Patricia Herzog

Les troubles vésicaux chez la jeune femme

Résumé de l'atelier de travail qui s'est tenu dans le cadre du Congrès des médecins d'Arosa 2013[1]

Percevoir, examiner, conseiller: quelles sont les possibilités du praticien, quand renvoyer le patient au spécialiste?

Incontinence d'effort

Après une rapide présentation anatomique du plancher pelvien, il a été débattu de *l'incontinence d'effort* à l'aide d'un exemple concret tiré de la pratique:
Une patiente (née en 1966, 4 accouchements spontanés, enfant le plus corpulent pesant 3500 g, candidoses récidivantes, sportive, pratique régulière de la gymnastique douce) se présente pour un contrôle gynécologique et se plaint de fuites urinaires lorsqu'elle tousse et saute.
En effet, 10-40% des femmes âgées de 35 à 64 ans sont victimes de fuites urinaires lorsqu'elles toussent, éternuent ou rient. En cas d'incontinence modérée, de telles fuites se manifestent déjà lorsqu'elles montent un escalier ou lorsqu'elles marchent; en cas d'incontinence sévère, des fuites surviennent même en l'absence d'effort physique.

Anamnèse
- Accouchements, opérations antérieures, activité physique, comorbidités (bronchite chronique, nicotine, asthme), médicaments, anamnèse sexuelle, interrogatoire concernant les selles.
- *Protocole d'absorption des liquides et des mictions:* Comportement par rapport aux boissons: 300 ml toutes les 3–4 h pendant la journée, 75% de la quantité journalière doit avoir été bue à 18 h.
- *Comportement par rapport aux mictions:* 250–300 ml par *miction*, jusqu'à 7×jour.
- *Nycturie:* pas plus d'1×/nuit.

Diagnostic
Examen génital externe, spéculum (prolapsus, texture de la peau vaginale), test à la toux vessie pleine (200 ml) en position allongée et debout. Statut neuro-urologique: sensibilité des segments S2 à S4 (segments sacrés). Statut urinaire et mesure de l'urine résiduelle.

Traitement
Le traitement dépend toujours du degré de souffrance de la patiente.
- Thérapie comportementale
- Traitement médicamenteux (œstrogènes locaux, injections de bulcamide)
- Physiothérapie (rééducation du plancher pelvien, avec ou sans électrostimulation, biofeedback)
- Dispositifs médicaux (pessaires et tampons spécifiques tels que Contrelle®)
- Traitement chirurgical (TVT=tension free vaginal tape), autres options opératoires comme par ex. la cystopexie.

[1] Conférenciers: Dr Gabriela Meier, gynécologue, Praxis Wettingen, Madame Frieda Wernli, infirmière, Kantonsspital Aarau; modérateur: Dr Claudia Zuber, médecin de famille, Othmarsingen

Vessie hyperactive, VHA (overactive bladder, OAB)

La question de la VHA a également été débattue sur la base d'un exemple parlant:
Patiente née *en 1940, mariage difficile, voyage beaucoup, travaille pour des sociétés de voyage en cars, n'arrive pas à retenir ses mictions, ce qui lui cause une grande gêne. Traitement hormonal jusqu'en 2011. Traitement des symptômes climatériques par Livial® jusqu'en 2011. Particularités supplémentaires: deux accouchements spontanés, hystérectomie vaginale en 1975, syndrome lombo-spondylogène sévère récidivant, antécédents d'abus d'alcool.*
Pollakiurie, miction impérieuse et nycturie sont les principaux symptômes de la VHA.

Causes de la VHA
- Médicaments: inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antihistaminiques, sympathomimétiques alpha, antiparkinsoniens, alpha-bloquants, béta-bloquants, anti-acides, diurétiques, anticholinergiques, antagonistes calciques, analgésiques, narcotiques, antidépresseurs, neuroleptiques, antiémétiques, psychotropes, anti-épileptiques, sédatifs.
- Troubles neurogènes (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, pathologies cérébro-vasculaires, paraplégies, démence sénile, alcoolisme).
- Lorsque les causes ne sont pas neurogènes, les diagnostics suivants doivent être envisagés: infection des voies urinaires (culture urinaire, test de résistance et le cas échéant, recherche de chlamydia par frottis urétral), atrophie génitale, descente d'organes, cystite interstitielle (cystoscopie diagnostique), corps étrangers, tumeurs de la vessie, obstructions urétrales.

Traitement
- Entraînement vésical, physiothérapie avec éventuellement électrostimulation ou biofeedback.
- Anticholinergiques: oxybutynine (Ditropan®, Lyrinel® Oros®, Kentera®); toltérodine (Détrusitol®); fésotérodine (Toviaz®); chlorure de trospium (Spasmo-Urgénine® Néo); solifénacine (Vésicare®).
- Traitements chirurgicaux, toxine botulique de type A (non remboursée par les caisses d'assurance-maladie).

En cas d'échec du traitement et de douleurs conséquentes, la patiente doit être référée un spécialiste en uro-gynécologie.

L'intégralité des supports, avec de nombreux formulaires utiles pour l'anamnèse sont accessibles via:
www.aerztekongress-arosa.ch –> Freitag –> Workshop 2013 –> WS 13.

Correspondance:
Dr Patricia Herzog
Schönbühlstrasse 5a
5442 Fislisbach
patriciaherzog[at]hispeed.ch