



A. Kassouha

Dr Ammar Kassouha
Service de neurorééducation
HUG, 1211 Genève 14
ammar.kassouha@hcuge.ch

Rev Med Suisse 2015; 11 : 258

PRÉSENTATIONS CLINIQUES

Monsieur A., 42 ans, présente une hémorragie sous-arachnoïdienne et des lésions ischémiques et hémorragiques frontales suite à une rupture d'anévrisme cérébral de l'artère communicante antérieure. En plus des troubles cognitifs, il souffre aussi d'une incontinence urinaire et fécale.

Madame B., 49 ans, a une sclérose en plaques (SEP) de forme secondairement chronique progressive. Elle marche à l'aide d'un rollator. Elle se plaint d'urgences mictionnelles depuis quelques années, en aggravation, avec incontinence et infections urinaires à répétition.

Monsieur C., 75 ans, souffre d'une maladie de Parkinson et présente des urgences mictionnelles avec pollakiurie et nycturie. Suite à une bronchopneumonie, il se plaint de l'apparition récente d'une incontinence urinaire.

Quel bilan et quelle prise en charge peut-on proposer à ces patients?

COMMENTAIRE

Le contrôle neurologique de la vessie se fait au niveau du système nerveux central sur différents niveaux: cortex cérébral, noyaux de la base, tronc cérébral et moelle épinière. Les afférences sensitives et la commande motrice sont transmises par le système nerveux périphérique. Cela explique le fait que les troubles urinaires sont très fréquents en cas de pathologies neurologiques cérébrales, médullaires et périphériques. Parfois, ils sont la manifestation inaugurale de certaines pathologies, comme par exemple, l'atrophie multisystémique.

Conséquences

Les troubles urinaires et l'incontinence en particulier ont un impact majeur sur la qualité de vie et sont une cause importante de dépendance et d'institutionnalisation, notamment chez les patients ayant des séquelles d'une lésion cérébrale. Des complications urinaires, notamment rénales et infectieuses, pourraient être rencontrées lors de lésions neurologiques infra-pontiques, car l'harmonie de la miction, qui est assurée par le centre mictionnel pontique, serait altérée. Cette altération s'exprime par la

Troubles urinaires des patients neurologiques

dyssynergie vésico-sphinctérienne, qui entraîne des troubles de la vidange et un fonctionnement vésical à haute pression.

Evaluation des patients atteints

L'évaluation d'un patient neurologique présentant des troubles urinaires doit prendre en compte le fonctionnement vésical, digestif, moteur et cognitif ainsi que le traitement médicamenteux. Cette évaluation globale est utile pour détecter des causes traitables. Par exemple, dans le cas de Monsieur A., on pourrait rechercher des signes d'hydrocéphalie et, chez Monsieur C., une maladie de Parkinson insuffisamment contrôlée, une infection urinaire ou un fécalome. En fonction de la mobilité du patient, l'adaptation de l'environnement pour faciliter l'accès aux WC peut éviter que les urgences mictionnelles évoluent vers l'incontinence. L'évaluation de la capacité cognitive des patients pourrait orienter vers une approche thérapeutique visant à favoriser les mictions programmées chez ceux qui n'ont pas la capacité suffisante pour appeler un aidant à temps.

L'évaluation du fonctionnement urinaire à proprement parler nécessite une anamnèse ciblée, l'utilisation d'un catalogue mictionnel et parfois des examens complémentaires. Ces derniers sont importants en cas de vessie neurologique, secondaire à une lésion médullaire (blessés médullaires, SEP, etc.) ou lors d'at-

teintes périphériques (lésion de la queue de cheval, du plexus sacré, etc.). Ils permettent en effet d'évaluer les facteurs de risque de développement de complications et d'orienter la prise en charge.

Prise en charge

Pour traiter les symptômes urinaires comme la pollakiurie, les urgences mictionnelles et l'incontinence de type urgence, les médicaments anticholinergiques ont leur place. Cependant, l'usage de ces médicaments est fréquemment entravé par leurs effets secondaires multiples. De plus, chez les patients avec une lésion médullaire, ils peuvent entraîner une augmentation de résidu postmictionnel, ce qui peut aggraver la pollakiurie au lieu de la diminuer. Dans cette population qui recourt souvent aux autosondages pour assurer la vidange vésicale, l'injection de toxine botulique au niveau du détrusor a fait ses preuves comme traitement de l'hyperactivité de ce muscle. L'indication à la toxine a été élargie par la suite à la vessie hyperactive de toute origine, mais en utilisant des doses moins élevées pour éviter de provoquer une rétention urinaire.

Pour traiter le défaut de vidange vésicale, les médicaments sont souvent peu ou pas efficaces et l'autosondage reste le moyen thérapeutique de référence.

Implications pratiques

- ▶ Les troubles urinaires sont fréquents chez les patients avec des lésions neurologiques cérébrale, médullaire ou périphérique. Leur recherche doit faire partie de l'évaluation neurologique
- ▶ Dans les lésions cérébrales, les symptômes de la phase de remplissage dominant (pollakiurie, nycturie, urgences mictionnelles et incontinence). Ils altèrent la qualité de vie et sont une cause de dépendance et d'institutionnalisation. Le bilan et la prise en charge doivent aller au-delà d'une simple évaluation et du traitement d'un dysfonctionnement de la vessie
- ▶ En cas de lésions médullaires, en plus des symptômes de la phase de remplissage, il existe des troubles de la vidange (rétention partielle ou complète) ainsi qu'une augmentation de la pression intravésicale qui sont une source de complications et nécessitent une évaluation urinaire ainsi qu'une surveillance

Bibliographie

- Fowler CJ, Griffiths DJ. A decade of functional brain imaging applied to bladder control. *NeuroUrol Urodyn* 2010;29:49-55.
- Haab F, Amarengo G, Coloby P, et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire: adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004;14:1103-11.
- Kassouha A, Gogniat V, Vuagnat H, Meriat H, Iselin C. Démarches d'amélioration de la qualité des soins liés à l'incontinence urinaire. *Rev Med Suisse* 2013;9:2289-93.
- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012;62:1130-42.
- Nambiar A, Lucas M. Guidelines for the diagnosis and treatment of overactive bladder (OAB) and neurogenic detrusor overactivity (NDO). *NeuroUrol Urodyn* 2014; 33(Suppl. 3):S21-5.
- Schurch B. Botulinum toxin for the management of bladder dysfunction. *Drugs* 2006;66:1301-18.
- Thomas LH, Cross S, Barrett J, et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD004462.