



DOSSIER

Le bilan des troubles urinaires dans la SEP : pourquoi ? quand ? comment ?



Une vessie qui fonctionne normalement doit être capable de se laisser remplir jusque 400 à 500 ml, de se vider complètement sans effort et sans douleur à un moment choisi.

Les muscles du périnée situés sous cette vessie assurent, par leur contraction volontaire ou automatique, la continence ou absence de fuites d'urines. L'un d'eux est le sphincter urinaire qui est coordonné avec la vessie.

Tous deux reçoivent les commandes du cerveau et de la moelle épinière pour fonctionner en synergie : l'un se contracte lorsque l'autre se relaxe, provoquant alternativement la miction (évacuation d'urines) ou la continence.

Des troubles fréquents chez les patients atteints de SEP

Lorsqu'une anomalie survient sur le trajet du cerveau vers la vessie, comme dans la sclérose en plaques, cette régulation est perturbée, provoquant des symptômes urinaires plus ou moins sévères et gênants.

Ainsi, selon les études, 32 à 96 % des patients présentant une sclérose en plaques décrivent des troubles urinaires et 10 % des patients en souffrent dès la première poussée. Le délai d'apparition est en moyenne de 6 ans après le début de la maladie. Leur retentissement sur la qualité de vie est important. Dans certains cas et à moyen ou long terme, ces troubles urinaires peuvent entraîner de graves complications. C'est pour ces deux raisons qu'il est important de les identifier et de les explorer le plus précisément possible.

Symptômes irritatifs ou obstructifs ?

Chaque consultation médicale est l'occasion d'interroger la personne présentant une sclérose en plaques sur ses éventuels **symptômes urinaires**. Les plus courants sont d'ordre « irritatif » c'est-à-dire secondaires à une activité excessive et désordonnée de la vessie qui n'est plus correctement commandée et modulée par le cerveau et la moelle épinière. Les signes sont alors des urgenturies (envies pressantes d'uriner), parfois associées à des fuites urinaires incontrôlables (incontinence par urgenturies), une pollakiurie (envies d'uriner très fréquentes, y compris la nuit) et un « délai de sécurité » raccourci (temps qui s'écoule entre la perception du besoin et la miction). L'incontinence urinaire peut également survenir lors d'un effort (toux, éternuement, port de charge lourde) sans sensation de besoin d'uriner préalable.

Ces symptômes sont particulièrement gênants pour le maintien d'une vie sociale de qualité. Leur interaction sur la qualité de vie peut d'ailleurs être appréciée de manière objective grâce à des questionnaires de type Ditrovie ou Qualiveen.

Le second type de symptômes est dit « **obstructif** » se manifestant par une dysurie (difficulté à démarrer une miction, miction en plusieurs étapes avec un jet urinaire faible et entrecoupé d'arrêts, nécessité de pousser sur le ventre pour aider à mieux uriner). Ces signes peuvent s'accompagner d'une rétention urinaire aiguë ou chronique donc d'une mauvaise vidange de la vessie. Un résidu post-mictionnel (RPM), définissant la quantité d'urines restant dans la vessie après avoir uriné, supérieur à 100 ml à au moins 2 reprises est synonyme de rétention urinaire. Elle est source d'infections urinaires à répétition et peut aboutir à une dilatation des cavités rénales et à une insuffisance rénale. Les symptômes obstructifs peuvent être de deux origines : une vessie qui se contracte insuffisamment (hypoactive) ou, plus souvent, un obstacle à l'évacuation de l'urine au niveau de l'urètre c'est-à-dire sous la vessie. Cet obstacle peut être un rétrécissement de l'urètre souvent causé par les maladies sexuellement transmissibles, une prostate un peu grosse (adénome prostatique) fréquent chez l'homme de plus de 60 ans, ... , mais surtout, chez les patients porteurs d'une maladie neurologique touchant la moelle

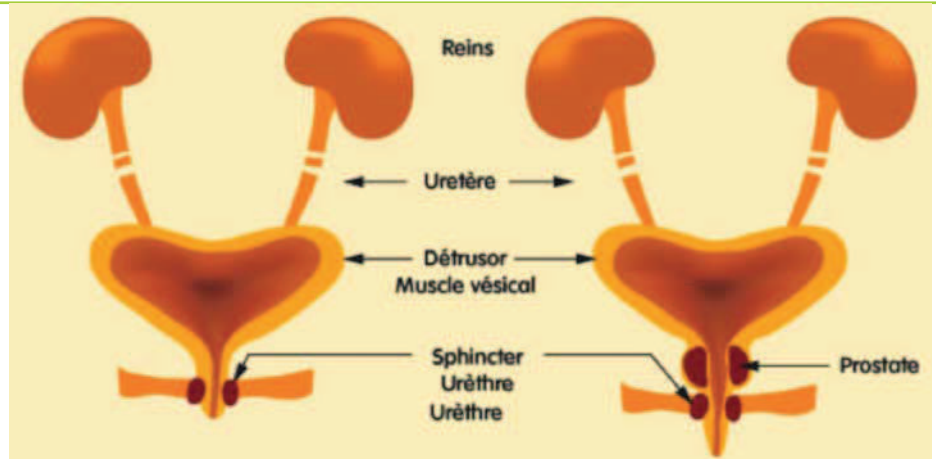


Schéma de l'appareil urinaire (issu du site MIPSEP) : L'urine est fabriquée par les reins, passe par les uretères jusqu'à la vessie (détrusor) où elle est stockée. Lorsque la vessie est pleine (environ 400 ml), un message est envoyé au cerveau via les nerfs puis la moelle épinière. Le cerveau renvoie ensuite par des voies similaires un message jusqu'à la vessie pour qu'elle se contracte et se vide par l'urètre. Le sphincter urinaire situé sous la vessie permet d'assurer la continence : il se contracte progressivement à mesure que la vessie se remplit pour éviter les fuites. Il se relâche lorsque la vessie se contracte pour se vider, on parle de synergie vésico-sphinctérienne.

épinière et/ou le cerveau, il est en rapport avec un sphincter urinaire trop tonique (hypertonie sphinctérienne) ou qui est mal coordonné avec la vessie. La vessie et le sphincter se contractent en même temps pendant la miction, on parle alors de **dyssynergie vésico-sphinctérienne**. Cette contraction intense et inappropriée du sphincter urinaire va gêner le passage des urines pendant la miction, obligeant la vessie à se contracter très fort pour lutter contre cet obstacle. Les urines ayant du mal à s'évacuer par les voies naturelles peuvent, en cas de fortes pressions dans la vessie, refluer vers les reins, provoquant une dilatation des voies urinaires hautes (les uretères), des infections du rein avec de la fièvre (pyélonéphrite) et une destruction progressive

du rein qui peut passer totalement inaperçue pendant plusieurs années si on ne réalise pas les examens appropriés. C'est pour éviter d'en arriver à ces extrémités que l'on cherche à dépister systématiquement les troubles urinaires et que le médecin prescrira, s'il le juge utile, des examens plus poussés.



Schéma de la dyssynergie vésico-sphinctérienne (issu du site internet www.Belgique-incontinence.be) : contraction simultanée du détrusor et du sphincter urinaire provoquant une dysurie (faible jet urinaire) et une rétention urinaire.

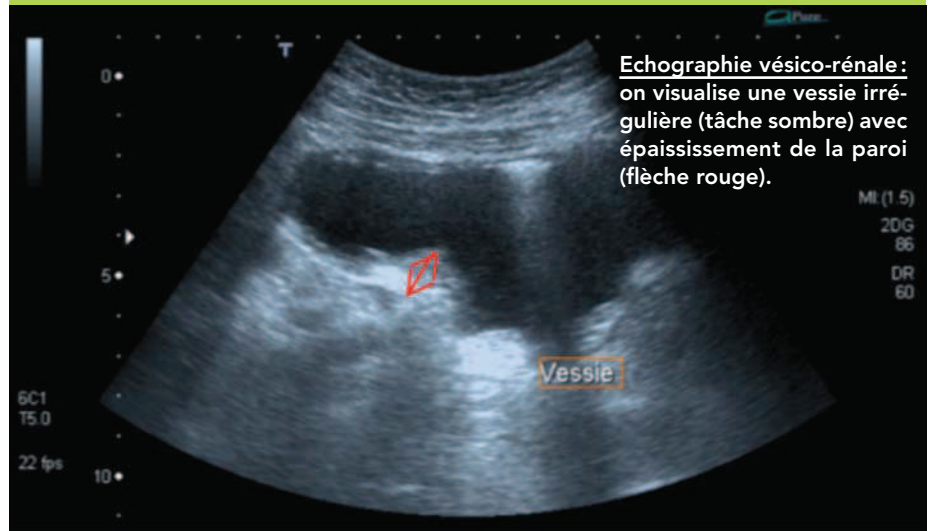
C'est pour éviter d'en arriver à ces extrémités que l'on cherche à dépister systématiquement les troubles urinaires



De nombreux outils pour faciliter le dépistage

Le **dépistage** des troubles urinaires commence par des questions précises posées au cours de la consultation qui recherchent les symptômes décrits plus hauts. L'idéal est de pouvoir les confirmer par la tenue d'un **calendrier mictionnel** dans lequel le patient retrace tous les événements urinaires survenus durant 3 jours (nombre et horaire des mictions dans la journée et la nuit, urgenteries, fuites d'urines après une envie pressante ou à l'occasion d'un effort, douleurs éventuelles, difficultés à uriner) mais aussi quantité de boissons absorbée pendant les 72 heures et leur répartition).

Ces informations précieuses nous donneront déjà une idée du fonctionnement de l'appareil urinaire mais on sait que près de 50 % des patients présentant une SEP en ont une perception erronée, notamment pour ce qui est de la qualité de la vidange de la vessie. Il nous faudra donc compléter notre consultation au minimum d'une **échographie des reins et de la vessie**. Cet examen simple rapide et totalement indolore, recherchera une anomalie des reins et des uretères (dilatation des uretères, séquelles de pyélonéphrite), de la vessie (paroi de la vessie épaissie ou irrégulière = vessie de lutte = obstacle sous la vessie), une vidange de la vessie incomplète par



Echographie vésico-rénale: on visualise une vessie irrégulière (tâche sombre) avec épaississement de la paroi (flèche rouge).

la mesure du résidu post-mictionnel (quantification de l'urine restant dans la vessie après avoir uriné). Ces signes indirects peuvent témoigner d'un fonctionnement anormal de la vessie et du sphincter urinaire secondaire à la SEP. Mais l'échographie permet aussi d'éliminer une anomalie urologique donc sans rapport avec la pathologie neurologique (calcul urinaire, polype dans la vessie,...) qui peut donner le même type de symptôme et nécessiter un traitement totalement différent. L'échographie doit être renouvelée tous les ans si le patient se plaint de troubles urinaires.

Un bilan sanguin dosant l'**urée et la créatinine**, mesurant la **clairance de la créatinine**, permet de donner des précisions sur la capacité du rein à filtrer les déchets produits par l'organisme et donc de rechercher une insuffisance rénale. Si les résultats sont anormaux, il est alors en général nécessaire de recourir à la dialyse. Cet examen est également à réaliser tous les ans chez les personnes qui ont des troubles urinaires.

Importance du bilan urodynamique en cas de troubles importants

Lorsque les symptômes urinaires sont sévères, gênants ou que l'échographie et/ou le bilan sanguin sont anormaux, il est indispensable de pousser plus loin les explorations à la fois pour faire un diagnostic plus précis et pour orienter le traitement.

Votre médecin vous proposera alors un bilan urodynamique. Il permet de préciser le fonctionnement de la vessie et du sphincter urinaire et s'avère complémentaire de l'échographie qui

donne plutôt des images anatomiques. Le **bilan urodynamique** consiste en la mesure des pressions dans la vessie et l'urètre (donc du sphincter urinaire qui se situe le long de l'urètre) par une petite sonde urinaire introduite par les voies naturelles et reliée à une machine qui infuse de l'eau et enregistre en retour les différences de pressions.

Il se déroule en 3 étapes :

- **La débitmétrie** est la mesure de la puissance du jet urinaire. Le sujet est assis sur des toilettes sous lesquelles est installé un débitmètre mesurant la durée de la miction et sa qualité (puissance du jet, miction en plusieurs étapes, avec poussées abdominales...). A la fin de l'examen, on effectue un sondage urinaire pour évaluer le résidu post-mictionnel qui doit normalement être inférieur à 100 ml.



Urétrocystographie rétrograde anormale: présence d'un reflux vésico-urétéral remontant jusqu'au rein.



- **La profilométrie urétrale** est la mesure des pressions le long de l'urètre, là où se situe la prostate chez l'homme et le sphincter urinaire chez l'homme et la femme. Cet examen permet de détecter une hypertonie ou à l'inverse une faiblesse du sphincter urinaire. La courbe peut également être anormale en cas de grosse prostate (adénome prostatique) ou de sténose de l'urètre (rétrécissement).
- **La cystomanométrie** est la mesure des pressions dans la vessie. La personne est allongée en position gynécologique, la sonde est introduite dans l'urètre jusque dans la vessie puis l'on procède à son remplissage avec de l'eau stérile à petit débit. La machine mesure alors les variations de pression du détrusor (= muscle de la vessie) tout au long du remplissage ce qui permet d'analyser l'activité de la vessie mais aussi sa « souplesse » et sa sensibilité (perception du besoin). Dans la sclérose en plaques, il est important de rechercher des contractions anormales de la vessie (trop précoces et/ou trop fortes) qui peuvent provoquer un reflux vers les reins. C'est particulièrement le cas dans la dyssynergie vésico-sphinctérienne qui fait obstacle à l'évacuation des urines.

Les résultats de ce bilan doivent toujours être confrontés au calendrier mictionnel et à l'évaluation échographique. En effet, s'il est stressé par l'examen, le patient urinera peut-être un peu moins facilement, ne décrira pas les mêmes signes. Le bilan se fait par ailleurs dans une position qui n'est pas physiologique ce qui peut minimiser certains symptômes.

Le principal risque du bilan urodynamique est la survenue d'une infection urinaire dans les jours qui suivent car il impose un sondage urinaire qui peut amener des germes dans la vessie. Il doit donc être réalisé après vérification de l'absence d'infection urinaire par un ECBU (examen cyto-bactériologique des urines). Si une infection urinaire est retrouvée, elle doit être traitée par antibiotique au moins 48 heures avant l'examen. Un antibiotique peut également être prescrit dans les suites immédiates du bilan s'il est retrouvé un résidu post-mictionnel élevé (plus de 100 ml), même si l'ECBU est stérile.



Le bilan urodynamique est réalisé quand le patient décrit des troubles urinaires afin d'en préciser l'origine et déterminer le traitement le plus approprié.

Il sera renouvelé assez précocement si les symptômes sont toujours présents malgré le traitement, si apparaissent de nouveaux signes urinaires, sinon systématiquement tous les 3 à 4 ans.

Selon les cas, il est demandé d'interrompre tous les traitements à visée urinaire pour faire un diagnostic précis des troubles urinaires, ou au contraire de les maintenir pour en vérifier l'efficacité.

Techniques d'investigation complémentaires

D'autres explorations peuvent être réalisées mais uniquement dans certains cas. Ainsi, si le patient décrit une hématurie (présence de sang dans les urines en dehors de toute infection urinaire), une cystoscopie (passage d'une mini-caméra par les voies naturelles) sera proposée pour

rechercher un polype vésical ou une tumeur, surtout chez les fumeurs, chez les patients qui sont porteurs d'une sonde urinaire à demeure depuis de nombreuses années et s'ils ont été antérieurement traités par certaines chimiothérapies (Endoxan* par ex).

Lorsqu'un traitement chirurgical urologique est envisagé, le bilan de base est complété d'une **urétro-cystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM)**. Cet examen radiographique commence par l'infusion d'un produit radio-opaque (visible en radiographie) au cours d'un sondage urinaire puis la réalisation de clichés successifs pour apprécier la taille et la forme de la vessie, pour rechercher un reflux de la vessie vers les uretères et les reins. On demande à la personne d'uriner, donc d'évacuer le produit radiologique, ce qui permet de déterminer la présence d'un obstacle à l'évacuation des urines (adénome prostatique, hypertonie du

Le bilan des troubles urinaires

sphincter urinaire ou anomalie de l'urètre). Cet examen donne des images anatomiques précises et complémentaires de l'échographie mais n'est pas demandé dans un bilan standard car trop « irradiant ».

En cas de doute sur des calculs urinaires (ou lithiases), souvent décelés pendant l'échographie et pas forcément en lien avec la sclérose en plaques, un uro-scanner donnera des informations plus précises en terme de localisation, taille, constitution.

Facteurs de risque et traitements existants

Certains éléments constituent des facteurs de risque de retentissement rénal comme une durée d'évolution de la SEP de plus de 15 ans, le port d'une sonde urinaire à demeure depuis plusieurs années et des pressions vésicales élevées au bilan urodynamique. Le sexe masculin et un âge supérieur à 50 ans peuvent également être péjoratifs mais dans une moindre mesure.

Lorsque la personne atteinte de sclérose en plaques se plaint de troubles urinaires et surtout si les bilans précédemment décrits montrent des signes franchement anormaux, le suivi médical doit être confié à des médecins spécialistes en **neuro-urologie** : urologues, médecins de Médecine Physique et Réadaptation ou neurologues particulièrement formés à la prise en charge de ces troubles complexes et spécifiques. Il existe en effet de nombreux traitements possibles (médicaments, neuromodulation des racines sacrées, injection de toxine botulique dans le détrusor, autosondages urinaires, chirurgie) qui doivent être proposés au cas par cas après une évaluation précise.

MOTS-CLÉS

Miction : action d'uriner, désigne l'élimination d'urine par la vidange de la vessie.

Une miction normale est un acte commandé par la volonté, indolore et permettant de vider complètement la vessie.

Détrusor : muscle de la vessie.

Sphincter urinaire : structure musculaire circulaire constituée, selon le cas, de muscle lisse (non soumis à la volonté) ou de muscle strié (contrôlé par la volonté), qui permet de fermer ou d'ouvrir le canal de l'urètre.

Urgenturies : désir soudain, impérieux et fréquemment irrésistible d'uriner

Pollakiurie : élévation anormale de la fréquence des mictions (plus de 8 mictions par jour)

Dysurie : difficulté à l'évacuation des urines

Dyssynergie vésico-sphinctérienne : mauvaise coordination entre la vessie et le sphincter qui se contractent en même temps, aboutissant à une vidange de la vessie incomplète (rétention).

Il est fondamental de parler de ses problèmes urinaires à son médecin car des solutions existent pour les traiter et améliorer très significativement la qualité de vie. Le bilan de base est simple, il peut être complété d'explorations plus spécifiques selon l'importance des symptômes

et le risque de complications à moyen ou long terme. Il ne faut pas non plus négliger les troubles digestifs et sexuels qui apparaissent souvent dans le même temps et qui peuvent bénéficier également d'une prise en charge adaptée.

