

Stefan Holliger, Christoph Cina

Je ne peux plus uriner!

D'après un atelier à la SFD Conference 2011¹

Dans une excursion «du symptôme au diagnostic» sont présentées les possibilités du médecin de famille pour l'anamnèse, les résultats d'examen cliniques, le laboratoire et l'échographie. Elle montre ce que le médecin de famille peut faire lui-même et quand un examen et un traitement par le spécialiste sont nécessaires.

Une histoire d'homme aussi fréquente que banale?

A partir de la 30^e année les hyperplasies de la prostate (HBP) et les troubles mictionnels de l'homme augmentent de manière linéaire et la prostate augmente régulièrement de volume. Jusqu'à 80% des hommes ayant une HBP ont des symptômes d'urgence qui même après correction chirurgicale de leur trouble de la vidange vésicale persistent chez 38% par une hyperactivité du détrusor. La prévalence de la vessie hyperactive après 40 ans est en moyenne de 16,6%, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ce qui relative l'importance de la prostate en tant qu'étiologie des troubles mictionnels. L'hyperplasie prostatique a son importance dans la variabilité de l'obstacle mictionnel. Etant une glande elle est soumise à différentes situations de tuméfaction permettant d'expliquer la variabilité du jet urinaire.

Vessie hyperactive

La vessie hyperactive peut s'accompagner de symptômes dits secs ou humides. Miction impérieuse, pollakiurie et nycturie sans incontinence sont présentes dans 73% des cas. Avec symptômes humides elle se manifeste dans 37% des cas par une incontinence d'urgence et mixte. Une incontinence d'effort pure en est responsable dans 28,5% des cas. Dans une obstruction de la sortie de la vessie l'incontinence est par regorgement.

Par pollakiurie il faut entendre une fréquence mictionnelle de plus de 8 fois/24 h. Une nycturie 1–2 fois/nuit est considérée comme normale.

La paroi de la vessie est tapissée par un urothélium. La musculature lisse contient du tissu conjonctif. La partie conjonctive augmente avec le temps. Si elle est distendue la musculature est endommagée. Tout cela fait que la vessie ne récupère pas toujours même après élimination chirurgicale réussie de l'obstacle à l'écoulement.

Prostate

La prostate est une glande qui, comme déjà précisé, augmente de volume avec les années sous une constellation hormonale qui change. La séparation en 3 zones a une grande importance aussi bien pour l'examen clinique que pour l'interprétation du PSA.

La zone de transition entoure l'urètre. C'est là que se fait la croissance responsable des troubles obstructifs. La concentration de PSA y est 3 fois plus élevée que dans la zone périphérique. C'est dans cette dernière que se développe le carcinome de la prostate. La zone centrale comporte les vésicules séminales et le cordon spermatique.

La concentration plus élevée de PSA dans la zone de transition explique son ascension dans l'augmentation de volume de la prostate. C'est pour cette raison qu'un PSA élevé avec une prostate de volume normal est plus inquiétant qu'avec une prostate cliniquement normale, ferme et élastique mais agrandie.

Le pédicule vasculonerveux sensible suit le bord de la prostate, il est distendu et endommagé par l'augmentation de volume de

cette glande. Une RTU de la prostate peut nettement soulager ce pédicule et même corriger une dysfonction érectile préexistante.

Que devez-vous demander?

- Avez-vous un bon contrôle de votre vessie? Avez-vous des pertes urinaires?
- Souffrez-vous souvent d'un besoin impérieux d'uriner fort gênant?
- Devez-vous uriner plus de 8x/jour et 1x/nuit?
- Arrivez-vous aux toilettes à temps?
- Avez-vous souvent des cystites?

Que devez-vous examiner?

- Brève anamnèse générale et urologique
- Examen clinique avec status urologique
- Bref examen neurologique
- Examen d'urine (status urinaire avec culture)
- Laboratoire: potassium, créatinine, urée, PSA après 45–50 ans (en fonction de l'anamnèse familiale)
- Agenda mictionnel (liquides bus et volume mictionnel, épisodes d'incontinence sur 24 h)
- Mesure du résidu vésical

Examens complémentaires

- Résidu vésical >100 ml: autres examens recommandés
- Urodynamique avec mesure de pression intravésicale et débit-métrie urétrale
- Si hématurie/leucocyturie: autres examens nécessaires pour exclure lithiase, néoplasie ou infection

Echographie

Un examen consciencieux des troubles mictionnels d'un homme exige toujours une échographie: résidu vésical, reflux pyélocaliciel, hyperplasie du lobe médian avec surélévation du plancher vésical, calcifications grossières, volume prostatique?

Quels sont les traitements efficaces?

Les extraits d'huile de palme alcalinisent l'urine et améliorent ainsi les symptômes.

Les calcifications grossières sont la conséquence de la présence d'urine sous pression dans la prostate sous l'effet d'un obstacle à l'écoulement. Ce qui déclenche des réactions inflammatoires qui perturbent le patient.

Les α 1-récepteurs sont prioritairement localisés dans le col vésical et la prostate. Les antagonistes de ces α 1-récepteurs tels que la tamsulosine facilitent par cette voie la vidange vésicale.

Les inhibiteurs de la 5 α 1-réductase (finastéride), la prostatectomie et les opérations minimales invasives agissent sur les composantes mécaniques de l'obstacle à l'écoulement.

Les Cystofix et sondes à demeure s'utilisent chez les patients inopérables. Chez les patients relativement jeunes c'est au Cystofix qu'il faut donner la préférence. Il se change tous les 3 mois. La formation de croûtes est moins marquée avec les sondes siliconées.

Correspondance:

Dr. med. Christoph Cina
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Hauptstrasse 16, 3254 Messen
 christoph.cina[at]hin.ch

¹ Experts: Stefan Holliger, urologue; modérateur: Christoph Cina