

Hyperactivité vésicale

Orientation diagnostique

Jacques Kerdraon
CRRF Kerpape
BP 78 58275 Ploemeur Cedex



DIU Paris 25/01/13

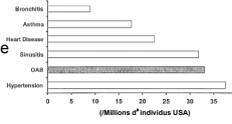
Plan

Introduction
 Définitions
 Le diagnostic
 Les étiologies

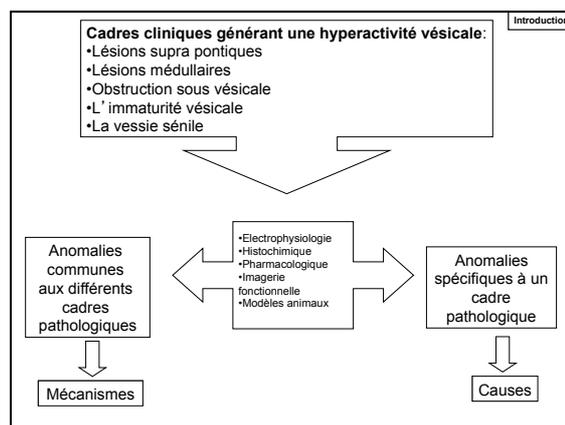
- Introduction
- Définitions et prévalences
- Les conditions du diagnostic
 - Interrogatoire
 - Les symptômes pertinents
 - Les aides au diagnostic positif
 - Le retentissement
 - Examen clinique
 - Les données cliniques indispensables
 - Les données cliniques orientées par le contexte
 - Le catalogue mictonnel
 - Les examens paracliniques
 - De première intention
 - ECBU
 - Echo résidu post mictionnel
 - Le BUD
 - Le test à l'eau glacée
 - Explorations électrophysiologiques
 - Tests végétatifs
 - L'imagerie
 - Les examens endoscopiques
 - Les tests pharmacologiques (= évaluation de la réponse au traitement)
- Eto pathogénies
 - Neurologique
 - Supra Pontique
 - Infra Pontique
 - Urogynécologique
 - Fonctionnel
 - Iatrogène
 - Etats frontières (Vessie sénile, immature)

Introduction

Introduction



- Condition chronique d' une grande fréquence
- Deux grands cadres:
 - La maladie neurologique (ou le processus causal?) est connue:
 - Il existe des référentiels (BM,SEP,HBP,etc..)
 - Quels sont les facteurs aggravants?
 - Existe-t-il des diagnostics associés?
 - Retentissement pronostic et de qualité de vie?
 - **La ou les étiologies sont inconnues**
 - Les éléments d'orientation diagnostique?
- Dans tous les cas une démarche diagnostique systématique:
 1. Reconnaître le symptôme.
 2. Identifier le ou les mécanismes.
 3. Identifier la/les causes.



Définitions

Introduction
 Définitions

Définition ICS du syndrome clinique d' hyperactivité vésicale (HV)
 Synonyme: « syndrome urgence-pollakiurie »
 Traduction: Overactive bladder syndrome, OAB, urgency-frequency syndrome

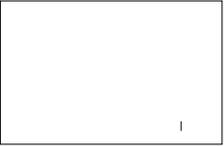
- **Episodes d'urgentes** +/- incontinence urinaire, habituellement associées à une **pollakiurie** ou une **nycturie**.
- **L' urgence** c'est le besoin impérieux d'uriner dont la satisfaction est difficile à différer. C'est un besoin pathologique
C'est le **symptôme central de l'HV**.
- **Absence** d'infection urinaire ou de pathologie locale organique évidente (tumeur, calcul..).

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

HV = pathologie de la phase de stockage de l' urine

Introduction
 Définitions

HD phasique



HD terminale



- HV est un syndrome clinique
- HD est un symptôme manométrique
- L' urgence s' observe en dehors de toute contraction du détrusor (50-60% des cas d' HV idiopathique).
- L' HD s' observe chez des sujets asymptomatiques.

Hashim, H., Abrams, P. Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? J Urol 2006. 175(1): 191-5.

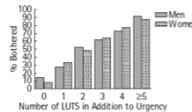
Introduction
Définitions

Définitions(2)

- Urgenturie
- Pollakiurie (++) Symptôme le plus corrélé à l'existence d'une HD manométrique (Van Brummen HJ, 2004)
- Nycturie (> 1 épisode de réveil pour uriner, avec ou sans polyurie)
- Incontinence par urgenturie

Etude EPIC sur 1434 participants:

- Intensité de la gêne corrélée au nombre de symptômes
- Symptôme urgenturie isolé (19% H/16% F)
- Association la plus fréquente : **Nycturie-Urgenturie**



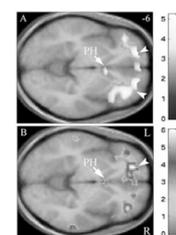
(Irwin DE et al. BJU Int. 2008.)

Physiopathologie de l'hyperactivité vésicale

Introduction
Définitions

L'urgenturie est un besoin pathologique distinct du besoin pressant ressenti à vessie pleine.
Le besoin (pressant) dérange - l'urgenturie surprend

Les zones corticales activées durant le remplissage vésical chez l'hyperactif sont distinctes du sujet normal et ce en dehors de toute contraction détrusorienne.



chez l'hyperactif:
hypo-activité du cortex orbito-frontal lorsque le volume vésical augmente comparativement au sujet normal.

Griffiths D et al. J.Urol. 2005

Introduction
Définitions

Les limites de la définition ICS

1. Particularité de l'Hyperactivité vésicale neurologique de la lésion médullaire complète: (Urgenturie/)
2. Des situations pathologiques:
 - Lésions supra pontiques.
 - Lésions médullaires
 - Obstruction sous vésicale.
 - HV idiopathique.

Mais aussi des situations «physiologiques»

- **Immaturité et Vieillessement.**

Similitude avec symptômes observés au cours des agressions de la paroi vésicale qui par définition excluent le diagnostic (cystite infectieuse chimique, tumeurs, corps étranger...)

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Interrogatoire Les antécédents significatifs

- Age de la continence+++
- Evénements de la petite enfance et de la puberté (**Infectieux** , chirurgicaux..)
- Contexte familial repéré
- ATCD par pathologie:
 - Neurologique. Episode déficitaire transitoire
 - Urologique
 - Chirurgical
 - Gynécologique et obstétrical

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Sémiologie des troubles Un interrogatoire « appuyé »

- **Installation** des symptômes
 - Progressif ou **brutal**.
 - Evènement **bruyant** (Rétention aigue++)
 - Quel évènement **satellite** de l'installation des symptômes (accouchement, AG, chir..)
 - Début **nocturne**
 - Caractère **secondaire** ou intervalle libre
- Les **signes accompagnateurs**
 - L'association de **TGS et/ou TAR**
 - Toute symptomatologie **déficitaire** satellite associée (motrice ,sensorielle,cognitive,végétative)
 - Signes **rachidiens**
- **Modification** de la typologie des troubles est toujours suspect
 - Témoin d'un passage à l'automatisme en cas de lésion médullaire (√ l'étiologie)
 - Témoin du développement d'un RPM
 - Témoin de l'extension en étendue, niveau ou dissémination spatiale.

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Interrogatoire Quelles questions incontournables sur l' HV?

- Quel est votre symptôme le plus gênant?
- Définition de l' urgenturie: Poser la bonne question
 - Soudaineté: Délai de sécurité?
 - Aptitude à se retenir avant les toilettes. Le besoin impérieux dérange, l'urgenturie surprend
 - Tonalité de la sensation: désagréable/douloureux.
 - Sensibilité aux manœuvres facilitatrices?
 - Existe-t-il des manœuvres pour l'inhiber
- L' urgenturie est elle isolée ou associée à une **dysurie (+++)** et si oui **quelle typologie**
 - **Initiale ++**
 - Miction **provôquée** (percussion ,poussée,etc..)
 - Miction **hachée**
 - Dysurie **intermittente** ou constante
 - Episodes de **blocage**

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Quel est l'examen clinique minimal devant tout syndrome clinique d'HV?

- **Examen standardisé, trans disciplinaire**
 - Chez la femme
 - Inspection vulvo vaginale
 - Manœuvres de Vasalva
 - Chez l'homme
 - Palpation de la prostate
 - Recherche d'anomalies morpho statiques de la région lombo sacrée et des pieds.
- **Déterminé par plusieurs paramètres:**
 - Il existe déjà des éléments d'orientation quant au mécanisme:
 - Epreuves de Vasalva chez la femme
 - Il existe déjà des éléments d'orientation quant à la cause:
 - Obstructive
 - Neurologique
 - Uro gynécologique
 - Métabolique
 - Constitutionnelle

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Examen morphostatique+++

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Méramère	Atteinte motrice	Atteinte sensitive	Niveau réflexe
S1	Triceps sural	Face ext de jambe Bord ext de pied	Achilléen
S2	Intrinsèques du pied Fascisseurs des orteils	Face post cuisse	Médo-plantaire Bulbo-caverneux Clitoro-anal
S3	Sphincter anal Pénée antérieur	Face post fesse	Bulbo-caverneux Clitoro-anal
S4	Sphincter anal Pénée antérieur	Marge anale	Bulbo-caverneux Clitoro-anal
S5		Triangle retroanal	

Métamérisation médullaire sacrée

	Testicule Ovaire	Enlle Colon	Prostate	Utérus	Rein Uretere	Epididyme Ameuse	Rectum	Vessie
D99								
D11								
D12								
L1								
L2								
L3								
L4								
L5								
S1								
S2								
S3								
S4								

Systématisation de la sensibilité viscérale selon Déjerine

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Examen physique chez la femme

- Atrophie vulvo vaginale
- Carence oestrogénique
- Pelvic floor dysfunction
- Cotation du prolapsus

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Examen neuropérinéel

Territoires cutanés de la sensibilité

Réflexe anal nociceptif

Réflexe bulbocaverneux

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Réflexes cutanés

Valeur prédictive positive du syndrome pyramidal+++

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Quels examens paracliniques de première intention devant tout syndrome clinique d' HV

- Uroculture
- Echographie vésico rénale avec écho résidu
 - L'association HV/Résidu doit évoquer une possible étiologie neurologique par réorganisation spinale
 - Est le complément indispensable du catalogue mictionnel

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Uroculture

- Examen central en préalable à toute évaluation diagnostique.
- Depuis la simple bandelette urinaire jusqu' à l' analyse cyto bactériologique et physico chimique.
 - Hématurie: Carcinome urothélial in situ
 - Glycosurie: symptômes associés de polyurie
 - Recherche de nitrites ou de leucocyte estérases: Spécificité et sensibilité significativement supérieures à celle des deux tests isolés

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Uroculture

- Hématurie:
 - Macroscopique: prévalence communautaire de 2,5%(Ritchie et al, 1986)
 - Population de 1930 patients (1194 M et 736 F), âge moyen de 58,3 ans.

	All Pts. (%)	No. Females (%)	No. Males (%)
No. diagnosis	1,168 (60.5)	492 (66.8)	676 (56.6)
Renal Ca	12 (0.6)	2 (0.3)	10 (0.8)
Urothelial Ca	2 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.1)
Bladder Ca	208 (11.9)	64 (7.5)	176 (14.7)
Prostate Ca	8 (0.4)	1 (0.1)	7 (0.6)
Stone disease	69 (3.6)	18 (2.4)	51 (4.3)
Urinary tract infection	251 (13.0)	115 (15.6)	136 (11.4)
Nephrological disease	190 (9.8)	59 (7.2)	137 (11.5)
Totals	1,930 (100.0)	736 (100.0)	1,194 (100.0)

- Conclusions:
 - Recommandations de l'urétéro cystoscopie en présence d'une hématurie microscopique, y compris chez le sujet jeune.
 - Doit être pris en compte la valeur prédictive du caractère macroscopique ou microscopique.

(Khadra MH et al, J Urol , 2000)

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Catalogue et résidu post mictionnel

- Paramètres indispensables:
 - L'heure de la miction
 - Le volume uriné
 - La survenue de fuites/protéctions
- La durée du recueil:
 - Trois jours consécutifs(III C)

Introduction
Définitions
Le diagnostic

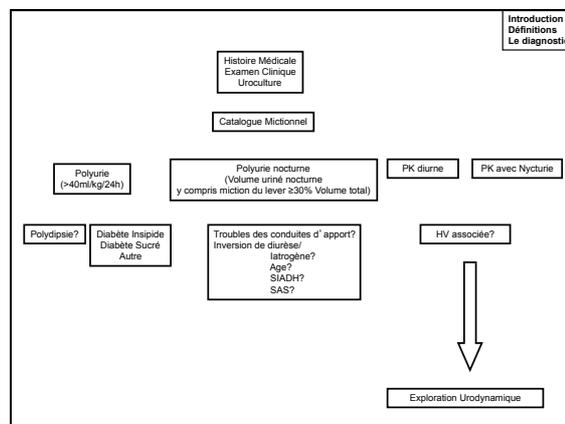
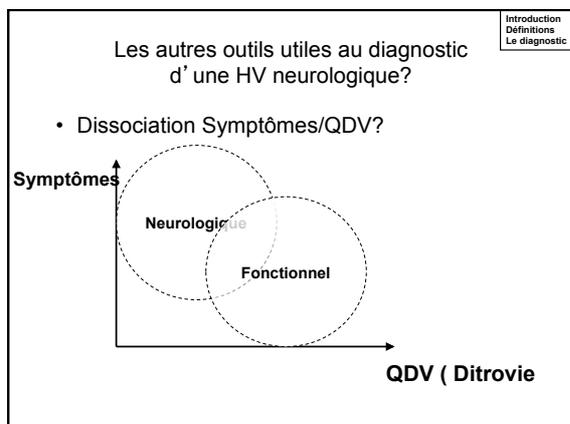
Catalogue. Exemple 1 Femme 38 ans.HV isolée

Date	Heure	Volume	Résidu	Heure lever/ coucher	Fuite	
02/04/10	7.13	480		7.13	+++	
	9.06	70				
	10.00	90				
	11.00	60			++	
	12.06	80				
	13.30	50				
	14.35		1200		++	
	14.40	90				
	17.40	60				
	19.00	80				
	20.40	50				
	23.00	90			++	
				23.00		
	03/04/10	7.12	400			+++

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Catalogue. Exemple 2 Femme 38 ans.HV et dysurie

Date	Heure	Volume	Résidu	Heure lever/ coucher	Fuite
02/04/10	7.13			7.13	
	8.40	380			
	10.00				+++
	10.05	60			
	11.30	350			
	12.00				+++
	13.00	400			
	14.40	50	2200		
	15.00	250			
	17.00	100			
	19.00	250			
	19.10	50			++
	22.00	100			
				23.00	
03/04/10	3.00	90			++
	5.00	200			



Introduction
Définitions
Le diagnostic

Classification fonctionnelle des hyperactivités vésicales

	Maladie neurologique	Idiopathique	
		Perception de la CNID	Non Perception de la CNID
Hyperactivité Détrusorienne Terminale	- TEG positif - Miction desinhibée - Troubles de la sensation de passage des urines - Absence de commande volontaire stricte d'urgence	+	+++
Hyperactivité détrusorienne phasique		+++	+
Réponse au traitement		+	+++
Seuil électrique		+++	+

Wyndaele et al, J Urol, 2004,172(5PT1)

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Classification fonctionnelle des hyperactivités vésicales

	Test à l'eau glacée	Besoin	Synergie vésico-sphinctérienne	Commande volontaire de la miction	Inhibition volontaire de la miction
Vessie hyperactive non inhibée	+	Diminué	Normale	Diminuée	Diminuée
Détrusor instable	+/-	Augmenté	Normale	Normale	Présente
Vessie réflexe spinale	+	Diminué ou aboli	Abolie	Abolie	Absente

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Classification fonctionnelle des hyperactivités vésicales

	Maladie neurologique	Pas de maladie neurologique « Idiopathique »
Hyperactivité Détrusorienne Terminale	- TEG positif - Miction desinhibée - Troubles de la sensation de passage des urines - Absence de commande volontaire stricte d'urgence	
Hyperactivité Détrusorienne Phasique		+++

Fall et al, 1995, Neurourolog Urodyn , Geilrsson et al, 1993, Inr Urogynecol

Introduction
Définitions
Le diagnostic

DONNEES URODYNAMIQUES	Vessie centrale	Vessie Périphérique
sensibilité vesicale pendant le remplissage	normale	diminuée ou abolie
activité du détrusor	augmentée : apparition de contraction non inhibée de plus de 15 cm d'eau pendant le remplissage	diminuée : impossibilité de générer une contraction du détrusor
compliance vesicale	normale	en règle augmentée
capacité vesicale	diminuée	augmentée
test	test à l'eau glacée positif	test à l'urétricine positif
contraction détrusorienne	normale : présente (parfois élevée si dyssynergie vésico-sphinctérienne)	diminuée ou abolie : acontractilité vésicale
synergie vesico sphinctérienne	normale si lésion encéphalique, dyssynergie si lésion médullaire suprasacrée	normale
pression uretrale	variable	en règle diminuée
DONNEES ELECTRIQUES	emg normal, latences sacrées normales, latences distales normales; altération des potentiels cérébraux du nerf pudendaal; altération des potentiels par stimulation magnétique centrale	emg altéré; latences sacrées augmentées ou abolies; augmentation des latences distales; altération des potentiels cérébraux et des potentiels végétatifs

BUD: Rechercher aussi

- Lors de la phase de remplissage
 - Les tests provocatifs
- Lors de la phase de miction
 - Les possibilités d'initiation volontaire de la miction
 - Spontanée?
 - Assistée? Suspect: Percussion, PA, Crédeé etc....
 - Les possibilités d'inhibition volontaire de la miction+++
 - Interruption du jet? = R.Périnéo Détrusorien Inhib Intègre
 - Suppression de l'activité contractile détrusorienne? = Arc Mictionnel coordonné SBS pour une part toujours actif.
 - Recrutement efficace de l'activité striée du SSU? = Intégrité de la voie motrice cortico spinale à destination périnéale
 - Evaluation de la pression détrusorienne isovolumétrique.

BUD: Recueillir des arguments pour un néoréflexe spinal.

- La DVS n'est qu'une des expressions du **néoréflexe spinal** d'afférences C mécano sensibles à bas seuil associant:
 - Des signes **positifs**
 - Hyperactivité détrusorienne
 - La positivité du test à l'eau glacée
 - Hyperreflexie autonome si lésion au dessus de D6
 - Des signes **négatifs**
 - Défaut d'initiation volontaire de la miction
 - Défaut de commande volontaire d'interruption du jet
 - Insuffisance d'auto entretien de la phase mictionnelle (De Groat, 88)
- Elle est **toujours** le témoin d'une lésion ou réorganisation intéressant les voies médullaires.
- L'importance de cette réorganisation est fonction du niveau et de l'étendue de l'atteinte (Compleet/Incomplet. Cerv>Thor>Sac)

BUD: Recueillir des arguments pour un néoréflexe spinal.

Cystomanométrie avec EMG
Débit avec PA

Explorations électrophysiologiques périnéales

- Quelles indications:
 - Arguments pour une lésion du cône terminal
 - Arguments pour une atteinte des voies longues médullaires

Explorations Electrophysiologiques Périnéales

DONNEES URODYNAMIQUES	Introduction Définitions Le diagnostic	
	Vessie centrale	Vessie Périphérique
sensibilité vesicale pendant le remplissage	normale	diminuée ou abolie
activité du detrusor	augmentée : apparition de contraction non inhibée de plus de 15 cm d'eau pendant le remplissage	diminuée : impossibilité de générer une contraction du detrusor
compliance vesicale	normale	en règle augmentée
capacité vesicale	diminuée	augmentée
test	test à l'eau glacée positif	test à l'urétraline positif
contraction detrusorienne	normale: présente (parfois élevée si dyssynergie vésico-sphinctérienne)	diminuée ou abolie : acontractilité vésicale
synergie vesico sphinctérienne	normale si lésion encéphalique, dys-synergie si lésion médullaire suprasacrée	normale
pression uretrale	variable	en règle diminuée
DONNEES ELECTRIQUES	Introduction Définitions Le diagnostic	
	emg normal, latences sacrées normales, latences distales normales; altération des potentiels cérébraux du nerf pudenda; altération des potentiels par stimulation magnétique centrale	emg altéré; latences sacrées augmentées ou abolies; augmentation des latences distales; altération des potentiels cérébraux et des potentiels végétatifs

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Sensibilité des explorations électrophysiologiques Contribution au bilan lésionnel

- Potentiels évoqués sométhésiques du nerf pudendal
 - Exploration des afférences larges myelinisées
 - Pas de stimulation discriminative des voies afférentes périphériques tant chez l'homme que chez la femme. Meilleure rentabilité des PES du N Tibial Post
 - Rentabilité des PES corticaux étagés du N Pudendal limitée

	Total No. Men/Women	No. Pts./Total No. (%)	
		Normal P1 Latency	Abnormal P1 Latency
Neurological history:			
Pos.	21/9	16/30 (53.3)	14/30 (46.7)
Neg.	10/4	14/14 (100)	0/14 (0)
Neurological physical examination:			
Pos.	14/7	10/21 (47.6)	11/21 (52.4)
Neg.	17/6	20/23 (87.0)	3/23 (13.0)
Neurological history/neurological physical examination:			
Pos./pos.	11/6	6/17 (35.3)	11/17 (64.7)
Neg./neg.	7/3	10/10 (100)	0/10 (0)
Pos./neg.	10/3	10/13 (76.9)	3/13 (23.1)
Neg./pos.	3/1	4/4 (100)	0/4 (0)

Klausner AP et al, 1996

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Sensibilité des explorations électrophysiologiques Dans le bilan d' une HV

- HV avec des anomalies cliniques/cystomanométriques suggestives d' une étiologie neurologique
 - Contribution des tests au bilan topographique
 - PES du Nerf Tibial Post > Pudendal
 - LRBC
 - EMG de détection
- HV sans anomalies cliniques/cystomanométriques:
 - Les tests classiques du contingent somatique n'augmentent pas significativement la rentabilité diagnostique.
 - Peu de données encores disponibles sur la rentabilité des tests végétatifs cardio vasculaires mais contribution probable des tests végétatifs (Hubeaux et al,2007)

Introduction
Définitions
Le diagnostic

Echographie Rein Vessie Contribution de l' imagerie dans le bilan d' une HV non compliquée

Delke M NeuroUrol Urogynd 2010

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Plan

- Introduction
- Définitions et prévalences
- Les conditions du diagnostic
 - Interrogatoire
 - Les atcds péficients
 - Les aides au diagnostic postitif
 - Les aides au retrinitissement
 - Examen clinique
 - Les données cliniques indispensables
 - Les données cliniques orientées par le contexte
 - Le catalogue mictionnel
 - Les examens paracliniques
 - De première intention
 - ECBU
 - Echo résidu post mictionnel
 - Le BUD
 - Le test à l'eau glacée
 - Explorations électrophysiologiques
 - Tests végétatifs
 - L'imagerie
 - Les examens endoscopiques
 - Les tests pharmacologiques (= évaluation de la réponse au traitement)
- Etiopathogénies
 - Neurologique
 - Supra Pontique
 - Infra Pontique
 - Urogynécologique
 - Fonctionnel
 - latrogène
 - Etats frontières (Vessie sénile, immature)

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Formes Cliniques Démarche diagnostique dans l' HV chez la femme quels examen utiles?

- 1 Aucun Je traite immédiatement une HV idiopathique par anticholinergique
- 2 Examen clinique (4 points clefs)
 - Uro gynéco - imprégnation H - Neuro - commande périnéale
- 3 ECBU
- 4 Calendrier mictionnel
- 5 Echographie (rein vessie RPM)
- 6 Cystoscopie
- 7 Cytodiagnostic urinaire
- 8 Bilan urodynamique
- 9 Outils symptômes et outils QDV,PGI-I

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Formes Cliniques Démarche diagnostique dans l' HV chez la femme quels examen utiles?

- 1 Aucun Je traite immédiatement une HV idiopathique par anticholinergique
- 2 Examen clinique (4 points clefs)
 - Uro gynéco - imprégnation H - Neuro - commande périnéale
- 3 ECBU
- 4 Calendrier mictionnel
- 5 Echographie (rein vessie RPM)
- 6 Cystoscopie
- 7 Cytodiagnostic urinaire
- 8 Bilan urodynamique
- 9 Outils symptômes et outils QDV,PGI-I

Formes Cliniques
Démarche diagnostique dans l' HV chez la femme
quels examen utiles?
6 à 12 semaines : Amélioration modeste..
PGI-I

<Chiffre	>Description
-1	-Beaucoup mieux
-2	-Mieux
-3	-Également mieux
-4	-Pas de changement
-5	-Également moins bien
-6	-Moins bien
-7	-Beaucoup moins bien

Hyperactivité vésicale réfractaire
Quelle démarche?

- Le mécanisme de l' HV est il bien compris?
 - Anomalies des mécanismes de clôture?
- Bilan urétro cystomanométrique(avec Vidéo?)
 - Cystographie? avec VLPP
 - Contribution clinique majeure.
- Compléter le bilan urologique
 - Cystoscopie

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Formes Cliniques
Démarche diagnostique dans l' HV chez l' homme
quels examen utiles?

A Catalogue mictionnel?
B Bandelette urinaire?
C Ionogramme et urée sanguine?
D Questionnaire de QDV et symptômes?
E Dosage du PSA?
F Cystoscopie?
G Débitométrie et mesure du résidu post mict?

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Formes Cliniques
Démarche diagnostique dans l' HV chez l' homme
quels examen utiles?

A Catalogue mictionnel?
B Bandelette urinaire?
C Ionogramme et urée sanguine?
D Questionnaire de QDV et symptômes?
E Dosage du PSA?
F Cystoscopie?
G Débitométrie et mesure du résidu post mict?

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Formes Cliniques
Démarche diagnostique dans l' HV chez l' homme
quels examen utiles?

Initial Management of Urinary Incontinence in Men

HISTORY/SYMPTOM ASSESSMENT

- Post-micturition dribble
- Post-prostatectomy incontinence
- Incontinence with urgency / frequency
- "Complicated" incontinence:
 - Recurrent incontinence
 - Incontinence associated with:
 - Pain
 - Hematuria
 - Recurrent infection
 - Voiding symptoms
 - Prostate irradiation
 - Radical pelvic surgery

CLINICAL ASSESSMENT

- General assessment (see relevant chapter)
 - Urinary diary and symptom score
 - Assess quality of life and desire for treatment
- Physical examination: abdominal, rectal, rectal neurological
- Urinalysis = urine culture → if infected: treat and reassess
- Assess post-void residual urine by abdominal examination (optional: by ultrasound)

PRESUMED DIAGNOSIS

- STRESS INCONTINENCE due to sphincter incompetence
- MIXED INCONTINENCE
- URGE INCONTINENCE due to detrusor overactivity
- Any other abnormality detected (e.g. significant post void residual)

Introduction
Définitions
Le diagnostic
Les étiologies

Take home messages

- Démarche invariable dans l' approche diagnostique d' une hyperactivité vésicale:
 - Savoir reconnaître le(s) symptôme(s).
 - Interrogatoire
 - Examen clinique
 - Le catalogue mictionnel +++
 - Les échelles de symptômes
 - Savoir comprendre le mécanisme
 - Savoir identifier la/les cause(s).
- Pas de correspondance stricte HV=HD=Lésion du SNC
- La réponse aux différents traitements de première intention n' est pas spécifique du mécanisme ou de la cause de l' HV

Perspectives

- Le NGF est un des facteurs neurotrophiques qui assurent la maintenance de l' innervation végétative des fibres C et A delta
- Le NGF est exprimé dans l' urine dans différentes situations pathologiques s' accompagnant d' une hyperactivité vésicale clinique.
- Il est responsable d' une sensibilisation des afférents

Taux urinaire par méthode ELISA normalisé/Créatinine Sérique

Yokoyama T, Kusun H, Nagai A. Correlation of urinary nerve growth factor level with pathogenesis of overactive bladder. NeuroUrol Urodyn. 2008;27(5):417-20