

# **LES SYNDROMES MÉCANIQUES DE LA VESSIE**

---

*La fuite vésicale*

*La cystite et les cystalgies*

*Les prolapsus vésicaux*

### 2 - LES DIFFÉRENTS TYPES D'INCONTINENCE

C'est une des trois grandes pathologies de la vessie et nous différencierons bien sûr dans chaque cas la pathologie médicale qui sera suivie par un médecin de la pathologie mécanique que nous pourrions traiter et pour laquelle nous aurons d'excellents résultats.

L'incontinence urinaire est souvent multifactorielle et parfois complexe. Son exploration avant tout traitement doit bénéficier d'arguments cliniques et urodynamiques.

L'interrogatoire de la patiente est capital pour rechercher le mode de survenue, l'importance des fuites et surtout la gêne fonctionnelle engendrée par celles-ci. Il précise également les autres troubles urinaires éventuellement associés.

Une incontinence anale associée sera recherchée de façon systématique.

L'examen clinique recherche un prolapsus génital et la bascule de la jonction urétéro-vésicale à la toux. La fuite urinaire à la toux vessie pleine est quantifiée par la manœuvre de Bonney et le test du TVT.

La manœuvre de Bonney complète l'examen : elle consiste à mettre en place deux doigts de part et d'autre de l'urètre en refoulant la paroi vaginale vers la symphyse pubienne.

On utilise aussi la manœuvre d'Ulmsten (TVT-test : pression avec deux doigts sur l'urètre à mi-distance entre le méat urétral et le col vésical).

Lorsqu'une personne ne peut contrôler son aptitude à uriner et qu'il y a perte involontaire d'urine, on dit qu'elle souffre d'incontinence urinaire. On désigne également cette affection par le terme « fuite vésicale ».

C'est une affection très fréquente, particulièrement chez les personnes âgées. Jusqu'à 30 % des personnes âgées vivant chez elles et jusqu'à 50 % de celles qui vivent en résidences pour personnes âgées en sont atteintes. Elle touche généralement davantage les femmes que les hommes jusqu'à l'âge de 80 ans.

Nombreux sont ceux qui croient que l'incontinence urinaire fait partie du processus normal du vieillissement, alors qu'en réalité, ce n'est pas le cas. D'autres peuvent se sentir gênés de parler de cette affection à un professionnel de la santé. Pour ces raisons, de nombreuses personnes ne cherchent donc pas à se faire examiner par un médecin et n'obtiennent jamais un diagnostic et un traitement adéquat. Dans de nombreux cas, l'incontinence urinaire peut être guérie ou tout au moins réduite de façon importante.

### **A. Les causes**

La perte d'urine peut survenir pour de nombreuses raisons qui sont liées à la vessie ou au sphincter de la vessie. Même si le vieillissement lui-même n'est pas à l'origine de l'incontinence, les modifications normales qui se produisent dans les systèmes urinaires et génitaux avec l'avancement en âge facilitent l'apparition de cette affection surtout à partir de la ménopause.

Par exemple, la vessie et les muscles qui la soutiennent tendent à se relâcher avec l'âge, rendant le stockage de l'urine plus difficile. De même, de nombreux médicaments pris pour différents types de troubles (par ex. une pression artérielle élevée, une dépression) peuvent également accroître les problèmes de vessie et provoquer une incontinence.

Les infections urinaires représentent une cause fréquente de l'incontinence urinaire passagère. Parmi les autres causes de l'incontinence, on retrouve la constipation importante, le délire, la dépression, les difficultés de déplacement et le diabète.

Les facteurs de risque sont mieux connus.

- Il existe des facteurs congénitaux : les troubles de la statique pelvienne sont plus rares chez les femmes de race noire et chez les Asiatiques.
- Parmi les facteurs acquis on notera :
  - Le traumatisme obstétrical est au premier plan.
  - La chirurgie pelvienne.
  - L'hyperpression pelvienne induite par l'obésité, par une constipation ou par une toux chronique et la ménopause.

Les pertes d'élasticité du plancher pelvien du fait des grossesses et le relâchement des tissus et la pressions des organes situés au-dessus pour cause de ptoses abdominales.

Les séquelles d'opération ou de césarienne voire d'épisiotomie, ainsi que les cystites récidivantes.

## **B. Les différents types d'incontinence urinaire**

Il existe quatre types différents d'incontinence urinaire :

### **1. L'incontinence d'effort : c'est l'incontinence ostéopathique type**

L'urine jaillit brusquement lorsque la personne tousse, éternue, fait un effort ou encore rit. C'est l'incontinence de la femme jeune (les publicités sont là pour nous le rappeler !).

Toutes ces actions augmentent la pression au niveau de l'abdomen et de la vessie, provoquant l'écoulement brusque de l'urine. On retrouve cette affection le plus souvent après un affaiblissement ou un étirement des muscles qui soutiennent l'utérus et la vessie.

Divers facteurs peuvent accroître le risque d'incontinence d'effort, entre autres : un accouchement vaginal, un travail long et difficile, une opération pelvienne antérieure, l'embonpoint et les antécédents familiaux d'incontinence d'effort. D'autre part, la perte d'œstrogènes liée à la ménopause peut également entraîner l'affaiblissement du soutien du muscle pelvien et provoquer l'incontinence d'effort. En règle générale, l'incontinence d'effort ne se manifeste pas chez les hommes ; dans ce groupe, elle se produit seulement après un certain type d'opération de la prostate.

### **2. L'incontinence par regorgement**

Cette affection survient lorsque la vessie stocke plus d'urine qu'elle ne peut en contenir. Elle touche souvent les hommes âgés dont le volume de la prostate a augmenté (appelé hyperplasie bénigne de la prostate, ou HBP) ou les femmes et les hommes dont le muscle de la vessie est faible. Dans les cas d'HBP, la prostate, plus volumineuse, appuie sur l'urètre (canal partant de la vessie servant à l'écoulement de l'urine) ou comprime celui-ci et empêche l'écoulement normal de l'urine. L'urine s'accumule alors dans la vessie jusqu'à ce que la vessie devienne complètement distendue (étirée à l'excès) et laisse l'urine s'échapper.

Parmi les autres affections susceptibles de provoquer une incontinence par regorgement, on retrouve la neuropathie diabétique et la sclérose en plaques. L'HBP chronique non traitée peut finir par affaiblir le muscle de la vessie.

Si l'on ne traite pas l'incontinence par regorgement, elle peut entraîner une infection urinaire. Dans certains cas graves, la rétention urinaire représente une urgence médicale.

### 3. L'incontinence par impériosité

Également connue sous le nom de « vessie hyperactive », cette affection provoque une envie « urgente » d'uriner à cause de spasmes musculaires au niveau de la vessie. Il s'agit du type d'incontinence le plus fréquemment rencontré chez les personnes âgées. La vessie se contracte de façon spasmodique à la suite d'une infection, de calculs urinaires, d'accidents vasculaires cérébraux et de crises de démence et ces spasmes provoquent une perte d'urine.

### 4. L'incontinence fonctionnelle

Ce type d'incontinence se produit chez les personnes qui souffrent d'incontinence par impériosité, mais qui ne peuvent se rendre aux toilettes à cause d'affections comme la démence, les accidents vasculaires cérébraux ou l'immobilité.

Certaines personnes peuvent avoir une incontinence mixte, qui est une combinaison des quatre types. La combinaison la plus fréquemment rencontrée est l'incontinence mixte par impériosité et de stress. L'incontinence peut être temporaire (par ex. causée par une infection ou par la prise de certains médicaments) ou persistante (par ex. causée par un accident vasculaire cérébral ou la sclérose en plaques).

## C. Les traitements divers

On utilise les médicaments suivants pour traiter l'incontinence :

- Les antispasmodiques (l'oxybutinine, la toltérodine, la solifénacine, le trospium) aident à accroître la capacité de stockage de la vessie et à réduire les spasmes de la vessie, retardant ainsi l'envie urgente d'uriner.
- Les œstrogènes sont généralement administrés en intravaginal aux femmes souffrant d'incontinence d'effort, car ils aident à reconstruire la muqueuse des voies uro-génitales.
- Les alpha-bloquants (par ex. la térazosine, la tamsulosine) peuvent servir à faciliter l'écoulement de l'urine.

La combinaison des exercices de Kegel et du programme d'entraînement comportemental : ces deux thérapies sont parfois associées à la rétroaction biologique. De tels traitements requièrent une forte détermination et un réel engagement, mais le résultat en vaut parfois la peine.

Pour l'incontinence urinaire d'effort par hypermobilité de la jonction urétéro-vésicale lorsque l'incontinence est modérée, le traitement sera le plus souvent débuté par des séances mécaniques vésico-sphinctérienne.

Traitement de l'incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne :

Dans le cas d'une insuffisance sphinctérienne mineure associée à un autre mécanisme d'incontinence, il existe alors une place importante pour le traitement mécanique.

L'opération de la vessie : il n'existe pas de médicament pour traiter l'incontinence d'effort, mais une intervention chirurgicale simple faite en chirurgie d'un jour, peut être efficace.

Dans le cas de l'incontinence d'urgence, il est également possible de recourir à un traitement chirurgical si les médicaments ne sont pas efficaces. Il existe différents types d'interventions chirurgicales et il revient au médecin de déterminer laquelle est la mieux adaptée à chaque cas.



### 1. Préambule

Les manœuvres de Bonney et Bonney adaptées au TVT (manœuvre d'Ulmsten) ont pour objectif de simuler l'impact des principales interventions réalisées pour traiter une incontinence urinaire d'effort chez la femme.

Ces manœuvres sont (presque) une exception française, la plupart des autres pays les ayant abandonnées. En revanche, en France, les indications opératoires sont fréquemment posées en fonction du résultat de ces tests. Et pourtant... Il n'existe probablement pas deux "périnéologues" qui réalisent ces tests de manière identique.

Aucune étude n'a testé à ce jour la reproductibilité de ces tests. Dans cette fiche technique, je ne prétends donc pas décrire la manière de réaliser ces tests, mais uniquement la manière dont je les réalise.

### 2. Temps préparatoire

L'objectif vise à soutenir le col ou l'urètre moyen, sans comprimer. Idéalement et pour des conditions optimales, le test est réalisé au moment de l'examen urodynamique.

Cependant, il est bien évident qu'il peut également être pratiqué lors de la consultation.

La patiente est installée en position gynécologique. La vessie est remplie avec 200 à 250 ml.

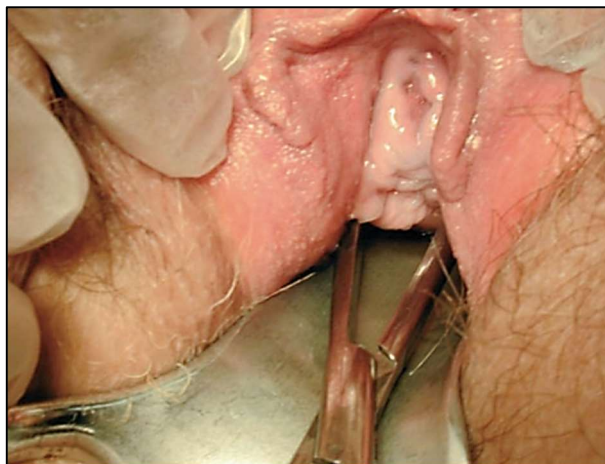
Tous les éventuels éléments de prolapsus sont réduits.

La fuite à la toux est confirmée.

### 3. Test de Bonney

Une pince languette est alors mise en place, d'abord au niveau du col de part et d'autre, bien écartée de manière à ne pas comprimer ce dernier.

La pince est simplement maintenue tandis que la patiente réalise à nouveau quelques efforts de toux.



### 4. Test de TVT ou manœuvre d'Ulmsten

Puis, la pince est descendue au niveau de l'urètre moyen et, là encore, légèrement écartée de manière à soutenir la paroi vaginale antérieure sans exercer de compression directe sur l'urètre.

**Variante** : on utilise aussi réaliser une pression avec deux doigts sur l'urètre à mi-distance entre le méat urétral et le col vésical.

Quelques efforts de toux sont à nouveau demandés à la patiente.

### 5. Résultats et analyse

- Si la manœuvre de Bonney est positive alors la manœuvre TVT sera positive (98% des cas)
- La manœuvre de Bonney peut-être négative avec une manœuvre TVT positive (fréquent)
- Lorsque la manœuvre de Bonney est positive, dans notre expérience, il est exceptionnel que les bandelettes sous-urétrales ne corrigent pas l'incontinence d'effort.
- Lorsque la manœuvre de Bonney modifiée TVT est négative – ce qui est relativement rare –, il y a peu de chances qu'une bandelette sous-urétrale soit efficace.

**Références bibliographiques** : Sevestre S, Ciofu C, Deval B, Traxer O, Amarenco G, Haab F. Results of the TVT technique in the elderly. Eur Urol 2003 ; 44 : 128-31.

### 2 - LES DIFFÉRENTS TYPES

C'est notre deuxième grande pathologie.

Ces deux types d'affection se traduisent cliniquement par des signes associés. On notera les brûlures mictionnelles, les pollakiuries (augmentation de la fréquence des mictions mais pas du volume), impériosité urinaires, douleur ou pesanteur de la région hypogastrique, hématurie (sang = danger), pyuries (pus = danger).

#### A. Sémiologie

Il existe deux types de cystites

##### 1. La cystite médicale

La symptomatologie peut en imposer pour cystite microbienne classique :

- Envie fréquente et douloureuse d'uriner (jour et nuit).
- La miction soulage la douleur qui réapparaît quand la vessie se remplit à nouveau.
- Il existe une incontinence par miction impérieuse.

La cystite correspond à une inflammation de la vessie dont on peut trouver l'origine par des examens de type ECBU qui montrent une prolifération bactérienne manifeste (*Escherichia coli*, Colibacilles, *Chlamydiae* etc...).

Dans d'autres cas on trouvera un agent causal toxique (Chimiothérapie, traitement médical au long cours) ou physique (radiothérapie).

Le traitement sera purement médical.

##### 2. La cystite interstitielle ou cystalgie

Le consensus s'est fait pour définir la cystite interstitielle par l'association de 2 types de troubles :

- La douleur et l'inconfort pelvien partant de la région sus-pubienne et irradiant vers le haut des cuisses, qui s'accroissent quand la vessie se remplit et s'améliorent après vidange vésicale.
- Pollakiurie tant diurne que nocturne (> 10 mictions /jour).
- Les mictions impérieuses sont un appoint au diagnostic, à condition qu'elles soient motivées par le souci de soulager la douleur et non par la crainte de fuites.

Le syndrome de cystite interstitielle ou syndrome de la vessie douloureuse (SVD) se définit par l'association d'un inconfort urinaire se manifestant depuis plus de 6 mois avec une douleur pelvienne sans cause précise. Son diagnostic est un diagnostic d'exclusion. Bien souvent, les malades se plaignent de douleurs ectopiques abdominales ou lombaires.

On les appelle cystite à urine claire et sont liées à une irritation mécanique de la vessie et à la région trigonale. Elles se déclenchent après les rapports sexuels, les activités sportives ou en post traumatisme du petit bassin. Elles sont réceptives au traitement ostéopathique.

Jadis considéré comme à forte prédominance féminine, le SVD est actuellement souvent observé chez l'homme, pour lequel on parlait jusque-là plutôt de prostatite chronique (PC) causant une douleur périnéale, mais aussi sus-pubienne ou scrotale, avec sensation de miction incomplète. SVD et PC se recoupent fréquemment et des passerelles existent entre eux.

## **B. Biologie**

Une infection gynécologique doit être également recherchée (Chlamydiae).

L'utilisation des protections internes peut être impliquée.

Il n'y a pas d'infection urinaire.

Une cytologie urinaire est licite.

Une cystite herpétique doit être recherchée.

## **C. Diagnostic**

La cystoscopie montre des pétéchies et des petits saignements sous-muqueux, signe pathognomonique de cette maladie.

Une biopsie vésicale est effectuée de principe.

## **D. Étiologie**

Elle reste inconnue. Les plus souvent évoquées sont :

- Infectieuses mais aucun germe ou virus n'a fait sa preuve.
- Une anomalie de la perméabilité de la muqueuse vésicale qui laisserait passer des substances toxiques pour la paroi vésicale.
- Un processus inflammatoire..... ce qui ne fait que déplacer le problème.
- Toxique.
- Auto-immune : de nombreux éléments peuvent faire penser que la cystite interstitielle est une maladie auto-immune mais le traitement basé sur cette théorie est resté sans succès.
- Psychologique mais il ne faut pas confondre cause et conséquence... une fibromyalgie doit être recherchée.
- Endocrinologique. Les symptômes de la cystite interstitielle pourraient dépendre d'un déséquilibre du rapport œstrogène/progestérone chez la femme !

## **E. Traitement**

Il combine l'hydrodistension vésicale sous anesthésie générale à des instillations endovésicales de certains médicaments comme le DMSO (diméthyl sulfiole) associé à des corticoïdes ou de l'héparine dont le but est d'abraser la muqueuse détériorée pour permettre la restauration de la muqueuse saine.

Les traitements par voie générale sont basés sur les hypothèses physiopathologiques : les antihistaminiques Atarax\* (hydroxyzine) ont une action inhibitrice des cellules mastocytes.

Certains antidépresseurs sont utilisés pour leur action vésicale anticholinergique et sédatif comme le laroxyl ou l'élavil (amitriptyline).

Atteignant dans 85 % des cas des femmes, la cystite interstitielle est une affection en pleine augmentation. A titre d'exemple, sa prévalence qui était estimée autour de 18/100 000 aux États-Unis en 1975, fluctuait ainsi dans ce pays autour de 510/100000. En 1997 ce qui correspond à 10 millions de patientes.

Pour le Dr Jean-Jacques Labat (Nantes), la maladie présente 2 formes « cette maladie correspondrait en fait à deux entités. À côté de la cystite interstitielle classique avec défaut de compli-ance vésicale en cystomanométrie, présence d'ulcères sous-muqueux et présence d'hémorragies pariétales en cystoscopie, qui évolue peu à peu vers la fibrose, il existerait ainsi une forme bien plus courante de cystite (jusque 80 % des cas) où ces signes peuvent manquer. « Cette dernière forme de cystite apparaîtrait du fait d'une hypersensibilité vésicale à la distension et semble souvent associée à une hypersensibilité plus générale à la douleur car il n'est pas rare que ces femmes présentent en parallèle une fibromyalgie, une dyspareunie ou une colite ».

Mais, on ignore encore si le passage d'une forme de cystite à l'autre est possible.

Quoi qu'il en soit, la reconnaissance de la cystite interstitielle est souvent difficile et, en pratique, il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Les éléments, qui font le mieux évoquer ce type de cystite, également dénommée « pollakiurie silencieuse ou cystalgie à urines claires », sont l'absence de germes à l'ECBU et l'absence de réelles brûlures mictionnelles, les douleurs sus-pubiennes tendant au contraire à être soulagées par les mictions. Une pollakiurie souvent importante et une nycturie (miction nocturne) accompagnent ces troubles, les malades ne parvenant plus à remplir leur vessie du fait de la douleur.

La cystoscopie pourra, si elle est pratiquée (ce qui est souvent le cas car on craint toujours une pathologie maligne), repérer des hémorragies sous-muqueuses, « mais il faut se méfier si ces lésions ne sont pas nombreuses car on peut parfois observer quelques pétéchies chez des sujets indemnes de toute cystite », a souligné le Dr Saussine. De même, le bilan urodynamique ou le test au KCl (apparition d'une douleur après instillation d'une Solution électrolytique) peuvent ne pas être évocateurs.

Le traitement repose sur l'administration de cimétidine per os, des instillations endovésicales de DMSO (diméthyle sulfoxyde), le polysulfate de pentosan sodique (Elmiron®), les instillations d'héparine, la chondroïtine sulfate ou même les injections de toxine botulique, mais il faut souvent essayer de nombreuses thérapeutiques pour espérer un résultat modeste. Dans l'expérience du Dr Labat, « 30 % des patientes sont malgré tout soulagées à 6 mois avec les instillations de DMSO qui représentent indéniablement le traitement le moins décevant ». « La suppression de certains facteurs alimentaires, que les femmes connaissent souvent bien (café, plats épicés...) apporte aussi souvent un plus ».

Toutes sortes d'hypothèses ont été proposées pour expliquer la sensibilité accrue de la paroi vésicale à la distension dans cette cystite très particulière : dysrégulation sympathique, hyperactivité mastocytaire, désordres auto-immuns, infections notamment par *Helicobacter pylori*. Toutefois, aucune de ces théories ne semble être totalement satisfaisante. Le mystère reste donc entier.





### 2 - LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATION

C'est la dernière grande pathologie concernant la vessie.

#### A. Introduction

Le pelvis, ou « petit bassin » de la femme, contient quatre organes : La vessie en avant, l'utérus et le vagin au milieu, et le rectum en arrière. Le prolapsus génital (ou « descente d'organes » dans le langage courant) est un déplacement anormal, soit d'un seul organe, soit de deux organes, soit des trois organes du pelvis vers le bas, avec, éventuellement, l'issue de cet organe à l'extérieur, à travers l'orifice vulvaire ou à travers l'anus.

#### B. Définitions

Les termes utilisés pour qualifier les différentes composantes d'un prolapsus sont les suivants :

- Cystocèle : prolapsus de la vessie.
- Hystérocèle : prolapsus de l'utérus dans son ensemble.
- Trachélocèle : prolapsus du col utérin (par exemple chez une patiente ayant subi une hystérectomie subtotalaire (ablation du seul corps utérin en laissant en place le col)).
- Rectocèle : descente du rectum dans le vagin.
- Prolapsus rectal : descente du rectum à travers l'anus.
- Élytrocèle ou hédrocèle : prolapsus du cul-de-sac de Douglas (partie la plus déclive du péritoine pelvien).
- Entérocele : prolapsus d'anses intestinales à l'intérieur d'une élytrocèle
- Colpocèle : prolapsus du fond vaginal (par exemple chez une patiente ayant subi une hystérectomie totale). Ce terme est parfois utilisé par excès pour qualifier des prolapsus de la paroi antérieure ou postérieure du vagin accompagnant une cystocèle ou une rectocèle (on parle alors de « colpocèle antérieure » ou de « colpocèle postérieure »).
- Syndrome du périnée descendant : descente anormale de l'ensemble du périnée, à la poussée abdominale.

#### C. Classifications

La classification du prolapsus en fonction de son importance se fait en trois stades, dont la définition est clinique :

- Stade I : Prolapsus n'arrivant pas jusqu'à l'orifice vulvaire, c'est encore le stade ostéopathique.
- Stade II : Prolapsus arrivant jusqu'à l'orifice vulvaire, mais ne le dépassant pas.
- Stade III : Prolapsus dépassant l'orifice vulvaire (on parle de « prolapsus extériorisé »).

Le prolapsus génital peut parfois s'accompagner d'une incontinence urinaire, mais pas toujours. (Effectivement : On peut avoir une incontinence urinaire sans prolapsus génital, et un prolapsus génital sans incontinence urinaire, les deux phénomènes étant dus à des mécanismes différents). D'ailleurs, par des phénomènes complexes, certains prolapsus peuvent « masquer » une incontinence urinaire, qui ne va apparaître qu'après le traitement chirurgical du prolapsus.

Les symptômes dépendent, en partie, de l'importance du prolapsus.

En fonction de la prédominance du prolapsus sur l'un des trois organes du pelvis, les symptômes ressentis sont les suivants :

### **1. Prolapsus vésical**

C'est une boule qui sort à l'avant du vagin avec une sensation de pesanteur et de poids dans le bassin. L'impression de devoir forcer pour uriner (dysurie). L'impression de ne pas vider complètement sa vessie, et de devoir y retourner peu de temps après avoir uriné (miction en deux temps). La nécessité d'aller uriner trop souvent (pollakiurie). Des envies pressantes d'aller uriner (impériosités), voire des fuites d'urines par impériosité. Des infections urinaires à répétition.

### **2. Prolapsus utérin**

C'est une boule rosâtre ou rougeâtre qui sort par le vagin (il s'agit du col de l'utérus, souvent irrité). Une sensation de pesanteur, de poids dans le bassin. Éventuellement : De petits saignements (si le col de l'utérus est très irrité).

### **3. Prolapsus rectal**

C'est une boule qui sort à l'arrière du vagin. Une sensation de pesanteur, de poids dans le bassin. Une constipation, parfois importante. La nécessité de devoir rentrer la boule avec le doigt pour pouvoir déféquer. L'impression de ne pas avoir complètement vidé son rectum en allant à la selle. Et rarement : une incontinence aux selles.

Ces symptômes peuvent, bien entendu, être « mêlés » entre eux en cas de prolapsus touchant deux ou trois organes.