

# ITEM 121 : TROUBLES DE LA MICTION ET INCONTINENCE URINAIRE

## GENERALITES

Cycle mictionnel normal	<p><b>Bas appareil urinaire</b> : réservoir (vessie) + conduit d'élimination (urètre) + zone sphinctérienne (sphincter lisse involontaire et strié volontaire)</p> <p><b>Rôle binaire</b> : stocker et éliminer l'urine (normal &lt; 8 mictions/jour)</p> <p><b>Cycle mictionnel</b> : alternance en phase de stockage de l'urine et phase de vidange (miction)</p> <p>Le gradient de pression entre réservoir / urètre détermine la phase du système :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Phase de stockage</b> : sphincter vésical fermé (= pression urétrale élevée) / vessie relaxée (= pression vésicale basse) = PU &gt; PV donc l'urine reste dans la vessie</li> <li>- <b>Phase de vidange</b> (miction) : vessie se contractée (= pression vésicale haute) / sphincter se relâche (= pression urétrale basse) = PV &gt; PU donc miction</li> </ul> <p>Le bas appareil urinaire assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le confort social</b> : l'urine n'est éliminée qu'à la demande quand c'est socialement adapté</li> <li>- <b>La protection des reins (sécurité)</b> : isolation des reins du milieu extérieur car l'urine est stockée à basse pression dans la vessie, ainsi pas de reflux vers les reins</li> </ul> <p>Le cycle mictionnel normal requiert une bonne coordination vessie/sphincter, assuré par l'innervation :</p>				
	Système	Nerf	Neuroméiateur	Récepteurs	Rôle
	<b>Ortho <math>\Sigma</math></b>	Hypogastrique	Noradrénaline	R. $\alpha$ 1 (col vessie) R. $\beta$ 3 (détrusor)	Fermeture du col Inhibition du détrusor
	<b>Para <math>\Sigma</math></b>	Pelvien	Acétylcholine	Muscariniques (détrusor)	Contraction du détrusor
	<b>Somatique</b>	Pudendal	Acétylcholine	Nicotinique (sphincter strié)	Contraction/relaxation du sphincter
Symptômes du bas appareil urinaire	Troubles de la phase de stockage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Incontinence urinaire</b> : fuite involontaire d'urine               <ul style="list-style-type: none"> <li>. IU d'effort : effort physique, toux, éternuement</li> <li>. IU par urgenturie : fuite accompagnée ou précédée par une urgenturie</li> <li>. IU mixte</li> </ul> </li> <li>- <b>Enurésie</b> : miction complète involontaire               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Diurne : miction complète involontaire lors d'un paroxysme émotionnel</li> <li>. Nocturne : miction complète involontaire durant le sommeil</li> </ul> </li> <li>- <b>Pollakiurie diurne</b> : augmentation du nombre de mictions par 24h : <math>\geq 8</math> en période d'éveil (pollakiurie diurne)</li> <li>- <b>Nycturie</b> : fait d'être réveillé par l'envie d'uriner. Anormal dès 1 levé si celui – ci entraîne une gêne pour le patient (difficulté à se rendormir par exemple). Deux origines pouvant coexister :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Trop d'urine produite la nuit (normalement 25 à 33% de la diurèse produite pendant le sommeil)</li> <li>. Perte de la capacité vésicale fonctionnelle à diurèse constante</li> </ul> </li> <li>- <b>Urgenturie</b> : désir soudain impérieux et irrésistible d'uriner (à l'extrême = incontinence)</li> <li>- <b>Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale</b> : survenue d'urgenturie (suffit à elle-seule pour poser le diagnostic) avec ou sans incontinence +/- pollakiurie +/- nycturie en dehors d'une infection urinaire ou d'une pathologie locale évidente (infection, tumeur de vessie ou de voisinage, calcul)</li> <li>- <b>Sensibilité vésicale</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Normale : besoin d'uriner progressivement croissant jusqu'à l'obtention d'un besoin pressant</li> <li>. Augmentée : besoin d'uriner très précoce et persistant</li> <li>. Réduite : sensation de remplissage vésical mais pas de besoin d'uriner</li> <li>. Absente : aucune sensation de remplissage ni de besoin</li> </ul> </li> </ul>			
	Troubles de la phase de vidange	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dysurie ou syndrome dysurique</b> : retard au démarrage de la miction, nécessité de poussée pour initier la miction, jet faible et/ou en arrosoir, jet interrompu, miction en plusieurs temps</li> <li>- <b>Brûlures mictionnelles</b> : brûlures ressenties dans l'urètre durant le passage de l'urine</li> </ul>			
	Trouble post-mictionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gouttes retardataires</b></li> <li>- <b>Sensation de vidange vésicale incomplète</b></li> <li>- <b>Syndrome dysurique</b></li> </ul>			
Explorations	Explorations biologiques et morphologiques du bas appareil	<i>Examen</i>	<i>Informations</i>	<i>Indications</i>	
		<b>ECBU</b>	Infection, hématurie, leucocyturie	IU par urgenturie, IU du sujet âgé, IU avec port de couches, avant BUD ou UCRM ou endoscopie, brûlures mictionnelles	
		<b>Cytodiagnostic urinaire</b>	Cellules atypique ou cancéreuse	Urgenturie, ATCD de tumeur vésicale	
		<b>GAJ, HbA1c</b>	Equilibre glycémique	Urgenturie, sd clinique d'hyperactivité vésicale, nycturie + polyurie, IU ou dysurie avec signes de neuropathie périphérique ou diabète connu,	

		<i>Examen</i>	<i>Informations</i>	<i>Indications</i>
Explorations biologiques et morphologiques du bas appareil		<b>Echographie vésicale + résidu post-mictionnel</b>	Calcul vésical ou du bas uretère, tumeur vésicale ou de voisinage, volume de la prostate, résidu post-mictionnel, épaissement de paroi vésicale +/- diverticules (vessie de lutte, obstacle sous-vésical)	IU par urgenturie, IU mixte, syndrome dysurique, brûlure mictionnelle
		<b>Urétrocystoscopie</b>	Calibre urètre, volume et forme prostate, contenu vésical, meilleur examen pour tumeur vésicale	Urgenturie en 1 <sup>ère</sup> intention si FdR de tumeur vésicale (tabac/exposition pro) ou après échec de traitement de 1 <sup>ère</sup> intention en l'absence de FdR / syndrome dysurique pour localiser obstacle
		<b>Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (URCM)</b>	Sténose de l'urètre, qualité de vidange vésicale, reflux vésico-rénal (acquisition radio de la vessie remplie de produit de contraste iodé)	Syndrome dysurique si sténose de l'urètre non franchissable par endoscopie (suspicion de fistule urinaire)
Explorations fonctionnelles du cycle mictionnel		<b>Calendrier mictionnel sur 24h</b>	Nb et volume des mictions, nb et circonstances des fuites, volume total de diurèse avec apport hydrique, répartition jour / nuit de diurèse, heure des mictions, intensité du besoin	SYSTEMATIQUE pour tous les symptômes du bas appareil Seul examen qui distingue polyurie nocturne et pollakiurie nocturne dans le dg de nycturie
		<b>Pad- test de 24h (pesée de couches)</b>	Quantité d'urine perdue par jour en gramme	Optionnel mais permet de quantifier l'incontinence
		<b>Débitmétrie</b>	Courbe en cloche : vidange rapide Débit max normal > 15 mL/s Volume uriné + résiduel doit être > 150 mL pour interpréter débitmétrie Résidu post-mictionnel pathologique si : > 15% du volume mictionnel	SYSTEMATIQUE pour le syndrome dysurique : objective et quantifie le jet faible et mauvaise vidange Utile si urgenturie (conséquence d'une obstruction sous vésicale ?)
		<b>Bilan urodynamique = Débitmétrie Cystomanométrie Sphinctérométrie</b>	- <u>Phase de remplissage</u> : pas de contraction du détrusor (cystomanométrie = pas d'augmentation de pression dans la vessie), pic de pression à la toux avec pression du détrusor constante et renforcement réflexe de la pression urétrale (pour éviter fuite), $P_{\text{détrusor max}} < 40 \text{ cmH}_2\text{O}$ - Compliance > 20 ml/cmH <sub>2</sub> O - $P_{\text{urétrale max}} = P_{\text{cloture}} = P_{\text{urétrale}} - P_{\text{vésicale}} = 110 - \text{âge} \pm 10\%$ (insuffisance sphinctérienne si diminuée) <u>Phase de miction</u> : $P_{\text{sphincter}}$ diminuée et $P_{\text{détrusor}}$ augmentée (synergie) : débit régulier + vidange complète	En 2 <sup>e</sup> intention toujours - IUE avant chirurgie sauf si IUE isolée simple de F jeune sans autre SBAU ni ATCD - IU avec contexte neurologique - IU par urgenturie avant ttt 2 <sup>ème</sup> ligne - Dysurie si difficile de connaître la cause
Examens de 3 <sup>e</sup> intention		<b>IRM cérébrale et médullaire</b> : SBAU faisant suspecter une maladie neurologique (ex : F jeune et SEP) <b>Electrophysiologie périnéale (EMG sphincter strié)</b> : syndrome dysurique ou IU dans un contexte neurologique		

## INCONTINENCE URINAIRE

Incontinence urinaire	Généralités	<p><b>Perte involontaire d'urine objectivement démontrable = déficience</b>            Altération profonde de la qualité de vie            Concerne tous les âges et les deux sexes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Femme = problème majeur de santé publique</b> (en France 3 millions de F sont concernées et la majorité de consulte pas), &gt; 15% d'IU chez F institutionnalisés, IUE jusqu'à 60 ans puis mixte</li> <li>- <b>Homme = IU est 2 à 10 fois moins fréquente</b> et souvent liée à une pathologie prostatique ou iatrogénique, IUU &gt; IU mixte et IUE</li> <li>- <b>Sujet âgé</b> = IU est plus fréquente et le plus souvent multifactorielle, <b>urgenterie fréquente &gt; mixte</b></li> </ul> <p>Parfois l'IU révèle une autre maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie neurologique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Centrale (souvent révélée par urgenterie +++): SEP, myélite, démence ...</li> <li>. Périphérique (souvent révélée par IU d'effort +++): HD compliquées, neuropathies périphériques</li> </ul> </li> <li>- Pathologies de la paroi vésicale : tumeur, calculs</li> </ul>
	Interrogatoire	<p><b>Circonstances des fuites</b> : effort, urgenterie, permanente et insensible</p> <p><b>Quantification des fuites</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire USP (Urinary Symptoms Profile) rempli par le patient : quantifie le SBAU</li> <li>- Nb d'épisodes/j et quantité, nb de protections/j</li> <li>- Calendrier mictionnel sur 2-3 jours</li> </ul> <p><b>Recherche autre dysfonction pelvienne</b> : dysfonction sexuelle, troubles anorectaux (incontinence fécale)</p>
	Clinique	<p><b>Reproduction de la fuite (pour le diagnostic clinique) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen vessie pleine en position gynécologique puis debout pour la femme, en décubitus dorsal puis debout pour l'homme</li> <li>- Test d'effort : fuite ? mobilité cervico urétrale ? effet du soutènement urétral ?</li> <li>- Test de remplissage de la vessie par une sonde (reproduit l'urgenterie)</li> <li>- Test au bleu si suspicion de fistule vésicovaginale</li> </ul> <p><b>Examen périnéal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- H = rechercher sténose méat urétral, TR pour apprécier la prostate</li> <li>- F = touchers pelviens, rechercher prolapsus</li> </ul> <p><b>Examen neurologique</b></p> <p><b>Examen des pieds</b> (creux, plats), marche, du passage talon/pointe</p> <p><b>Examen du sillon fessier</b> (recherche d'une maladie neurologique)</p> <p><b>Sensibilité périnéale au toucher</b></p> <p><b>Réflexes</b> des métamères sacrés S2-S4 : réflexe bulbo-anal et clitorido-anal (<i>lorsqu'on pince le gland, on observe et on perçoit avec un doigt intra-anal une contraction réflexe du sphincter strié anal</i>)</p>
	Retentissement	<p>Questions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directes : sur une échelle de 0 à 10 à combien estimez-vous votre gêne ?</li> <li>- Indirectes : qu'est-ce que vous aimeriez faire et que vous ne pouvez pas faire à cause des fuites ?</li> </ul> <p>Questionnaires de qualité de vie liée aux problèmes urinaires</p> <p>Rechercher les attentes du patient</p>
	Facteurs de risque/ aggravants	<p><b>Femme : 40-70 ans, IUE jusqu'à 60 ans et mixte après</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Génétique (RR x 3 si mère ou sœur incontinente)</li> <li>- Ethnie = caucasienne, non hispanique &gt; afro- américaine &gt; asiatique</li> <li>- Gynéco-obstétrique : grossesse, travail expulsif, AVB, chirurgie pelvienne, irradiation pelvienne, ménopause et carence hormonale</li> <li>- <b>Obésité+++</b> : corrélation directe entre IMC et IU. Perte de poids <math>\geq</math> 15% améliore IU et 60% de guérison si normalisation du poids (chirurgie moins efficace chez les obèses)</li> <li>- Absence d'exercice physique, sport intensif, diabète, démence et troubles cognitifs</li> <li>- Neurologique : cérébral (Parkinson, atrophie multi-systématisée, démence, AVC, SEP), médullaire (traumatisme, SEP, myélite, spina bifida), périphérique (syndrome de queue de cheval, neuropathies périphériques, chirurgie pelvienne)</li> </ul> <p><b>Homme 2-10 fois moins fréquent que la femme, IU urgenterie &gt; IU mixte et IUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age</li> <li>- SBAU associés</li> <li>- Infections urinaires</li> <li>- Démence et troubles cognitifs</li> <li>- Prostatectomie totale : amélioration dans l'année</li> <li>- Irradiation pelvienne</li> <li>- Maladie neurologique : idem que pour la femme</li> </ul>

Incontinence urinaire	Facteurs de risque/ aggravants	<p><b>Sujet âgé (&gt; 75 ans) : rechercher des facteurs non urologiques, transitoires, réversibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rétention chronique d'urine (souvent révélée par syndrome confusionnel)</li> <li>- Infection (paucisymptomatique)</li> <li>- Carence hormonale (atrophic vaginitis)</li> <li>- Médicaments : diurétiques, IEC, opiacés, sédatifs, anticholinergiques</li> <li>- Dépression</li> <li>- Endocrino : diabète, polyurie, diurétiques, excès d'apport, mobilisation, œdème</li> <li>- Sédentarité (majoration des conséquences de l'urgenterie)</li> <li>- Constipation : cause 10% des IU de sujet âgé</li> </ul>	
	Mécanisme des fuites urinaires chez la femme	Incontinence urinaire d'effort	<p>= <i>l'urètre n'oppose pas assez de résistance pour éviter la fuite</i></p> <p>= Perte involontaire à l'effort (rire, toux..), sans sensation de besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hypermobilité cervico-urétrale (HMCU)</b> : perte du tonus des tissus de l'urètre proximale, la manœuvre de soutènement du col/urètre corrige la fuite</li> <li>- <b>Insuffisance sphinctérienne (IS)</b> : la manœuvre de soutènement du col/urètre ne corrige pas la fuite</li> </ul>
			Causes
	Mécanisme des fuites urinaires chez l'homme	Incontinence urinaire par urgenterie (hyperactivité vésicale)	<p>= <i>La vessie ne se remplit pas correctement</i></p> <p>= Perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibé, pouvant survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort</p> <p>Mécanisme : contractions vésicales anormales non-inhibées = hyperactivité vésicale (excès de message afférent, diminution de l'inhibition centrale du réflexe, hyperexcitabilité du détrusor, anomalie de l'urothélium, des centres neurologiques supérieurs ou des voies efférentes au muscle)</p> <p><b>Urothélium = senseur de la vessie :</b></p> <p>Urothélium → Neuro → Détrusor Afférent Efférent</p>
			Causes
	Incontinence urinaire d'effort	<p>Lié à une <b>insuffisance sphinctérienne</b> (10x moins fréquent que la femme), essentiellement iatrogène : post-prostatectomie, cystoprostatectomie avec remplacement vésical intestinal, irradiation pelvienne, chirurgie HBP</p>	
Traitements	Incontinence urinaire d'effort <i>Cible : l'urètre</i> <b>Objectif : renforcer les résistances de l'urètre</b>	1 <sup>ère</sup> intention (F et H)	<p><b>Correction des facteurs aggravants</b> : perte de poids, œstrogénothérapie vaginale, normaliser l'apport hydrique</p> <p><b>Rééducation périnéosphinctérienne</b> (tonus du muscle principal du plancher pelvien, le levator ani)</p>
		2 <sup>e</sup> intention (F)	<p><u>HMCU prédominante</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandelettes synthétiques sous urétrales sans tension (TVT-TOT) ++</li> <li>- Colposuspension de BURCH</li> </ul> <p><u>IS prédominante légère</u> : injection d'un agent comblant sous la muqueuse urétrale</p> <p><u>IS prédominante modérée à sévère</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandelette sous urétrale synthétique sans tension par voie rétropubienne (TVT)</li> <li>- Ballons ajustables de compression péri-urétraux</li> <li>- Sphincter urinaire artificiel</li> <li>- Bandelette aponévrotique sous cervicale (avantage : pas de matériel prothétique)</li> </ul>
		2 <sup>e</sup> intention (H)	<p><u>IU légère</u> : injection d'un agent comblant sous la muqueuse urétrale</p> <p><u>IU modérée à sévère</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ballons ajustables péri-urétraux de compression</li> <li>- Bandelettes synthétiques sous urétrales compressives</li> <li>- Sphincter urinaire artificiel</li> </ul>

Incontinence urinaire	Traitements	<b>Incontinence urinaire par urgenturie</b> <i>Cible : la vessie</i> <i>Objectif : ↑capacité vésicale, ↓pression pendant remplissage</i>	1 <sup>ère</sup> intention	<b>MHD</b> : régulation des apports hydriques, œstrogénothérapie locale Rééducation périnéale = TCC, électrostimulation, exercices de contraction volontaire <b>Médicaments</b> - <b>Anticholinergiques</b> : oxybutinine, chlorure de trospium, solifénacine, darifénacine - <b>Bêta-3-agonistes</b> : mirabégron <b>TTT œstrogéniques locaux si femme ménopausée</b>
			2 <sup>e</sup> intention	Neuromodulation du nerf spinal S3 Injection toxine botulique A dans la vessie
			3 <sup>e</sup> intention	Entérocystoplastie d'agrandissement
			<b>Incontinence urinaire permanente</b>	- Fistule : PEC chirurgicale - Toute IU sévère

Au total paraclinique :

- **IU urgenturie** : ECBU + cytodiagnostics urinaire + GAJ/EAL + écho ± débitmétrie (en 1<sup>ère</sup> intention)
- **IU d'effort** : manœuvre de soutènement (EC non systématique)
- **Dysurie** : ECBU + urétrocystoscopie + GAJ/EAL (si signes neuro ou diabète) + écho + débitmétrie +/- UCRM

## TROUBLES DE LA MICTION

Troubles de la miction	Dérroulement de la miction normale	<p>Miction nécessite la coordination entre la <b>contraction du détrusor</b> et le <b>relâchement des sphincters</b> (lisse et strié), et la <b>perméabilité des voies urinaires</b> sous-jacentes (prostate, urètre, méat)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Système</th> <th>Nerf</th> <th>Neuromédiateur</th> <th>Récepteurs</th> <th>Rôle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ortho <math>\Sigma</math></b></td> <td>Hypogastrique</td> <td>Noradrénaline</td> <td>R.<math>\alpha</math>1 (col vessie) R.<math>\beta</math>3 (détrusor)</td> <td>Fermeture du col Inhibition du détrusor</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Para <math>\Sigma</math></b></td> <td>Pelvien</td> <td>Acétylcholine</td> <td>Muscariniques (détrusor)</td> <td>Contraction du détrusor</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Somatique</b></td> <td>Pudental</td> <td>Acétylcholine</td> <td>Nicotinique (sphincter strié)</td> <td>Contraction/relaxation du sphincter</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Séquence chronologique de la miction</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaxation du sphincter strié et des muscles pelviens</li> <li>- Contraction du détrusor : PV <math>\uparrow</math></li> <li>- Ouverture du col : début de la miction</li> <li>- Poursuite de contraction du détrusor</li> </ul>	Système	Nerf	Neuromédiateur	Récepteurs	Rôle	<b>Ortho <math>\Sigma</math></b>	Hypogastrique	Noradrénaline	R. $\alpha$ 1 (col vessie) R. $\beta$ 3 (détrusor)	Fermeture du col Inhibition du détrusor	<b>Para <math>\Sigma</math></b>	Pelvien	Acétylcholine	Muscariniques (détrusor)	Contraction du détrusor	<b>Somatique</b>	Pudental	Acétylcholine	Nicotinique (sphincter strié)	Contraction/relaxation du sphincter
	Système	Nerf	Neuromédiateur	Récepteurs	Rôle																	
	<b>Ortho <math>\Sigma</math></b>	Hypogastrique	Noradrénaline	R. $\alpha$ 1 (col vessie) R. $\beta$ 3 (détrusor)	Fermeture du col Inhibition du détrusor																	
	<b>Para <math>\Sigma</math></b>	Pelvien	Acétylcholine	Muscariniques (détrusor)	Contraction du détrusor																	
	<b>Somatique</b>	Pudental	Acétylcholine	Nicotinique (sphincter strié)	Contraction/relaxation du sphincter																	
	Physiopathologie des troubles de la miction	<p><b>Obstacle urétral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomique : cause pariétale (rétrécissement de la filière) ou luminale</li> <li>- Fonctionnel : les sphincters ne s'ouvrent pas</li> </ul> <p><b>Faiblesse vésicale</b> : atteinte musculaire ou neurologique</p> <p><b>Mécanisme mixte</b></p>																				
	Interrogatoire	<p><b>Recherche augmentation fréquence mictionnelle avec pollakiurie</b></p> <p><b>Rechercher ATCD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologiques : atteinte médullaire (dysnergie vésicosphinctérienne) ou périphérique (hypocontractilité)</li> <li>- Urologiques : chirurgie urétrale, infections urinaires basses, urétrite (sténose)</li> <li>- Chirurgie pelvienne : cancers pelviens, endométriose</li> </ul> <p><b>Prises médicamenteuses</b> = opioïdes, anticholinergiques, alpha-stimulant</p>																				
Clinique	<p>Inspection : aspect du méat et du périnée</p> <p>Touchers pelviens : prostate, tumeurs pelviennes, fécalome</p> <p>Rechercher globe vésical</p> <p>Sensibilité du périnée</p> <p>Calendrier mictionnel indispensable</p>																					
Examens complémentaires	<p><b>Echographie vésico-rénale avec mesure du résidu post-mictionnel (systématique)</b> : rétention vésicale, paroi vésicale, retentissement rénal</p> <p><b>Débitmétrie + mesure résidu post-mictionnel (systématique)</b></p> <p><b>Urétrocystoscopie</b> : permet de rechercher un obstacle</p> <p><b>Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle</b> : permet de mesurer la longueur d'une sténose importante / mesure résidu post-mictionnel / diagnostic d'un reflux</p> <p><b>Bilan urodynamique</b> : seul examen qui renseigne sur la contractilité vésicale, affirme une obstruction et différencie obstruction (<math>\neq</math> obstacle = perturbation pression/débit) et hypocontractilité vésicale</p>																					
Etiologies (obstruction sous vésicale)	<p><b>Causes anatomiques (H +++)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pariétales : HBP, sténose urétrale, cancer de prostate rarement, prolapsus</li> <li>- Endoluminaux : calcul vésical ou urétral (hématurie, tumeur)</li> </ul> <p><b>Causes fonctionnelles (H=F)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysnergie vésico-sphinctérienne = sphincter se contracte en même temps que la vessie</li> <li>- Hypertonies iatrogènes médicamenteuses du sphincter strié urétral et du col vésical : alpha-stimulants</li> <li>- Asynchronismes vésicosphinctériens ou vésicopérinéaux : relaxation périnéale impossible en dehors de toute pathologie neurologique = hémorroïdes, abus sexuels</li> <li>- Syndrome de Fowler (rare) : trouble de la relaxation d'origine myogène de la F jeune avec SOPK</li> <li>- Neurologique (hypocontractilité)</li> </ul>																					
Traitements	<p><b>HBP</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTT médicamenteux : alphabloquants / inhibiteur de 5-alpha-réductase</li> <li>- TTT chirurgical : RTUP, vaporisation ou énucléation laser, adénomectomie</li> </ul> <p><b>Sténose de l'urètre</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urétrotomie endoscopique</li> <li>- Uréthroplastie</li> <li>- Cancer de prostate localement avancé : résection transurétrale de désobstruction par voie endoscopique</li> </ul> <p><b>Dysnergie vésico-sphinctérienne légère</b> : alphabloquants</p> <p><b>Dysnergie vésico-sphinctérienne sévère</b> : auto-sondages propres intermittents / dérivation chirurgicale</p> <p><b>Causes médicamenteuses</b> : arrêt du médicament</p> <p><b>Syndrome de Fowler</b> : neurostimulation du nerf sacré S3</p> <p><b>Hypocontractilité vésicale</b> : auto-sondages propres intermittents</p>																					

## PROLAPSUS GENITAL

Diagnostic	<p><b>Hernie</b> des organes pelviens à travers le <b>vagin</b>.            Peut concerner :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vessie (<b>cystocèle</b>)</li> <li>- Utérus (<b>hystéroptose</b>)</li> <li>- Cul de sac de Douglas (<b>élytrocèle</b>)</li> <li>- Rectum (<b>rectocèle</b>)</li> </ul> <p>Degré d'extériorisation du prolapsus → 4 stades :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stade 1 : <b>intravaginal</b></li> <li>- Stade 2 : à l'<b>entrée</b> de la <b>vulve</b></li> <li>- Stade 3 : franchement <b>extériorisé</b></li> <li>- Stade 4 : déroulement <b>complet</b> du vagin</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic → examen clinique+++ , peu de diagnostics différentiels (kyste vaginal, fibrome de la cloison vésicovaginale).</li> <li>- La présence <b>d'ascite</b> peut aggraver un prolapsus génital → <b>écho abdo</b> fréquemment demandée mais <b>non systématique</b></li> <li>- Entraîne une <b>dysurie</b>, <b>pesanteur pelvienne</b>, sensation de boule à la vulve ou <b>dyschésie</b> (manœuvre digitale pour pouvoir uriner ou vidanger rectum)</li> </ul>
Traitement	<p><b>Uniquement si gênée par prolapsus</b></p> <p>Stade 1-2 : <b>rééducation périnéale</b> (remonte prolapsus de 2 cm au maximum), <b>pessaire</b> si échec</p> <p>Stade 3-4 : <b>pessaire en cube</b> (à mettre soi-même le matin, s'enlève le soir) ou en <b>anneau</b> (geste médical, changé régulièrement tous les <b>2 à 6 mois</b>)</p> <p>→ Si échec rééducation et/ou pessaire : chirurgie (<b>promontofixation</b>)</p>