



LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA VESSIE HYPERACTIVE : PRISE EN CHARGE PRATIQUE DU PATIENT



Annie Lessard
Urologue CSSSRY

15 janvier 2018

Incontinence urinaire



"Hello, incontinence helpline - can you hold?"



Conflit d'intérêts

- AUCUN
- 



Objectifs

1. Identifier les principaux symptômes de l'hyperactivité vésicale (HV) et reconnaître les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement;
 2. Distinguer entre les différents types d'HV et différencier les classes et les agents individuels ;
 3. Personnaliser et initier un traitement approprié en fonction des besoins du patient et des options thérapeutique offertes.
- 

Hyperactivité vésicale (HV) : définition clinique

L'International Continence Society (ICS) définit l'HV comme :
« *une impériosité, avec ou sans incontinence d'urgence, habituellement accompagnée de pollakiurie et de nycturie* »

Principaux symptômes :

Impériosité : Envie soudaine et intense d'uriner, qu'il est difficile de réprimer

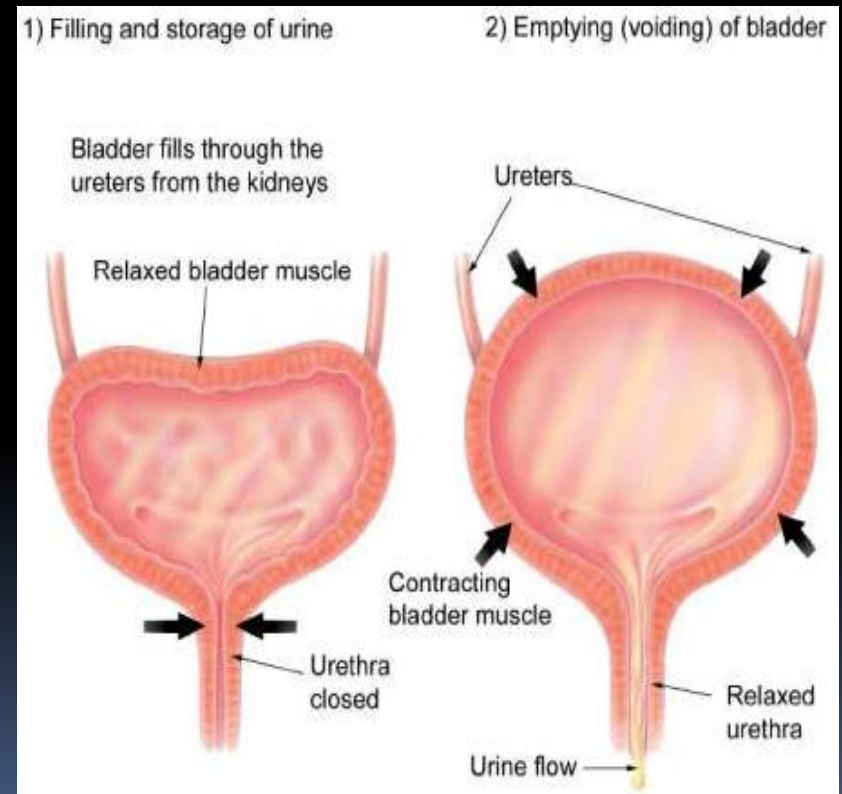
Pollakiurie : Besoin d'uriner fréquemment

Incontinence d'urgence : Perte involontaire d'urine, précédée d'impériosité

Nycturie : Besoin de se lever au moins une fois par nuit pour uriner

Un peu de physiologie...

- La fonction vésicale optimale est obtenue s'il y a:
 - Un remplissage vésical optimal
 - Continence
 - Des mictions volontaires et complètes
- Le tout doit se faire à basse pression



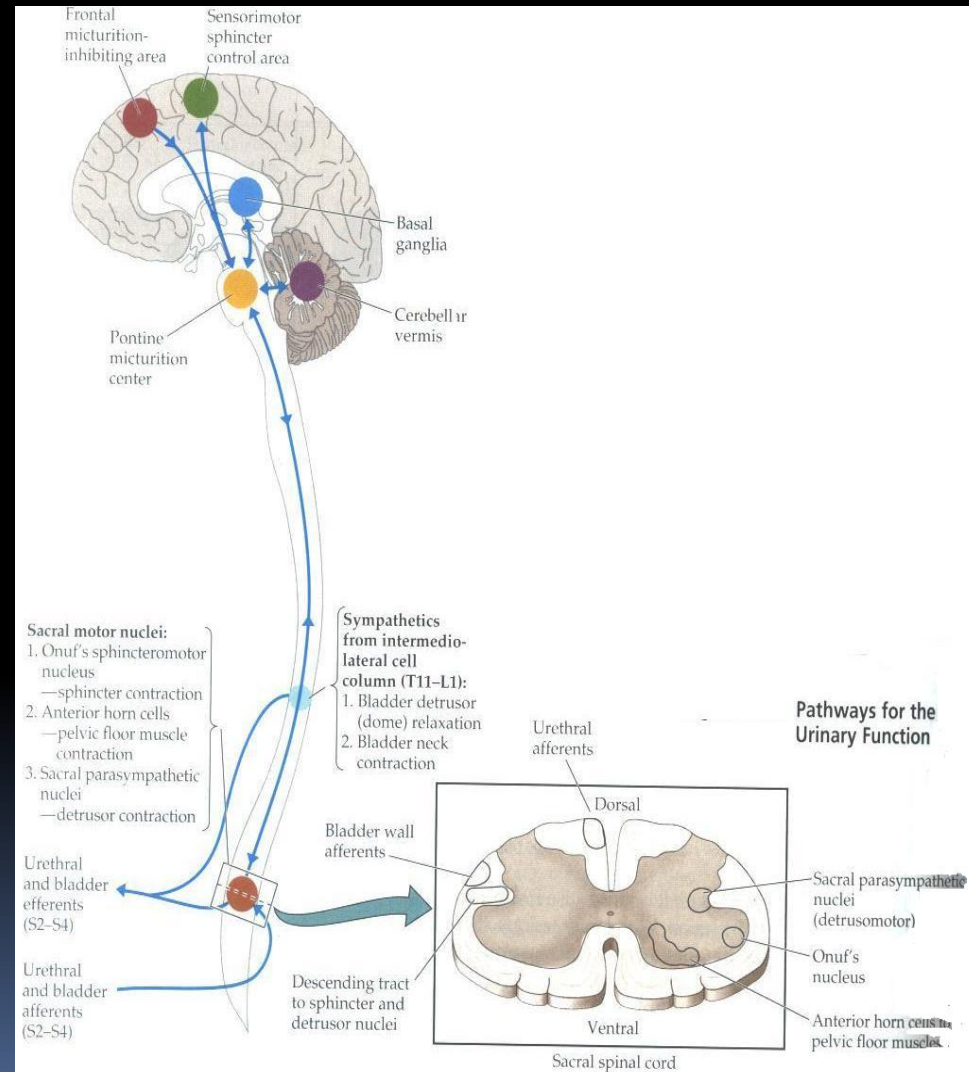
Classification fonctionnelle

- *Trouble du remplissage*
 - vessie
 - «outlet»
- *Trouble de la vidange*
 - vessie
 - «outlet»



Rappel anatomique

- Cortex: lobe frontal
contrôle volontaire
(facilitation vs.
inhibition)
- Centre protubérentiel:
Synchronisation
/synergie de la miction



L'innervation neurologique et le réflexe de miction

Myrbetriq
(agoniste)

NE

SYMPATHIQUE (bêta)

- Présente dans toute la vessie, de façon plus dense au niveau du dôme et moins dense au niveau du trigone.

PARASYMPATHIQUE (cholinergique)

- Présente dans le « corps », le trigone et le col de la vessie.

Anti-muscariniques
(antagoniste)

Ach

Récepteur M_2/M_3
muscarinique

(Relâchement)

Muscle lisse de la vessie
(détrusor)

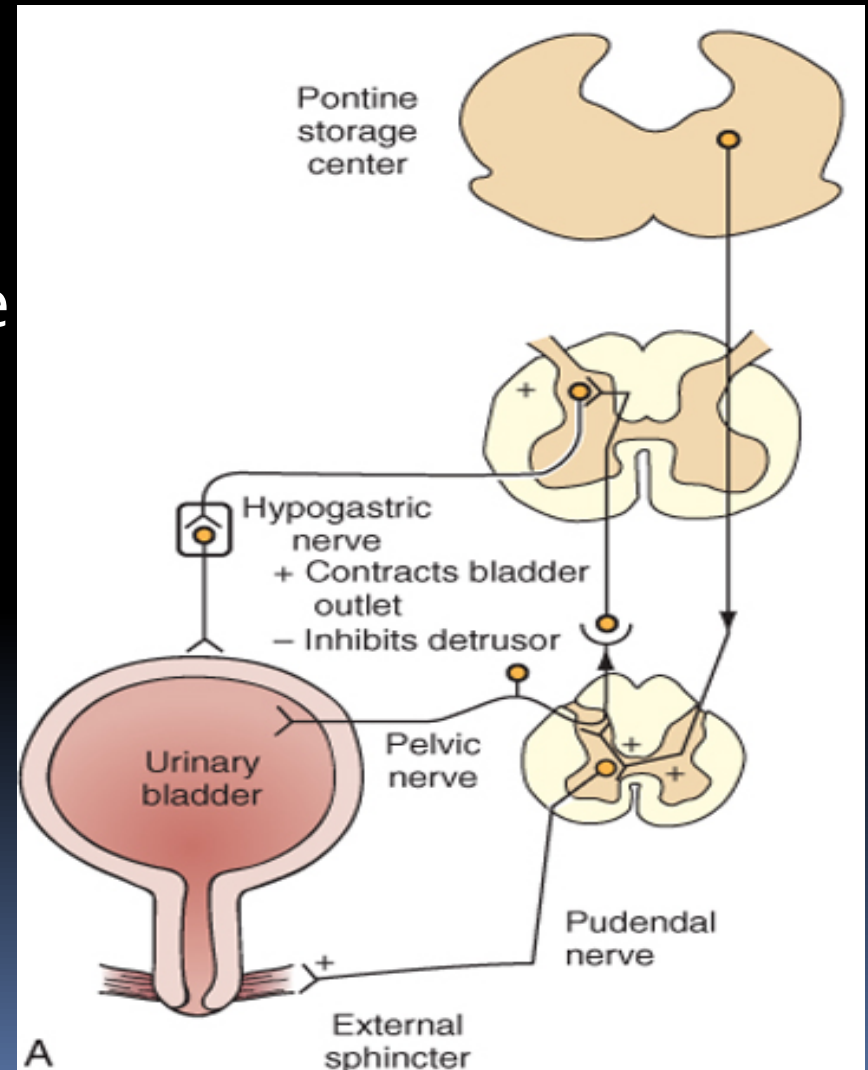
(Contraction)

Physiologie

Remplissage:

-Afférences vésicales qui stimulent le centre lombaire et le nerf honteux

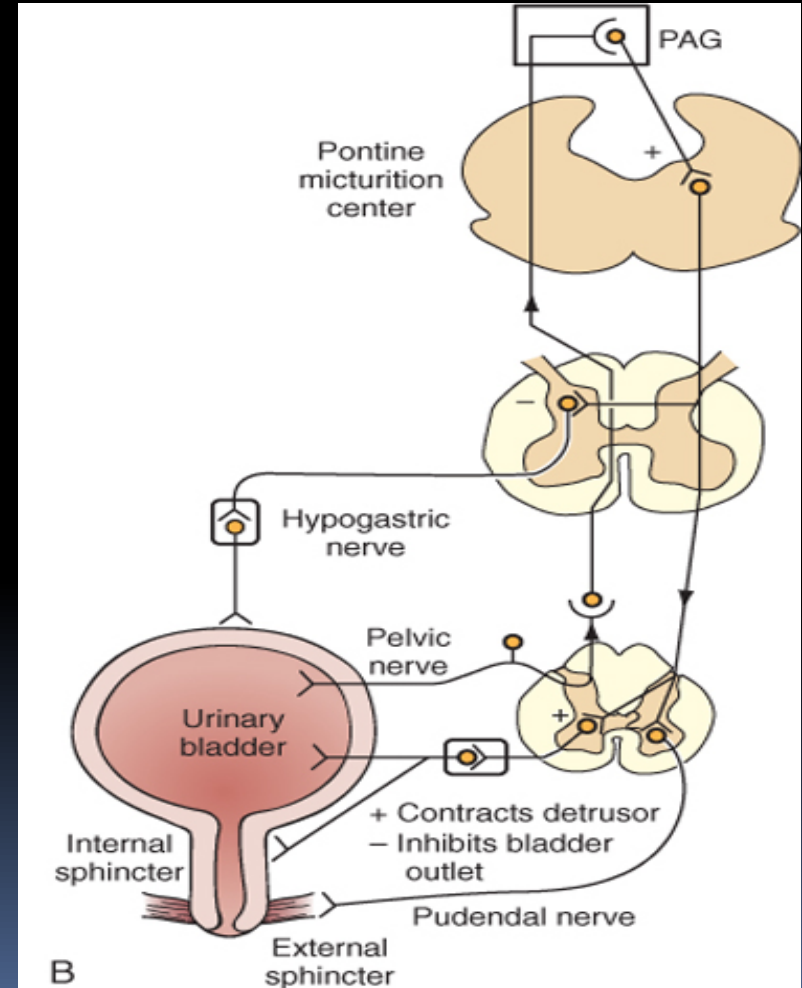
- ✓ Activation du système sympathique
- ✓ Inhibition du système parasympathique= détrusor au repos
- ✓ Activation somatique= sphincter fermé



Physiologie

■ Miction (vidange)

- Afférences de la vessie jusqu'au pont, ce qui inhibe les réflexes d'entreposage
- La protubérance stimule la voie parasympathique
 - Inhibition d'action sympathique= contraction détrusor
 - Inhibition de l'activité du nerf honteux= ouverture du sphincter



Types d'incontinence

- Transitoire
- Par regorgement/ trop plein
- D'urgence
- A l'effort (stress)
- Mixte



- Tout est dans le questionnement du ou de la pte !!
 - Attention à ces sx:
 - Sensation de vidange incomplète
 - Doit forcer pour uriner
 - Urgence mictionnelle seulement le matin

Incontinence urinaire transitoire

■ DIAPERS

- Délirium/confusion
- Infection
- Atrophie urétrale/vaginale
- Pharmaco
- Excès d'urine (soluté, ↑glyc, i♥)
- Réduction de la mobilité
- Selle/constipation

Causes d'incontinence de regorgement ou par trop plein

- Post-op/ Immobilité
- Obstruction infra-vésicale
 - Prolapsus important ♀
 - HBP ♂
 - Sténose urétrale ♂
- Dysfct vésicale (hypocontractilité)
 - Diabète
 - Lésions moelle sacrée + périph
 - Myélodysplasie
 - DHIC = Detrusor hyperactivity impaired contractility
 - Décompensation vésicale/ Surdistension
- Médicaments
 - Anti-cholinergiques
 - Anti-dépresseurs tricycliques (Ex: Imipramine)
 - Anti-psychotiques
 - Anti-parkinsoniens
 - Narcotiques



Types d'incontinence

- Incontinence d'effort
 - Incontinence d'urgence
 - Incontinence mixte
- 

Diagnostic

- Questionnaire PRIMORDIAL
 - ATCD
 - Durée
 - Urgence
 - Fréquence, sévérité
 - Nycturie
 - Atteinte QOL (questionnaires)
 - Questionnaire validé chez l'homme (IPSS)
 - Qté liquide, timing (HS), irritants ?



Diagnostic de l'HV

Examen physique du patient

- Abdomen
- Examen vaginal
- +/- Rectum
- +/- Examen neuro focalisé

Tests de laboratoire

- **Analyse d'urine**
 - Bâtonnet
 - Culture
- **Bilan sanguin PRN**
 - Glucose
 - Électrolytes, créat
 - Antigène spécifique de la prostate (PSA) chez les hommes

Calendrier mictionnel

1000000



FROM BATHROOM
TO
EMERGENCY ROOM?



HMA: Négatifs pertinents

Aucune hématurie macro

Aucune dysurie

Ne ressent pas de « boule vaginale »

Pas de dyspareunie

Ne doit pas forcer pour vider la vessie

Aucun symptôme neurologique

L'HV dans la population masculine

- L'HV masculine est souvent associée à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)
 - 2° modifications de la vessie
- L'HV coexiste svt avec les sx d'atteinte des voies urinaires inférieures
 - svt tx par un alpha-bloquant
 - L'HV persiste svt malgré le tx de l'obstruction infra-vésicale
- Il reste difficile de distinguer les symptômes attribués à :
 - une hyperactivité du detrusor
 - une obstruction de infra-vésicale 2° HBP

Lee JL et al. *BJU Int.* 2004;94:817-820.

Kaplan SA, et al. *J Urol* 2005; 174:2273-2276.

Lee K-S, et al. *J Urol* 2005; 174:1334-1338.

Chapple CR, et al. *Eur Urol* 2009; 56:534-543.

Athanasopoulos A et al. *J Urol* 2003; 169:2253-6

Abrams P et al. *J Urol* 2006; 175:999-1004.

Kaplan SA, et al. *JAMA* 2006; 296:2319-2328.

Chevauchement des symptômes d'obstruction infra-vésicale et d'HV

- L'incidence de l'OIV et de l'HV augmente avec l'âge chez les hommes sans qu'une relation bien définie ait été établie
- Jusqu'à 40 % des hommes présentant une OIV continuent à souffrir d'HV après la correction chirurgicale de leur obstruction
- Une hyperactivité du detrusor et des symptômes d'HV peuvent accompagner une OIV ou lui être secondaire

Chevauchement des sx d'OIV et d'HV

- L'association d'un anti-cholinergique à un alpha-bloquant est bénéfique aux pts présentant des sx d'OIV liés à une HBP
 - Innocuité à long terme ?
 - Crainte d'une rétention urinaire ?

Lee JL et al. *BJU Int.* 2004;94:817-820.
Kaplan SA, et al. *J Urol* 2005; 174:2273-2276.
Lee K-S, et al. *J Urol* 2005; 174:1334-1338.
Chapple CR, et al. *Eur Urol* 2009; 56:534-543.

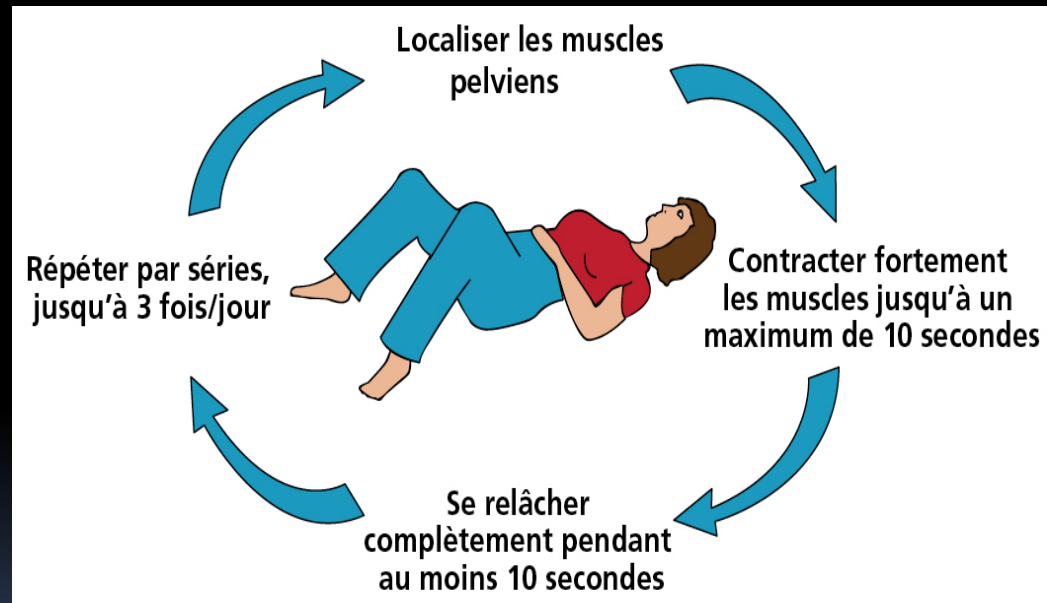
Athanasopoulos A et al. *J Urol* 2003; 169:2253-6
Abrams P et al. *J Urol* 2006; 175:999-1004.
Kaplan SA, et al. *JAMA* 2006; 296:2319-2328.

Stratégies de prise en charge : traitement conservateur

- Prise en charge initiale ¹
 - Traitement conservateur :
 - Perte de poids
 - Abandon du tabac
 - Diète / Habitudes de vie:
 - ↓ consommation de caféine
 - ↓ apport hydrique
 - ↓ consommation d'alcool
 - Modification de l'alimentation (éviter constipation)
- } et ``timing``

Stratégies de prise en charge : thérapies comportementales

- Exercices de Kegel et biofeedback (physiotx périnéale)
- Miction horaire
- Rééducation vésicale



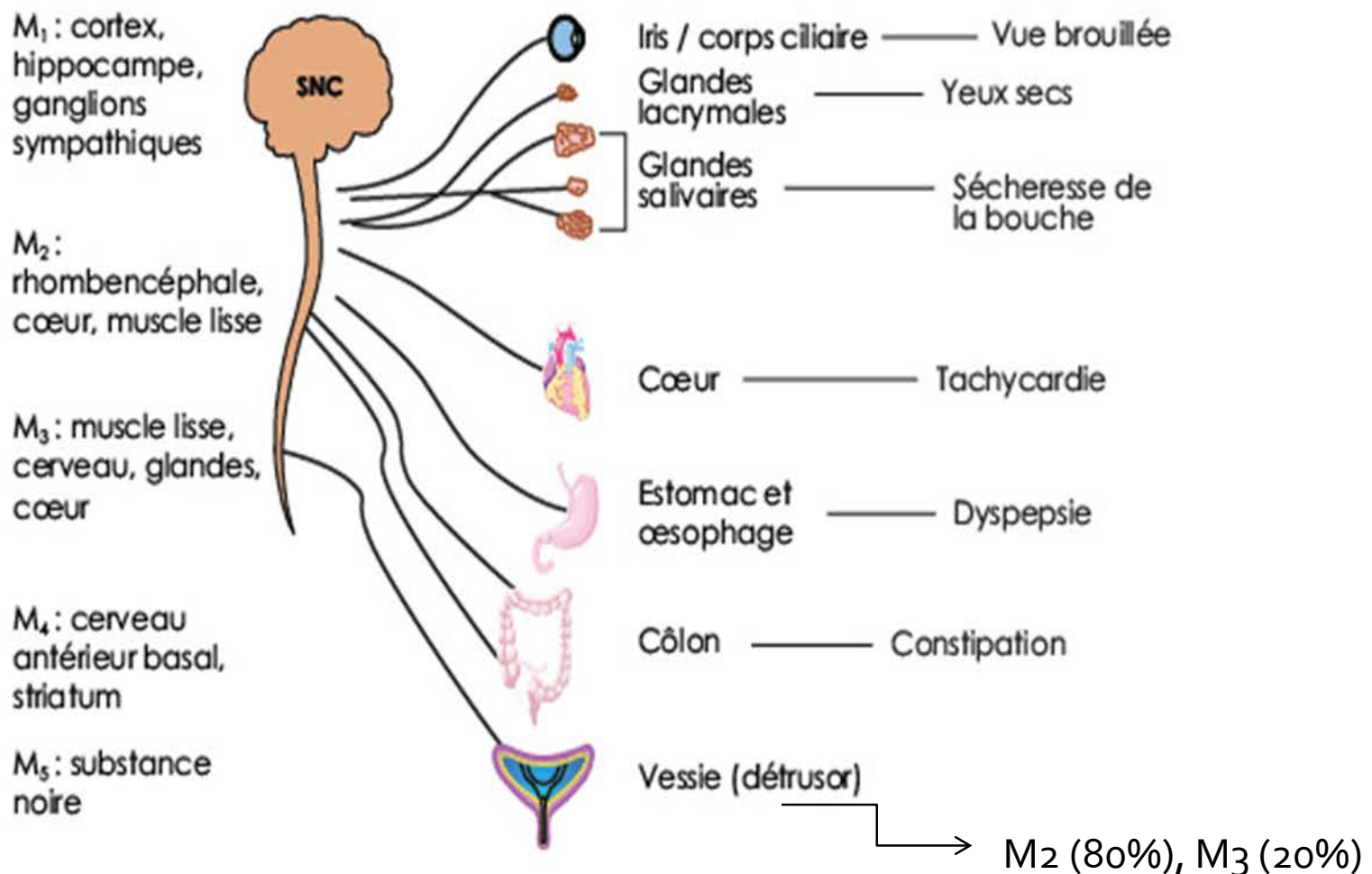
Stratégies de prise en charge :

traitement pharmacologique

Les agents anti-muscariniques

- Offrent une ↓ médiane des sx d'HV comprise entre 70 et 80 %
- Tous les anti-muscariniques indiqués dans l'HV ont un niveau d'évidence prouvé (niveau 1, grade A) tel qu'évalué par une comité d'experts l'International Consultation on Incontinence (ICI).
- Les anti-muscariniques agissent sur les sous-types de récepteurs muscariniques responsables de la contraction du detrusor de la vessie, mais sont également actifs sur les récepteurs similaires situés partout dans l'organisme

Agents anti-muscariniques : effets secondaires



Anti-cholinergiques

Contre-indications

- Contre-indications ABSOLUES :
 - rétention urinaire
 - rétention gastrique
 - glaucome à angle étroit non maîtrisé
 - dialyse
- Contre-indications RELATIVES:
 - glaucome à angle étroit maîtrisé
 - ralentissement de la motilité GI
 - obstruction de la vessie (ex. HBP)
 - interactions médicamenteuses
 - patients âgés

Agents anti-muscariniques en 2018

- Tx 1ère intention:

- Oxybutinine IR générique (Ditropan)

- Tx 2e intention:

- Oxybutinine ER Ditropan XL GU 32
- Oxybutinine ER Uromax GU 32
- Oxybutinine TDS Oxytrol GU 32
- Oxybutinine Gel Gelnique non RAMQ
- Toltérodine IR Detrol
- Toltérodine ER Detrol LA
- Darifénacine Enablex non RAMQ
- Solifénacine Vésicare GU 33
- Trospium Trosec GU 33
- Fésotérodine Toviaz GU 33
- Propiverine Mictocryl non RAMQ

Agents antimuscariniques

Nom générique	Chlorure oxybutinine LI	Chlorure oxybutinine LP ou LC	Féso-térodine LP	L-tartrate de toltérodine LP	Succinate de solifénacine	Chlorure de trospium	Darifénacine
Nom de marque	Ditropan	Ditropan XL Uromax	Toviaz	Detrol LA	Vesicare	Trosec	Enablex
Spécificité vésicale	Aucune	Aucune	Modérée	Modérée	Élevée	Aucune	Modérée
Sélectivité muscarinique M3	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
Présentations	Comprimés à 5 mg ou sirop à 1 mg/ml	Comprimés à 5 et 10 mg (15 mg pr uromax)	Comprimés à 4 ou 8 mg	Gélules à 2 et 4 mg	Comprimés à 5 et 10 mg	Comprimés à 20 mg	Comprimés à 7,5 et 15 mg
Posologie	Un co à 5 mg ou 1c. (5 mL) de sirop BID ou TID (max. QID si bien toléré)	5 ou 10 mg ID (jusqu'à 30 mg ID si bien toléré)	4 ou 8 mg ID	4 mg ID (peut être réduit à 2 mg ID si non toléré)	5 ou 10 mg ID	20 mg BID (au moins 1 h avant les repas ou avec l'estomac vide)	7,5 ou 15 mg ID

Monographies de produit respectives; Hashim H et al, *Drugs* 2004;64(15):1643-1656.; Chapple CR et al. *BJU Int.* 2006;98(suppl 1):78-87.

Mécanisme d'action

Les agonistes des récepteurs β_3 provoquent un relâchement du détrusor lors de la phase de remplissage.

- Capacité d'étirement accrue du dôme de la vessie = $\uparrow$ capacité vésicale



Anti-muscariniques :

- L'activité des récepteurs cholinergiques est inhibée = $\downarrow$ contraction du détrusor.



Mirabegron-Myrbétriq

**Le mirabegron est un agoniste
des récepteurs β_3 adrénergiques (AR)**

**25 mg
une fois
par jour**



En fonction de l'efficacité et de la tolérabilité pour chaque patient considéré individuellement, la dose peut être portée à 50 mg une fois par jour, soit la dose maximum recommandée

**50 mg
une fois
par jour**

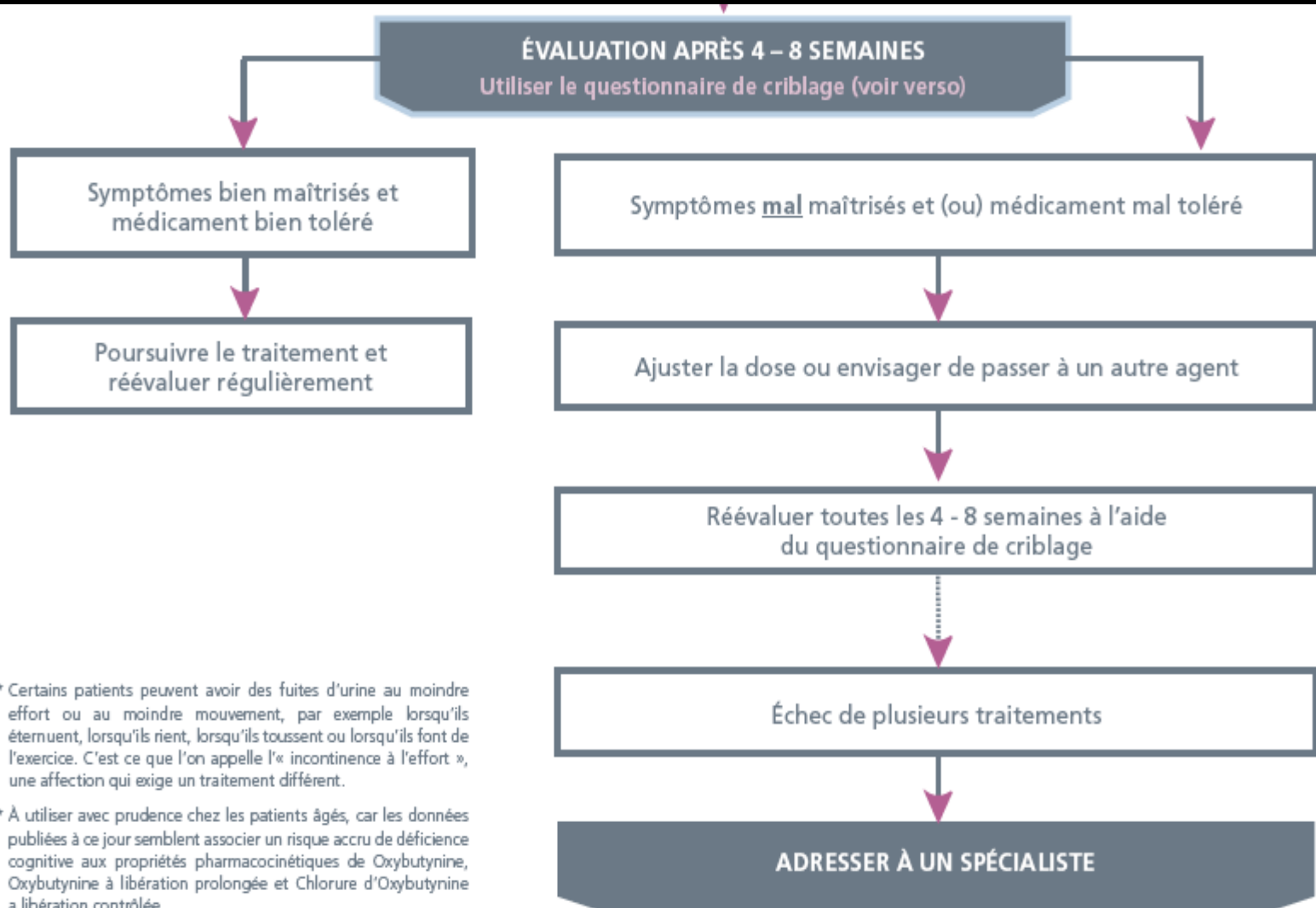


Agoniste β_3 adrénergiques (AR)

Contre-indications

- Femmes enceintes
- Enfants
- Patients souffrant
 - d'une insuffisance rénale au stade terminal
 - d'une insuffisance hépatique grave
- Patients atteints HTA grave non contrôlée:
TAS $\geq$ 180 mm Hg ou
TAD $\geq$ 110 mm Hg

ALGORITHME THÉRAPEUTIQUE SUGGÉRÉ POUR L'HV



Quand référer ?

Nécessité d'évaluation supplémentaire:

- Atcd:
 - Chx anti-incontinence
 - Chx pelvienne
 - Irradiation pelvienne
- Affection neurologique
- Possibilité de fistule
- Hématurie en l'absence d'infection
- Dx incertain
- Échec au tx
- Sx persistants de difficulté mictionnelle
- RPM ↑

Tx vessie hyperactive réfractaire

- Tx pharmaco combiné
- Botox intra-détrusor
- Neuro-modulation des racines sacrées
- Entérocystoplastie d'augmentation
(surtout chez les enfants ou vessie neuro)

Tx VH réfractaire

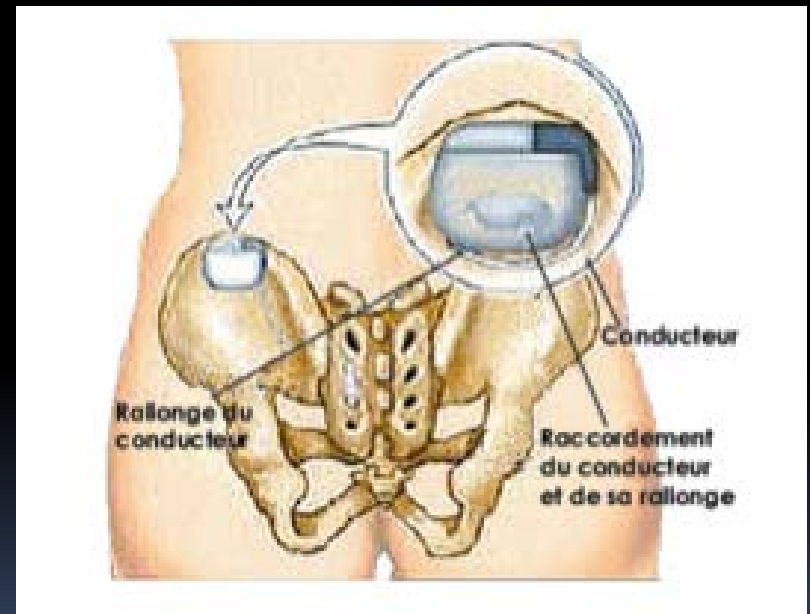
- Botox intra-détrusorien
 - Innervations efférentes et somatiques
 - Réduction de l'incontinence de 40 à 80%
 - Produit par *Clostridium botulinum*
 - **7 sous types, BoNT A est le plus efficace**
 - Durée 6-9 mois
 - Risques:
 - Infection
 - Rétention (ad 5%)



Tx VH réfractaire

Neuro-modulation des racines sacrées

Taux de guérison 40%

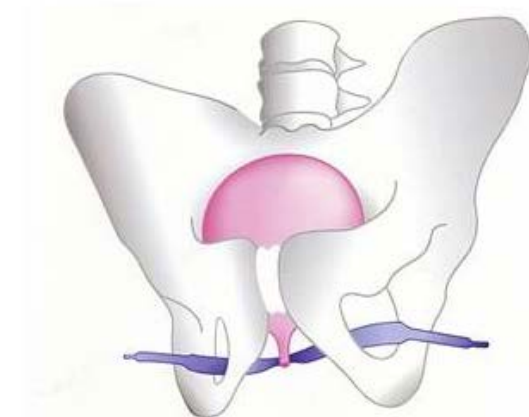
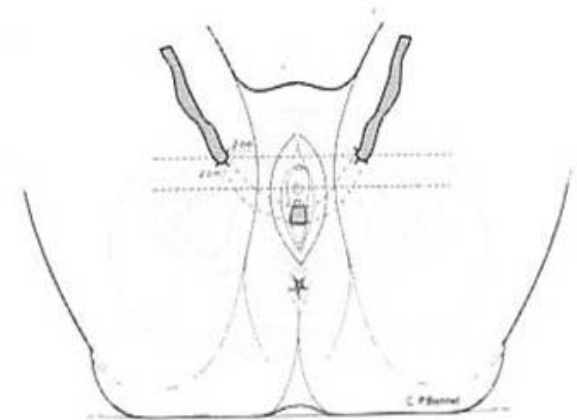


Urétropexie par bandelette

Tx incontinence d'effort

Bandelette synthétique
donnant un support sous
urétral

- TOT
- TVTO
- TVT





Merci

QUESTIONS ?