

Troubles de la miction

Orientation diagnostique

Pr Frédéric Staerman

Département d'urologie-andrologie, centre hospitalier universitaire, hôpital Robert-Debré, 51092 Reims.

fstaerman@chu-reims.fr

Objectifs

- **Devant un trouble de la miction, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

DÉFINITIONS

Une miction normale se définit par l'évacuation volontaire, rapide, sans douleur, sans effort de l'urine, et précédée d'un besoin. Elle nécessite des voies urinaires perméables et une coordination entre la contraction du détrusor et le relâchement sphinctérien.

Les troubles mictionnels concernent une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques de la miction normale. C'est un motif très fréquent de consultation qui concerne, à des degrés divers, deux tiers des hommes et femmes de plus de 40 ans. La prévalence croît de façon linéaire avec l'âge.

La classification internationale des troubles mictionnels (2002) comporte des symptômes liés :

- au stockage (les plus fréquents) : pollakiurie diurne, nycturie (pollakiurie nocturne), impériosités ou urgenturie, incontinence par impériosités ;
- à la vidange vésicale : faiblesse du jet, dysurie d'attente ou de poussée, miction en plusieurs temps ;
- post-mictionnels : sensation de vidange incomplète, gouttes retardataires.

L'interrogatoire joue un rôle prépondérant dans l'orientation diagnostique d'un trouble de la miction souvent mal exprimé par le patient. Il convient dans un premier temps de caractériser précisément le trouble mictionnel, de rechercher les signes associés, mictionnels ou non, avant d'évoquer les hypothèses diagnostiques.

SYMPTÔMES LIÉS AU STOCKAGE (irritatifs)

Définitions

✓ **La pollakiurie** se définit par l'augmentation du nombre des mictions, qui peut être diurne, nocturne (nycturie) ou les deux.

La pollakiurie diurne isolée oriente essentiellement vers un trouble fonctionnel comportemental soit réflexe dans certaines situations de précaution, en particulier chez les femmes incontinentes

d'effort, sensoriel (froid, vue, audition ou contact de l'eau, etc.). Associée à la nycturie, elle oriente vers une cause organique.

✓ **La nycturie** correspond à la nécessité de se lever la nuit pour uriner et s'évalue en nombre de levers. C'est le symptôme le plus gênant des troubles mictionnels car il perturbe le cycle du sommeil et les activités diurnes. Il est aussi le plus fréquent et concerne 25 (2 levers nocturnes au moins) à 50 % de la population de plus de 18 ans (≥ 1 lever nocturne). Sa prévalence augmente avec l'âge (≥ 2 levers pour 35 % des hommes après 75 ans) et est identique chez l'homme et la femme.

✓ **Les impériosités ou urgenturie** sont des symptômes fonctionnels se traduisant par un besoin mictionnel soudain et non inhibable qui peut s'accompagner de pertes d'urine involontaires. Sa prévalence est de 10 % dans la population de plus de 18 ans, également répartie entre hommes et femmes.

Il se différencie de l'hyperactivité vésicale qui est une définition urodynamique.

✓ **Les conséquences** de la pollakiurie sont :

– en l'absence d'hyperactivité vésicale, le seul retentissement est l'inconfort avec parfois néanmoins des répercussions importantes sur la vie quotidienne notamment en cas d'interruption répétée du sommeil ;

– en présence d'une hyperactivité vésicale, un retentissement sur le haut appareil urinaire est un risque évolutif d'autant plus important que les contractions vésicales sont fréquentes et élevées en pression.

✓ **Au niveau physiopathologique**, 3 situations différentes peuvent être rencontrées :

- diminution du volume des mictions (+++) par présence d'urine résiduelle ou hyperactivité du détrusor (contractions involontaires) ;
- surproduction d'urine le jour et la nuit (polyurie) ;
- surproduction d'urine uniquement la nuit.

Interrogatoire

La pollakiurie s'évalue en délai horaire entre deux mictions le jour (pollakiurie si < 2 heures) ou en nombre de levers nocturnes (nycturie si > 1/nuit). L'établissement par le patient d'un calendrier mictionnel sur plusieurs jours précisant le nombre et l'heure des mictions diurnes et nocturnes ainsi que leur volume sera plus objectif.

Il faut toujours rechercher d'autres troubles mictionnels associés, préciser les antécédents notamment neurologiques qui peuvent être à l'origine d'une hyperactivité vésicale (sclérose en plaques, traumatisme médullaire, accident vasculaire cérébral) et s'enquérir de troubles sexuels (érectiles, troubles de l'éjaculation) ou rectaux pouvant orienter vers une étiologie neurologique.

Examen clinique

Il recherche la présence d'un globe par la palpation abdominale après miction, d'un obstacle prostatique au toucher rectal, d'une masse gynécologique au toucher vaginal. Il est complété par un testing des releveurs chez la femme ainsi qu'un examen neurologique succinct du périnée à la recherche d'une anesthésie en selle (syndrome de la queue de cheval), d'une hypotonie anale ou de l'abolition du réflexe bulbo-anal (S3), d'une modification des réflexes ostéo-tendineux achilléen (S1) ou rotulien (L4).

Examens complémentaires pertinents

1. De première intention

Ce sont :

- un ECBU (examen cyto-bactériologique des urines) ± recherche de bacille de Koch (BK) s'il existe une leucocyturie sans germes. L'infection est la première cause de pollakiurie ;
- une radiographie d'ASP de face + échographie abdomino-pelvienne qui recherchent une lithiase vésicale ou de l'uretère pelvien juxta-méatique, une tumeur vésicale, un résidu post-mictionnel et/ou un retentissement sur le haut appareil urinaire (dilatation des cavités).

2. De deuxième intention

Ce sont :

- une cytologie urinaire qui peut orienter vers un carcinome vésical in situ ;
- une cystomanométrie : partie intégrante de l'exploration urodynamique, elle permet d'objectiver une hyperactivité vésicale en montrant des contractions désinhibées lors du remplissage, des sensations de besoin plus précoces et/ou une capacité vésicale fonctionnelle abaissée ;
- une fibroscopie vésicale en dernier recours si les autres explorations n'ont pas permis de retrouver une étiologie.

Principales hypothèses diagnostiques (fig. 1)

1. Nycturie isolée

Ce sont :

- des troubles du sommeil ;
- une inversion de diurèse par perturbation de la sécrétion nocturne d'hormone anti-diurétique. C'est le calendrier mictionnel qui en fait la preuve ;
- une obstruction débutante.

2. Nycturie associée à une pollakiurie diurne

Elle oriente vers une cause locale urologique ou de voisinage :

- infectieuse : cystite à germes banals, présence de BK (si leucocyturie sans germes) ;
- obstacle à l'évacuation de l'urine (rechercher alors des signes liés à la vidange) : prostatique (hypertrophie bénigne, cancer localement avancé de prostate), urétral (plus rarement), lithiase vésicale ;
- pathologie de la paroi vésicale le plus souvent organique : fibrose de la paroi (cystite interstitielle, radiothérapie), carcinome in situ, corps étranger comme un fil chirurgical ou fragment prothétique (antécédent de colposuspension type Burch ou de promontofixation) ;
- de voisinage : digestive : sigmoïdite essentiellement, tumeur recto-sigmoïdienne, gynécologique.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Les troubles mictionnels étant très fréquents, ils peuvent facilement apparaître dans des dossiers cliniques transversaux.

Dossier pouvant porter sur n'importe quel sujet médical, chez un homme âgé, avec obstacle prostatique associé bénin ou pas.

Premier exemple

Patient hospitalisé pour infarctus du myocarde. Troubles mictionnels sur hypertrophie prostatique préexistants, bien contrôlés par le traitement médical. Sondé à l'arrivée. Échec de sevrage de la sonde ou reprise des mictions avec gêne miction-

nelle importante. La question peut porter sur les facteurs favorisant cette dégradation mictionnelle, les explorations à demander pour confirmer l'origine prostatique de l'obstacle, la conduite à tenir (qui rejoint la question sur la rétention aiguë d'urine).

Deuxième exemple

Dossier de sclérose en plaques ou de traumatisme médullaire : les troubles mictionnels sont ceux des vessies

neurologiques centrales avec selon le niveau lésionnel :

- **dyssynergie vésico-sphinctérienne** responsable de dysurie, résidu chronique et leurs conséquences liées à la stase : infection urinaire simple ou compliquée, lithiase vésicale ;
- **vessie hyperactive** avec pollakiurie, nycturie, impériosités ± fuites urinaires.

Troisième exemple

Dossier de diabète avec neurovessie périphérique chez un patient âgé etc.



SYMPTÔMES LIÉS À LA VIDANGE VÉSICALE (obstructifs)

Définitions

Ils sont la traduction d'une gêne à la miction dont l'enquête étiologique est dominée par la recherche d'un obstacle anatomique ou d'une obstruction fonctionnelle.

Ce sont des symptômes cliniques que l'interrogatoire doit s'attacher à bien préciser car peu gênants pour les patients et souvent sous-estimés :

- dysurie d'attente : difficulté à amorcer le jet ;
- dysurie de poussée : nécessité d'une poussée abdominale et temps mictionnel allongé ;
- faiblesse du jet, voire miction goutte à goutte ;
- gouttes retardataires et incontinence post-mictionnelle.

Les conséquences de la dysurie sont :

- vésicales par distension ou trabéculatation ;
- infection urinaire, secondaire à la stase ou à la présence de lithiases vésicales témoignant de la présence d'un obstacle cervico-prostatique ;
- retentissement sur le haut appareil urinaire (dilatation urétéropyélocalicielle en règle générale bilatérale, reflux vésico-rénal).

Sur le plan physiopathologique, les symptômes liés à l'obstruction sont secondaires à une augmentation des résistances urétrales et/ou une anomalie de la contraction vésicale.

Interrogatoire

Il précise, en plus des autres troubles mictionnels éventuellement associés, les antécédents et les traitements en cours. En effet, les médicaments qui vont soit diminuer la contraction vésicale (ex. : anticholinergiques ou effet secondaire anticholinergique comme les antidépresseurs tricycliques), ou empêcher la bonne ouverture du col vésical (ex. : alpha-stimulants), peuvent avoir une action dysuriant sur la miction, voire être responsables d'une rétention aiguë d'urine.

POINTS FORTS

à retenir

- L'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux dans l'exploration des troubles mictionnels.
- Devant une dysurie, toujours rechercher l'obstacle. Ne pas éliminer l'obstruction fonctionnelle en l'absence d'obstacle anatomique évident.
- Devant une pollakiurie, toujours rechercher une étiologie irritative locale intra- ou extravésicale.
- Penser aux étiologies neurologiques aussi bien pour les dysuries que pour les pollakiuries isolées ou associées. Facile si contexte de sclérose en plaques ou traumatisme médullaire. Plus difficile à évoquer si maladie de Parkinson ou accident vasculaire cérébral.
- En l'absence d'étiologie évidente, l'exploration urodynamique permet une expertise de l'équilibre vésico-sphinctérien et peut orienter l'enquête étiologique et la prise en charge thérapeutique.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 651)

Examen clinique

Il doit comporter un toucher rectal et éventuellement vaginal et une palpation abdominale à la recherche d'un globe.

Il faut également rechercher des signes d'accompagnement comme l'apparition d'une hernie inguinale pouvant témoigner de la poussée abdominale nécessaire pour obtenir ou maintenir la miction.

L'examen neurologique succinct du périnée s'impose toujours.

Examens complémentaires pertinents

✓ La **débitmétrie** est le prolongement de l'examen clinique en consultation d'urologie. C'est une mesure globale et objective qui reflète à la fois l'état de la contraction vésicale et des résistances

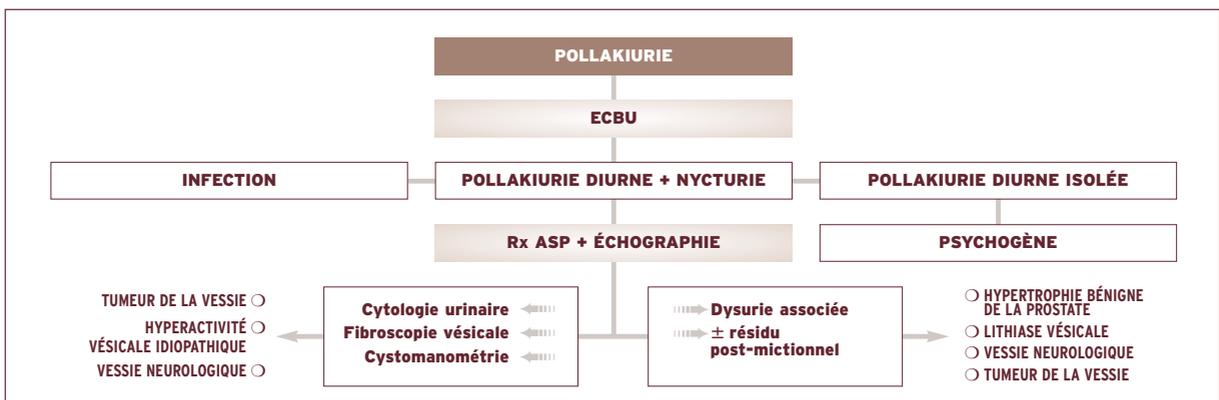


Figure 1 Algorithme décisionnel devant une pollakiurie.

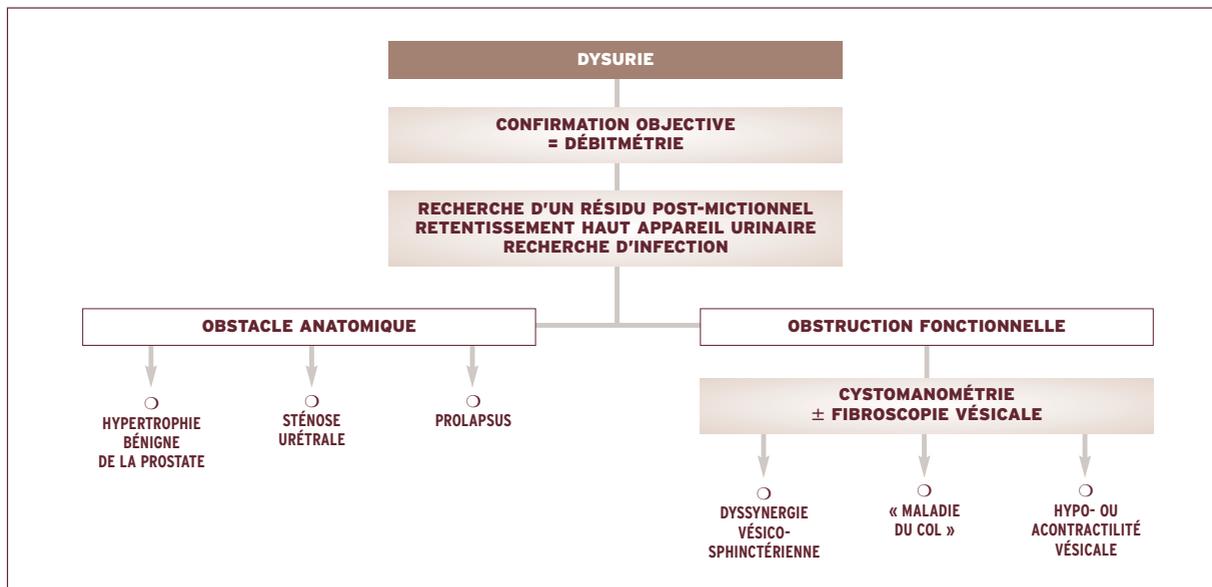


Figure 2. Algorithme décisionnel d'une dysurie.

urétrales. Il s'exprime par le débit mictionnel maximal (en mL/s) qui dépend du volume uriné et de l'âge du patient.

Un débit normal est > 15 mL/s pour un volume uriné ≥ 150 mL.

Un débit < 10 mL/s témoigne en règle générale d'une obstruction.

D'autres paramètres comme l'aspect de la courbe (en cloche, intermittente, en plateau), le débit moyen et la durée mictionnelle peuvent également affiner l'orientation diagnostique. La principale cause d'erreur est un faible volume mictionnel (pollakiurie associée ou réplétion vésicale insuffisante).

✓ **La mesure échographique du résidu post-mictionnel** est un examen de 1^{re} intention dans l'exploration d'une dysurie. Elle nécessite, pour pouvoir être interprétée, une miction effectuée dans des conditions physiologiques et il faudra se méfier des faux résidus par inhibition psychologique. Cette mesure devra également tenir compte du volume mictionnel (un résidu de 200 mL n'a pas la même signification lorsque la miction est de 50 ou 600 mL). L'échographie permet également d'orienter l'enquête étiologique par la mesure du volume prostatique (au mieux par voie endorectale) et évalue également le retentissement sur le haut appareil en recherchant une dilatation des cavités.

✓ **Les clichés mictionnels de l'urographie intraveineuse** sont plus que très rarement pratiqués.

✓ **La fibroscopie urétrovésicale**, en revanche, est intéressante pour confirmer une sténose urétrale, une mauvaise ouverture du col vésical ou visualiser les conséquences vésicales de l'obstruction (signes de lutte vésicaux).

✓ **La cystomanométrie** est une composante de l'exploration urodynamique du bas appareil urinaire. Elle n'est pas un examen de première intention dans l'exploration d'une dysurie mais peut être utile si aucun obstacle anatomique n'est mis en évidence

pour objectiver une hypo- ou acontractilité vésicale par la mesure de la pression vésicale mictionnelle.

Principales hypothèses diagnostiques (fig. 2)

En pratique, on distingue les dysuries par obstacle cervico-urétral et les dysuries sans obstacle.

✓ **Les dysuries par obstacle** sont :

- l'hypertrophie bénigne et le cancer de la prostate ;
- la sténose urétrale ;
- le prolapsus pelvien ;
- les valves de l'urètre postérieur.

✓ **Les dysuries sans obstacle** sont :

- la dyssynergie vésico-sphinctérienne (neurologique central : sclérose en plaques, traumatisme médullaire) ;
- la maladie du col ;
- l'hypo- ou acontractilité vésicale (neuropathie périphérique : diabète, éthyliste, dénervation vésicale lors d'une chirurgie pelvienne) ;
- les causes médicamenteuses (alphastimulants et anticholinergiques notamment).

SYMPTÔMES POST-MICTIONNELS

✓ **La sensation de vidange incomplète** est un symptôme très subjectif rarement confirmé par une évaluation objective échographique d'un résidu post-mictionnel.

✓ **L'incontinence post-mictionnelle** n'est en général que de simples gouttes retardataires après la miction, ne traduisant que la vidange d'une expansion urétrale fonctionnelle. Elle est sans conséquence en dehors de l'inconfort produit.

AUTRES ANOMALIES DE LA MICTION

- ✓ **Les douleurs** sont très variables dans leur présentation :
 - brûlures mictionnelles : rencontrées habituellement dans les infections urinaires ;
 - ténésme vésical : sensation douloureuse hypogastrique ;
 - algies pelviennes : souvent profondes, ano-périnéales, elles peuvent être rattachées au bas appareil urinaire si elles ont un rythme mictionnel (déclenchées ou calmées), exagérées par la position assise et la défécation (origine prostatique) et/ou s'accompagnent d'autres troubles mictionnels. Elles peuvent se voir dans les cystites interstitielles ou les prostatites chroniques. Elles s'accompagnent parfois chez l'homme de douleurs scrotales.
- ✓ **L'incontinence** est la perte involontaire d'urine soit à l'effort, soit dans un contexte d'impériosités mictionnelles soit nocturne (énurésie) [v. Q321].
- ✓ **La leucocyturie et la pyurie** se définissent par la présence de leucocytes plus ou moins altérés dans les urines et témoignent de la présence d'une infection urinaire (v. Q93). Cliniquement les urines sont souvent troubles (diagnostic différentiel : phosphaturie reconnue en ajoutant quelques gouttes d'acide acétique qui éclaircissent les urines) et malodorantes.
- ✓ **La pneumaturie et la fécalurie** se définissent par l'émission de gaz (pneumaturie) ou de selles (fécalurie) au cours de la miction. Elles témoignent en règle générale d'une communication avec les voies digestives, le plus souvent sous forme d'une fistule colo-vésicale dont le point de départ peut être bénin (diverticulite sigmoïdienne) ou malin (cancer colique). Parfois, la pneumaturie est en rapport avec une infection urinaire à anaérobies. Il faut toujours se méfier des fausses pneumaturies radiologiques chez les patients sondés.
- ✓ **L'hématurie** est la présence de sang dans les urines à différentier de l'urétrorragie ou de l'hémospérmie (v. Q315). ■

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La nycturie est le symptôme le plus gênant des troubles mictionnels.
- 2 Une pollakiurie diurne isolée oriente vers une étiologie organique.
- 3 Une nycturie isolée peut être en rapport avec des troubles du sommeil.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'hypertrophie bénigne de prostate peut se manifester cliniquement par une dysurie de poussée et une pollakiurie.
- 2 Le prolapsus pelvien peut être responsable d'une dysurie.
- 3 Le prolapsus pelvien majore l'incontinence urinaire d'effort.

C / QCM

La cystite interstitielle est habituellement responsable des troubles mictionnels suivants :

- 1 Pollakiurie diurne.
- 2 Nycturie.
- 3 Impériosités mictionnelles.
- 4 Dysurie.
- 5 Douleurs soulagées par la miction.

Réponses : A : V, F, V / B : V, V, F, V / C : 1, 2, 3, 5.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

MINI TEST DE LECTURE de la question 233, p. 653

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Le dépistage de la rétinopathie du diabétique nécessite la pratique d'examens ophtalmologiques réguliers.
- 2 Les complications micro-angiopathiques sont plus graves et plus fréquentes chez les diabétiques ayant un mauvais contrôle glycémique.
- 3 Les complications macro-angiopathiques ne dépendent que de la durée et de l'intensité de l'hyperglycémie.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La survenue d'une céto-acidose correspond toujours à un état d'insulinopénie sévère.
- 2 Dans les comas hyperosmolaires, la réserve alcaline reste dans la zone normale.

C / QCM

Parmi les signes suivants lesquels ne font pas partie des hypoglycémies ?

- 1 Sueurs profuses.
- 2 Crises convulsives.
- 3 Bradycardie.
- 4 Troubles de la conscience.
- 5 Dyspnée de Kussmaul.

Réponses : A : V, V, F / B : V, V, F, V / C : 3, 5.