

CAT DEVANT DES SBAU

Dr. A. A. BENMESSAOUD

I. INTRODUCTION

- Il s'agit de signes fonctionnels urinaires qui peuvent être :
- Symptômes de la phase mictionnelle
- Symptômes de la phase post-mictionnelle
- Symptômes de la phase de remplissage ; Gêne sociale et détérioration de la qualité de vie

II. PHYSIOPATHOLOGIE

Une miction normale :

Un réservoir (la vessie) + Une filière urétrale + Un système nerveux

III. Rappel physiologique

- Le cycle mictionnel comprend deux phases : une phase de remplissage et une phase de vidange.
- ✓ Durant cette phase :
 - Relâchement de la vessie,
 - 300 - 500 ml - 6 - 8 mictions / jours
 - B1 (50%) B2 (75%) B3(90%)
 - 1er besoin - besoin normal - besoin impérieux
 - Tonicité sphincter et PP
- ✓ Contraction de la vessie et Relâchement des SS + PP

IV. Classification des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)

A. Symptômes de la phase mictionnelle

1. **Faiblesse du jet** : perception par le patient d'une diminution de la force du jet urinaire pendant la miction, symptôme généralement très progressif, souvent plus marqué le matin (congestion pelvienne ou distension vésicale par accumulation d'urine nocturne) • Faiblesse du jet :
 2. **Jet en arrosoir** miction interrompue à une ou plusieurs reprises
 3. **Jet haché** : miction interrompue à une ou plusieurs reprises
 4. **Jet hésitant** retard à l'initiation de la miction
 5. **Miction par poussée** : jet urinaire obtenu avec une poussée abdominale concomitante
 6. **Gouttes terminales, miction traînante** : achèvement progressif et lent de la miction qui se termine par un écoulement en goutte à goutte Elle est parfois due à la présence d'une lithiase vésicale ou d'un lobe médian opposant un clapet à l'écoulement de l'urine
- B. Symptômes de la phase post-mictionnelle**
1. **Sensation de vidange vésicale incomplète** : impression subjective que la vessie ne s'est pas totalement vidée après la miction
 2. **Gouttes retardataires** : perte involontaire d'urine survenant immédiatement après la miction, le plus souvent en quittant les toilettes
- C. Symptômes de la phase de remplissage**
1. **Pollakiurie diurne** : augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée (l'impossibilité de contenir les mictions plus de 2 h)
 2. **Nycturie** : besoin d'uriner réveillant le patient • Urgenturie : une envie pressante que le sphincter strié ne peut inhiber (besoin) ou qui dépasse ses capacités (miction).

3. Incontinence urinaire : fuite involontaire d'urine

V. Étiologie des SBAU de l'homme

Mécanismes et étiologies de la nycturie chez l'homme	
Mécanismes	Principales étiologies
Polyurie nocturne	Syndrome d'apnées du sommeil Syndrome oedémateux HTA Insuffisance cardiaque
Polyurie sur 24 heures	Potomanie - Diabète
↓ de la capacité vésicale nocturne	Causes similaires à l'hyperactivité vésicale
Trouble du sommeil	

Causes et mécanismes des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) de l'homme.	
Hyperactivité vésicale : SBAU de la phase de remplissage	<ul style="list-style-type: none"> ○ Neurologique (SEP, Parkinson, AVC, canal lombaire étroit. . .) ○ Pathologie vésicale (tumeur, infection, calcul, radique. . .) ○ Obstruction sous-vésicale (HBP, sténose urétrale) ○ Idiopathique ○ Vieillesse vésicale
Hypoactivité vésicale	<ul style="list-style-type: none"> ○ Neurologique ○ Vieillesse vésicale ○ Vessie claquée post-rétention aiguë ○ Iatrogène (médicaments à action anticholinergique)
Obstruction sous-vésicale	<ul style="list-style-type: none"> ○ Neurologiques par hypertonie sphinctérienne lors de la miction (dyssynergie vésico-sphinctérienne) ○ Prostate (HBP, prostatite, maladie du col, cancer avancé) ○ Urètre (sténose, traumatisme)

VI. CAT devant des SBAU

Nous devons répondre à plusieurs questions :

- De quels types de SBAU s'agit-il ?
- Les SBAU sont-ils liés à une HBP ?
- Quelle est la gêne provoquée par les SBAU ?
- Existe-il une OSV compliquée ?
- Existe-t-il un adénocarcinome de la prostate ?

bilan de première intention :

① L'interrogatoire avec réalisation d'un score symptomatique (IPSS) et Evaluation de la fonction sexuelle, notamment par un questionnaire car les SBAU et les traitements de l'HBP ont un impact sur la sexualité.

② Examen physique : TR - OGE - neurologique...

③ Examen d'urine par BU ou ECBU

④ Débitmétrie et la mesure du RPM

⑤ Examens Complémentaires : PSA - Echo a/p

1. INTERROGATOIRE

- **Caractériser ses SBAU** ; Rechercher des causes de SBAU
- **L'utilisation de scores symptomatiques** tels l'IPSS est recommandée (les SBAU sont dits légers, modérés ou sévères selon que le score IPSS est compris entre 0 et 7, 8 et 19, ou 20 et 35).
- **Evaluer** le retentissement sur la vie quotidienne ;
- **ANTÉCÉDENTS UROLOGIQUES**: Épisodes antérieurs de rétention, HBP, CaP, sténose urétrale, infection urinaire basse, tumeurs de la vessie...etc
- **SIGNES ASSOCIÉS** : dysurie , SF urinaires, hématuries brûlures mictionnelles, fièvre, frissons...etc
- **ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES** Blessés médullaires, SEP, Spina-bifida, Parkinson, neuropathie diabétique...etc
- **TRAITEMENT EN COURS**
- **Rechercher des troubles associés** -Dysfonction érectile - Troubles de la continence - Troubles rétentionnels

Catalogue mictionnel :

- ✓ optionnel dans ce bilan initial, mais recommandé si les symptômes de la phase de remplissage sont prédominants.
- ✓ Il s'agit pour la patiente de reporter par écrit tous les évènements concernant la miction sur trois jours consécutifs en précisant leurs horaires

DIAGNOSTIC

2. Examen physique

- ✓ Palpation sus-pubienne à la recherche d'un globe vésical
- ✓ Touchers pelviens :
 - chez l'homme : toucher rectal (TR) : estimation du volume prostatique, pathologie urologique : prostatite (douleur élective), HBP, CaP...etc
 - chez la femme : toucher vaginal et toucher rectal : tumeur gynécologique,etc
 - chez l'homme et la femme : recherche d'un fécalome, pathologies associée de l'ampoule rectale...etc
- ✓ Organes génitaux externes : Examen neurologique : identifier une lésion médullaire
- ✓ Examen neurologique : surtout chez le sujet jeune

Identifier une lésion médullaire, Sensibilité périnéale superficielle et recherche des réflexes ostéotendineux des membres inférieurs et des réflexes

périnéaux.

FORMES CLINIQUES PARTICULIÈRES

- Personnes âgées : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome associé fréquent.
- Diabétique : hypoesthésie vésicale, rétention indolore.
- Traumatisme rachidien, anesthésie : rétention urinaire indolore.
- Rétention fébrile, chez l'homme évocatrice de prostatite aiguë.
- Rétention et hématurie en faveur d'un caillotage vésical
- Rétention chez l'obèse, ascite, chirurgie abdominale...;

3. EXAMENS PARACLINIQUES

- ✓ Débitmétrie

▪ Quatre paramètres sont à analyser sur la débitmétrie : le volume uriné, le débit maximum, la forme de la courbe, et la durée mictionnelle.

• Une dysurie est objectivée devant : □une courbe mictionnelle aplatie évocatrice d'HBP (débit maximal < 15 mL/s) qui parfois est polyphasique du fait de poussées abdominales ; □une durée mictionnelle allongée (> 30s).

✓ Créatininémie

✓ PSA

✓ Échographie de l'appareil urinaire par voie abdominale

✓ Échographie endo-rectale

✓ Urétro-cystoscopie : Bilan urodynamique et mesures pression-débit :

Comment relier les SBAU à l'HBP ?

En présence d'une obstruction sous-vésicale avérée et d'une augmentation marquée du volume de la prostate, et si Ni l'interrogatoire ni l'examen clinique n'identifient d'autres causes évidentes de SBAU. il est cohérent de relier les SBAU à une HBP.

En dehors de cette situation, d'autres causes doivent être évoquées