nocturne et diurne,
- Enurésie nocturne.

La pollakiurie diurne et nocturne est liée à la stimulation des afférences vésicales de façon précoce alors que le volume vésical n'a pas encore atteint son seuil normal de proprioception aux alentours de 200 à 300 ml.

La vessie répond à ces afférences précoces par une miction car elle échappe au contrôle nerveux central qui a normalement une action inhibitrice. La contraction étant immédiate, il y a une miction impérieuse. Il n'y a aucune plainte douloureuse de la part du patient, contrairement à la cystite interstitielle.

Bilan Urodynamique

La cystomanométrie peut montrer une libération de l'activité contractile du détrusor, avec :

- Contractions vésicales désinhibées spontanées ou induites par différents stimuli, d'amplitude supérieure à 10 cm d'H₂O pendant 10s (ou >15 cm d'H₂O), caractérisant l'instabilité vésicale.

- Arc réflexe mictionnel désinhibé : miction non inhibée à un faible remplissage. Piège uro-dynamiques (cystomanométrie)

La vitesse de remplissage doit être constante et modérée et la température de l'eau tiède (température ambiante), sous peine de provoquer des contractions désinhibées artificielles. La pression mictionnelle est habituellement supérieure à 100 cm d'H₂O.

Causes de l'instabilité vésicale

La contraction vésicale involontaire (instabilité ou hyperactivité vésicale) peut être d'origine inconnue, ou secondaire à une anomalie neurologique (hyper-réflexivité vésicale) ou obstructive.

Causes neurologiques

- Lésions neurologiques médullaires, supra-sacrées, du tronc cérébral, encéphaliques, périphériques, et du système autonome.
- Les lésions neurologiques provoquent dyssynergie vésico-sphinctérienne et/ou hypertonie urétrale.

Causes non neurologiques de l'HAV

- Obstructions sous-cervicales
- Syndrome du « trigone tracassé »
- Irritation vésicale par tumeur ou infection vésicale...

L'instabilité est le plus souvent idiopathique, une cause obstructive organique (lésion prostatique ou sténose uréthro-cervicale) doit être recherchée. Enfin une origine psychogène est possible.

Les relations entre instabilité vésicale et instabilité urétrale sont connues. En effet, l'arrivée d'urine dans l'urètre proximal est à l'origine d'une contraction vésicale désinhibée. Ceci se voit donc en cas de col vésical incompétent.

Traitements

Les aspects thérapeutiques sont nombreux. Ils sont basés sur les traitements médicamenteux par les anticholinergiques en première intention, en l'absence de contre-indication.

En 2^e ligne après avoir fait une cystoscopie pour éliminer une épine irritative intra-vésicale, on peut proposer selon l'environnement sanitaire du patient :

- des thérapeutiques rééducatives, comportementales (entraînement vésical)
- la neuromodulation sacrée ou tibiale postérieure
- les injections détrusoriennes de Botox

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