

## Dysuries de la femme

---

**Pr. G. Amarencio**  
**Service de Neuro-Urologie et d'Explorations Périnéales**  
**Hôpital Tenon AP HP**  
**Groupe de Recherche Clinique Neuro-Urologie UPMC Paris VI**




## Dysuries de la femme : plan

---

- les définitions cliniques
- les définitions « instrumentales »
- les conséquences de la dysurie
- les étiologies
- la stratégie diagnostique

## Définitions 1

La dysurie c'est la **difficulté à l'évacuation du contenu vésical.**

- C'est avant tout un signe fonctionnel
- **La dysurie regroupe une série de symptômes traduisant cette difficulté**
  - La dysurie initiale: attente / poussée au début de la miction
  - Jet faible, (est avec un signe clinique poussée pour maintenir un jet
  - La dysurie terminale: poussée pour finir.
  - On en rapproche les mictions en deux temps ou plus, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vidée en fin de miction.
  - La rétention aiguë ou chronique est le terme évolutif de la dysurie (signe clinique)
- On peut parler de **syndrome dysurique**
  - La dysurie isolée est indolore
  - La dysurie peut être associée à des douleurs
  - La dysurie peut être associée à des troubles de la sensibilité
- La dysurie est souvent méconnue si d'installation progressive sans symptômes associée.
- Dysuria en anglais est un faux ami = douleur à la miction

## Définitions 2

Pour l'ICS les **symptômes de la phase de vidange** et les **symptômes de la phase post mictionnelle** regroupent tous les aspects de la dysurie.

<p><b>Symptômes de la phase mictionnelle</b></p> <p>Les différents symptômes reliés à la phase mictionnelle sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Faiblesse du jet (slow stream)</b> : perception par le patient d'une diminution de la force du jet urinaire pendant le miction</li> <li>- <b>Jet en arrosoir (splitting or spraying)</b></li> <li>- <b>Jet haché (Intermittent stream)</b> : miction interrompue à une ou plusieurs reprises</li> <li>- <b>Jet hésitant (hesitancy)</b> : retard à l'initiation de la miction</li> <li>- <b>Miction par poussée (straining)</b> : jet urinaire obtenu avec une poussée abdominale concomitante</li> <li>- <b>Gouttes terminales</b>, miction traînante (<i>terminal dribble</i>) : achèvement progressif et lent de la miction qui se termine par un écoulement en goutte à goutte.</li> </ul>	<p><b>Symptômes de la phase post mictionnelle</b></p> <p>Ce sont les symptômes ressentis par le patient immédiatement après la fin de la miction.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sensation de vidange vésicale incomplète (feeling of incomplete emptying)</b> : impression subjective que la vessie ne s'est pas totalement vidée après la miction.</li> <li>- <b>Gouttes retardataires (post micturition dribble)</b> : perte involontaire d'urine survenant immédiatement après la miction, le plus souvent en quittant les toilettes pour l'homme ou en se levant des toilettes pour la femme.</li> </ul>
---	--

Abrams et al. *NeuroUrol Urodyn* 2002  
Haab et al. *Prog Urol* 2004

## Définitions 3

- Pour l'ICS le **syndrome dysurique** est un syndrome clinique évocateur d'une dysfonction du bas appareil urinaire (LUTD).

- La dysfonction sous jacente peut être :

- une **obstruction** sous vésicale (bladder outlet obstruction BOO)
- une **hypo** ou **acontractilité** vésicale
- une association des deux

- **Si chez un homme**, la dysurie est évocatrice d'**obstruction sous vésicale** ...  
 ... **chez une femme** elle doit faire évoquer plutôt une **hypoactivité vésicale** qu'une **obstruction sous vésicale**

Attention pour autant il ne s'agit que d'arguments de fréquence l'hypoactivité vésicale existe chez l'homme de même que l'obstruction sous vésicale existe chez la femme

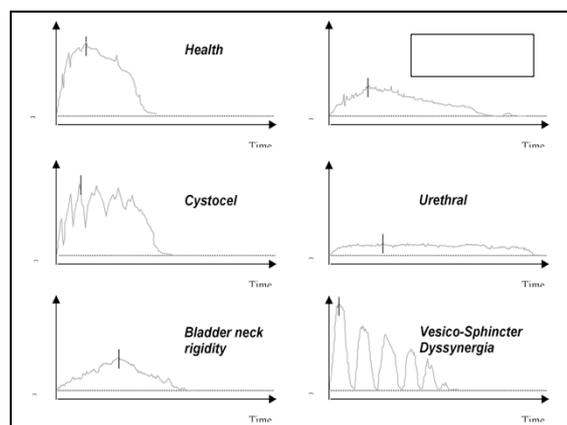
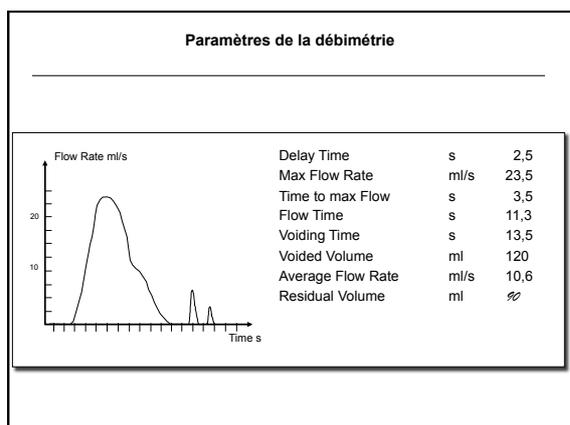
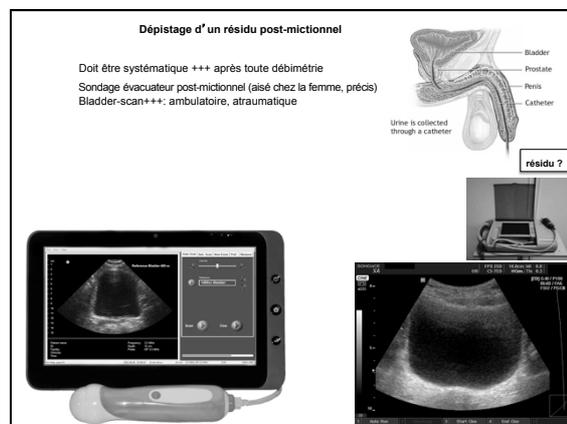
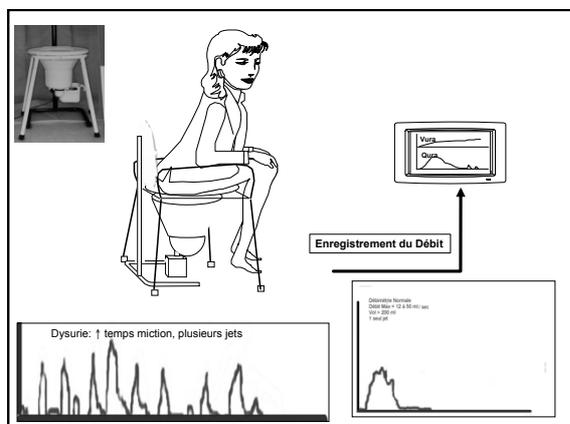
Abrams et al. *NeuroUrol Urodyn* 2002  
Haab et al. *Prog Urol* 2004

## Dysurie : définition clinique

---

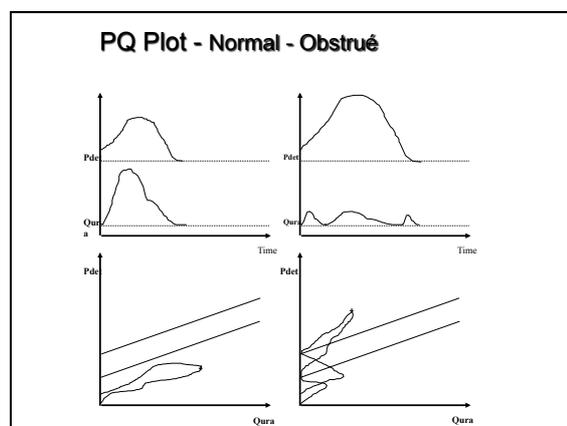
- subjectivité +++ (aide urodynamique)
- depuis le retard au déclenchement, la simple poussée jusqu'à la rétention complète ou incomplète
- interrogatoire +++ : dysuries brutales ou progressives
- nombreuses étiologies

**Hubaux-SIFUD 2005** : dysurie déclarée par 57/93 patientes (61%) dont 18/57 (32%) l'étaient réellement sur l'examen débinétrique. A l'inverse, parmi les 36/93 femmes ne déclarant pas de dysurie (39%), 9/36 (25%) l'étaient sur l'examen débinétrique  
**La sensibilité de l'interrogatoire se révèle être de 0,58 et la spécificité de 0,24**



**Une débimétrie normale ... n'élimine pas une dysurie**

- Étude pression-débit (formelle ou P rectale)
- Emg abdo et/ou perinée per débimétrie
- Probleme de la variabilité de la debimétrie => sonométrie / debi ambulatoire



### Les nomogrammes pression-débit chez la femme

**Chassagne et al. 1998**

- étude ouverte de 124 femmes considérées comme témoins (non obstruées, incontinentes à l'effort) et de
- 35 autres femmes considérées comme obstruées (diagnostic clinique avec examen endoscopique)

Paramètres utilisés :

- Pression détrusorienne à débit maximum (pdet.Qmax)
- Débit maximum (Qmax)

Définition de valeurs cutoff :

- pdet.Qmax > 20 cmH2O, et Qmax < 15 ml/s

Sensibilité et spécificité :

- pdet.Qmax > 20 cmH2O : 74.3% et 91.1%
- Qmax < 15 ml/s : 85.7 % et 78.2 %

**Blaivas et al. 2000**

Etude rétrospective de 600 patientes consécutives :

- 50 étaient obstruées (sélectionnées selon des critères clinique, urodynamique et/ou vidéourodynamique)
- 50 patientes non obstruées appareillées aux patientes obstruées (20 avec symptômes urinaires à BUD ni, et 30 avec IU d'origine sphinctérienne)

- Qmax libre** préféré au Qmax en raison de l'apparition, chez les femmes non obstruées, de Qmax diminué par l'effet de la présence de la sonde urétrale
- pdet.max** préférée à la pdet.Qmax en raison de l'absence de différence statistiquement significative entre ces deux paramètres, du caractère non invasif et de la possibilité de pouvoir toujours mesurer une pdet.max en l'absence de débit

### Conclusion

L'étude pression-débit reste le seul outil objectif d'évaluation et de quantification de l'obstruction et elle :

- facilite le diagnostic des dysuries
- autorise la comparaison de lots de patientes
- peut être utilisée pour guider, modifier, évaluer le traitement qu'il soit médical ou chirurgical

### Les autres moyens de diagnostic de la dysurie

Modèle mathématique → Débitmétrie spontanée / Débitmétrie construite

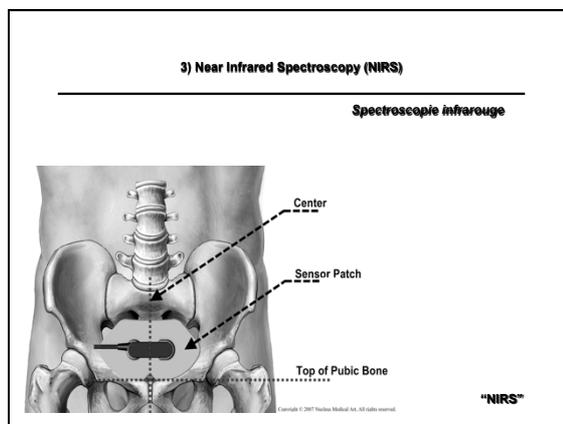
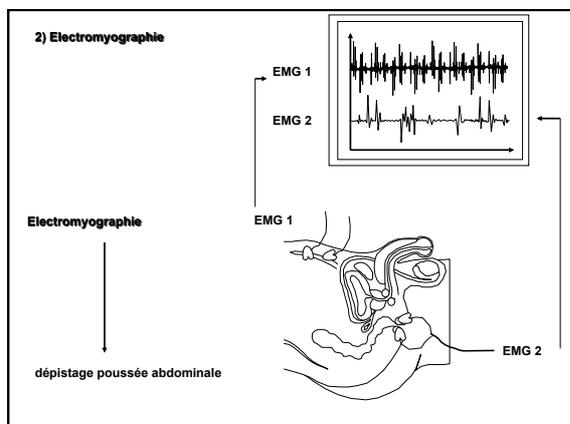
Ajustée pas à pas par la modification successive des différents paramètres entrant dans la construction du modèle ... jusqu'à ce que la débitmétrie finale construite soit superposable à la débitmétrie réelle

**Courbes d'excitation :**

- gris : détrusor théorique
- noir : détrusor modifié
- rouge : sphincter

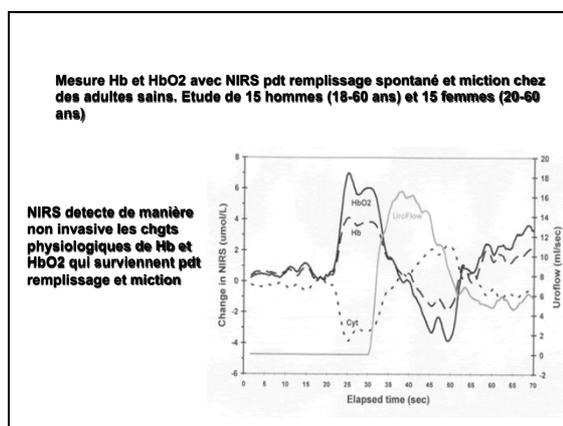
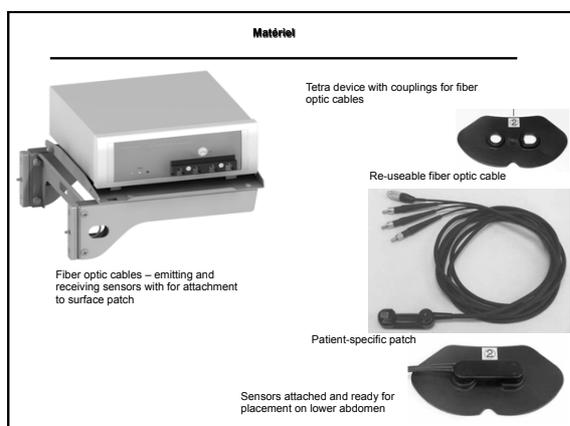
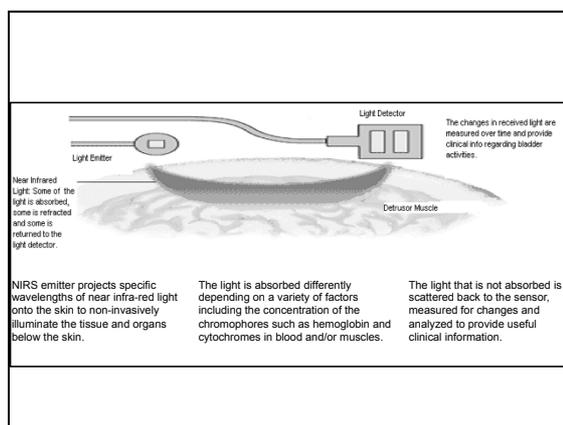
**Courbes :**

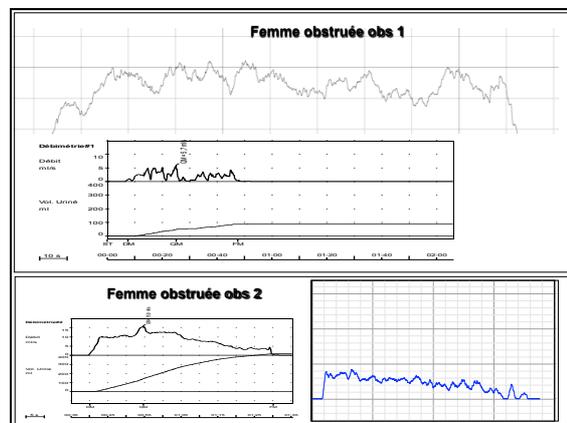
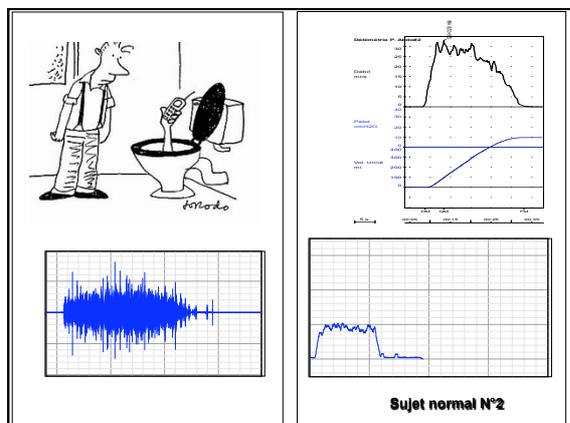
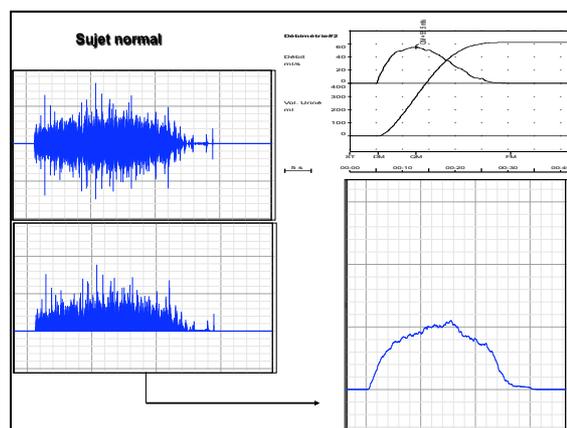
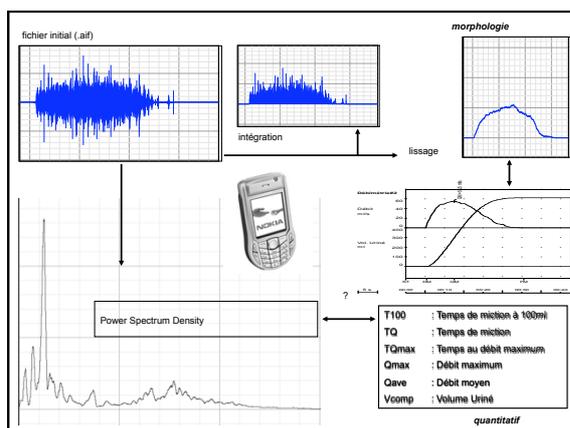
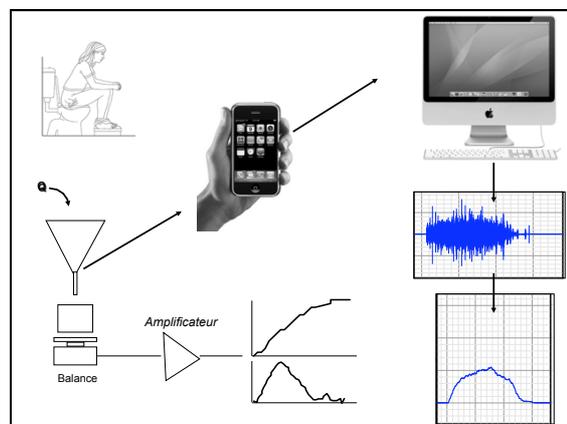
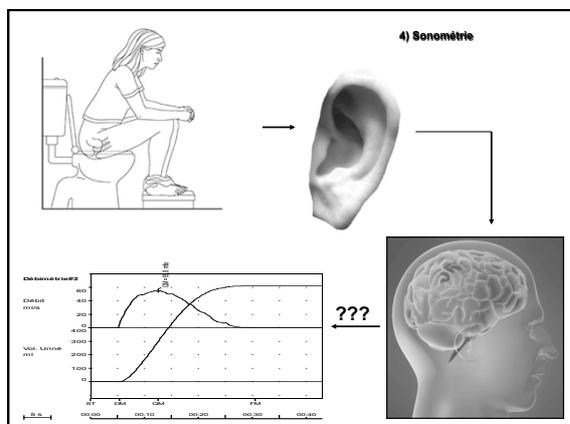
- débit réel : rouge
- débit calculé : bleue
- P. abdo mesurée marron
- P. abdo calculée verte
- P. Détrusor grise



### Concept

- principe : ondes infrarouges transmises vers la surface du tissu considéré via une fibre optique et détectées par une batterie de diodes photoélectriques à la surface de la peau
- l'émetteur émet des ondes de lumière infrarouge (785nm, 808nm, 830nm) sur la peau, qui traversent les tissus jusqu'à l'organe cible; une partie de la lumière non absorbée est diffusée et détectée par le capteur
- Hb, HbO2 ont des caractéristiques différentes d'absorption de la lumière infrarouge
- analyse du changement de concentration de l'oxyhémoglobine et de la désoxyhémoglobine => reflet de l'activité vésicale





Dysurie : causes

---

- **pathologies neurologiques (périphériques, centrales, végétatives)**
- **pathologies urologiques (intrinsèques, extrinsèques)**
- **pathologies iatrogènes (détrusor ++)**

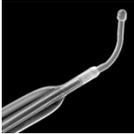
  

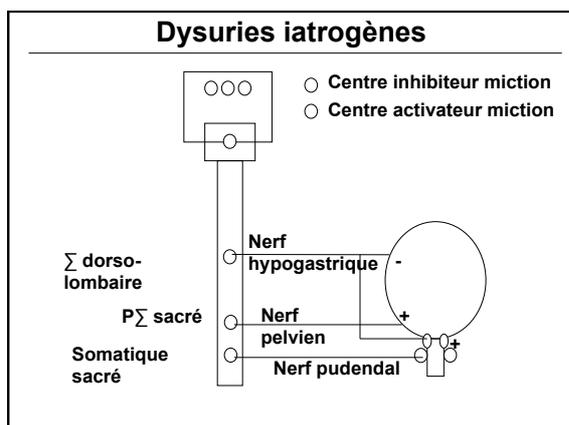
- pathologies fonctionnelles (« pseudo dyssynergie »)
- psycho-fonctionnelle
- Clara Fowler
- Megavessie décompensée
- psychiatriques

Dysurie : causes

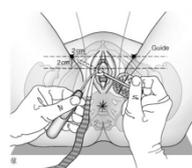
---

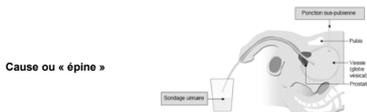
- pathologies urologiques (intrinsèques, extrinsèques)



Dysuries iatrogènes




Typologie Dysuries

---

Évoque parfois le diagnostic

- **mécaniques :**  
facile à venir, linéaire, jet faible prolongé : sténose  
penchée, doigt vagin, refoulement : prolapsus
- **fonctionnelle :**  
variable, saccadée
- **neurologique :**  
fractionnée, facile, rpm : dyssynergie

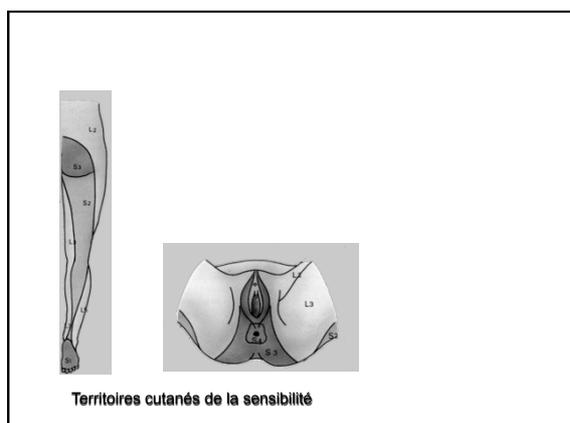
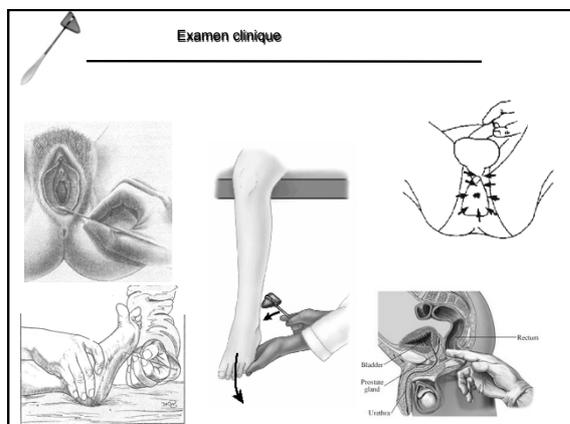
**CLINIQUE : examen neuroperinéal**

---

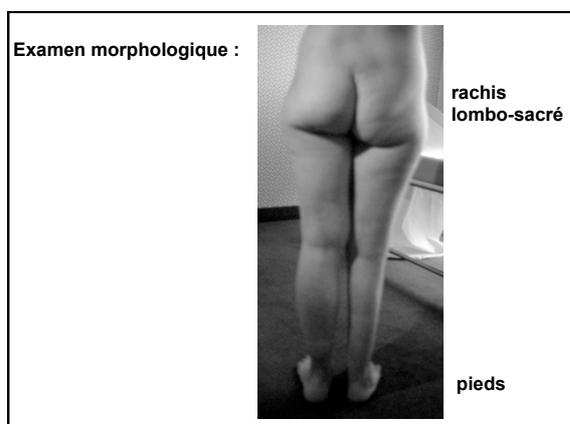
- **sensibilité : mais ... subjectif**
- **tonus anal : valeur uniquement si hypotonie (+ pb quantification hypotonie ...)**
- **réflexes périnéaux : (anal à la toux, anal à l'étirement, anal nociceptif, bulbo anal) : niveaux d'intégration #**
- **commande : subjectif ... variable ...**

- **examen morphologique : rachis lombo-sacré, pieds**
- **examen neurologique**



TYPE DE PERINEE	Sensibilité	Réflexe du cône	Tonus du sphincter anal	Commande
CENTRAL	Nie	Augmenté	Augmenté	Diminuée
PERIPHERIQUE	Diminuée	Diminué	Diminué	Diminuée
MIXTE (SYNDROME DU CONE TERMINAL)	Diminuée	Augmenté	Augmenté	Diminuée
MECANIQUE	Normale	Normal	Normal	Diminuée
PSYCHOGENE	Dissociée	Normal	Normal ou augmenté	Diminuée ou normale



**Examen neurologique**

- si dysurie aiguë : lésion périphérique :  
près du circuit S2 : fléchisseurs orteils;  
S1 : achilléen, testing, sensibilité pieds
- si dysurie plus progressive :  
recherche signes PLN, PRN, cordons post, pyramidal
- exceptionnellement :  
recherche atteinte médullaire pure

EXAMEN PERINEAL				
	Sensibilité	Réflexe du cône	Tonus sphincter anal	Commande
CENTRAL	↓	↑	↑	↓
PERIPHERIQUE	↓	↓	↓	↓

#### Dysurie de la femme : stratégies diagnostiques

- interrogatoire + + + : dysuries brutales ou progressives
- examen clinique
- qq examens complémentaires

#### Dysurie : examen clinique

- dysurie de la femme vs homme : toujours suspecte neuro
- si dysurie neurologique : SNP + + +
- interrogatoire + + + : dysuries brutales ou progressives
- examen clinique :
  - urogynécologique
  - neuropérinéal
  - neurologique
  - morphologique

#### Dysuries brutales

- contre étiologie mécanique : sténose, compression
- cause infectieuse : brulure, fièvre, ...
- cause iatrogène : prise médicaments
- cause psychogène : lien traumatisme
- cause neurologique : uniquement périphérique
- avec : troubles sensitifs associés : perte B, passage : troubles anorectaux : perte B, passage, dysch : troubles sensitifs périnéaux : troubles sensitivo moteurs mbr inf : éruption, contage : diag utile : cause vasculaire → atcd

#### Dysuries progressives

acquises vs prime enfance

- acquises urologiques :
  - obstacle tel sténose, prolapsus avec miction penchée en avt, doigt intra, contre appui ...
- acquises NEURO :
  - recherche facteurs risque NP : diabète, alcool, toxiques, tr sensitifs mbr inf ...
  - recherche dysautonomie
  - recherche signes pour lésion plexique : RxTh
  - recherche signes médullaires : RxT, tr sens, ceinture, signes CLE, signes m.cervicart
  - recherche signes extrapyramidaux ; trauma :syryn

#### Dysuries progressives

acquises vs prime enfance

- prime enfance :
  - mécaniques : valves U, sténose congénitale
  - fonctionnelle : Hinman syndrome
  - physiologique : habitude, crainte, phobie : hate
  - neuro : TAR associés ; megafourreau, spinalipome

## Typologie Dysuries

---

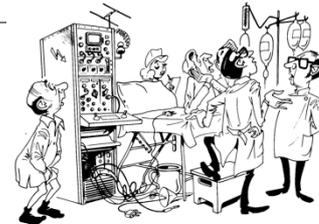
Évoque parfois le diagnostic

- **mécaniques :**  
facile à venir, linéaire, jet faible prolongé : sténose  
penchée, doigt vagin, refoulement : prolapsus
- **fonctionnelle :**  
variable, saccadée
- **neurologique :**  
fractionnée, facile, rpm : dyssynergie

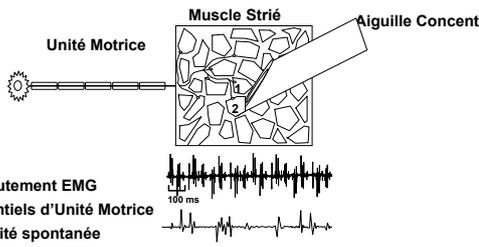
## Examen clinique

---

Explorations notamment urodynamiques :  
toujours après l'examen clinique



## Electromyographie de détection



Muscle Strié      Aiguille Concentrique

Unité Motrice

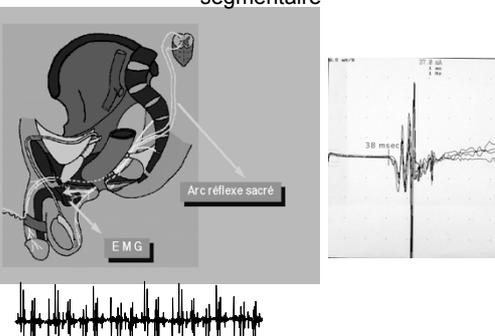
- Recrutement EMG
- Potentiels d'Unité Motrice
- Activité spontanée

## Examen de détection. Interet etiopathogénique

- Syndrôme dysurie rétention progressive de la femme jeune
- Infections urinaires à répétition
- Ancienneté des symptômes variables
- Examen neurologique est normal
- Pressions sphinctériennes élevées
- Hypertrophie sphinctérienne
- Association signes électriques et hormonaux



## Tests de l'intégrité de l'organisation nerveuse segmentaire



Arc réflexe sacré

EMG

38 msec

## Examen clinique de la dysurie de la femme

- toujours évoquer une étiologie neurologique :
  - femme âgée* : iatrogénie, sd cordon post, compression progressive;
  - femme jeune* : méningo radiculite
- éliminer cause urologique :  
sténose, prolapsus

