

LES TROUBLES MICTIONNELS
PSYCOMPORTEMENTAUX
(Troubles mictionnels
et maladies psychiatriques,
Troubles mictionnels psychogènes)

DIU NEURO-UROLOGIE

2013

Diagnostic

- Identifier le trouble psychique ou psychiatrique
- Classer le fonctionnement vésical
- Inventorier les pathologies associées
- Explorer le contexte psycho-social
- Dégager le motif réel et évaluer la place du trouble mictionnel dans la vie du patient.

BILAN DE L'ORGANICITE

UROGYNECOLOGIQUE

NEUROLOGIQUE

GENERAL

ARBRES DE DECISION

➤ incontinence urinaire

(chez la femme)

➤ dysurie

(chez l'homme et chez la femme)

BILAN PSYCHOLOGIQUE

TESTS DE PERSONNALITE

MMPI

RORSCHACH

FIGURE DE REY

BILANS SPECIFIQUES

DEPRESSION

ANXIETE

BILANS DE QUALITE DE VIE

BILANS COGNITIFS

CLASSIFICATION DSM IV

LE DISCOURS DU PATIENT

Révèle :

➤ la structure inconsciente du sujet

➤ sa psychopathologie

➤ son type de communication

➤ les liens sociaux

Applications : hystérie, psychoses,
hypocondrie, maladies psychosomatiques

| SFU | TR. FONCT. URINAIRES | TR. PSYCHOPATHOLOGIQUES |
|---------------|---|--|
| BESOIN | augmenté | atypique, discordant |
| SENSIBILITE | douleur +/- | douleur ++, typologie particulière |
| AUTRES SIGNES | pas de tr. psychopathol. retentiss. psychosocial | diagnostic psychopathol. ++ consultation ++ |
| MICTION | IU, rétention, dysurie douleur +/- | IU, rétention, dysurie douleur +/- |
| POLLAKIURIE | + concordance BUD | + typologie particulière |
| DYSURIE | + SFU associés | + typologie particulière "spasme" - urèthre normal |
| RETENTION | | + examens compl. discordants troubles psychopathol. + |
| IU | typologie particulière SFU associés : pk, dys... | typologie particulière troubles psychopathol. + |
| TR. ASSOCIES | douleur +/- troubles digestifs | douleur +/- ; tr. digestifs +/- ; TGS contexte ++ personnel, familial |

Troubles urinaires et maladies psychiatriques TYPOLOGIE

| | Nombre de cas | |
|---|-----------------|---------------|
| | ♀ | ♂ |
| 1 - Troubles anxieux (anxiété généralisée, phobies, TOC) | 169 | 8 |
| 2 - Syndromes dépressifs | 310 | 70 |
| 3 - Troubles somatoformes (hystérie) | 44 | 2 |
| 4 - Schizophrénie | 104 | 122 |
| 5 - Troubles psychocomportementaux, abus sexuels, énurésie | 249 | |
| 6 - Troubles psychosomatiques et troubles fonctionnels (instabilité vésicale, syndrome urétral, spasmophilie) | 385 | 140 |
| TOTAL | 1 012 (75 %) | 342 (25 %) |
| 7 - Troubles mictionnels et médicaments à visée psychiatrique | | |

NEVROSES D'ANGOISSE, NEVROSES OBSESSIONNELLES

| Nb de cas | Signes fonct. urinaires | | | | | Données urodyn. | | | | | |
|-----------------|-------------------------|-------|-----|-----|-------|-----------------|-----|----|----|---|---|
| | IU | IUEPK | Dys | Rét | Enur. | ACT. | DÉT | PU | | | |
| | | | | | | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↘ |
| Litt. | 169 | 138 | 19 | 8 | 3 | 1 | 27 | 30 | 32 | | |
| Perso | 8 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 6 | 1 | 2 | 3 | |

Recherches sur les facteurs psychologiques

STRAUB & al. (1949)

- Affirment l'existence d'une relation entre dysfonctionnement vésical et états émotionnels.
- Ils suggèrent que certains conflits émotionnels peuvent aggraver, voire créer chez certains, des symptômes urinaires.
- Anxiété, tension et conduites agressives sont associées avec un hyperfonctionnement vésical.
- Découragement, détachement émotionnel et comportements auto agressifs sont associés avec une hyperactivité vésicale.
- Il faut donc **identifier les situations conflictuelles** qui s'associent et sont corrélées aux troubles vésicaux.
- Toutefois, on ne sait rien de la façon dont les sujets « normaux » répondent au stress sur le plan vésical

HAFNER et al (1977)

- 26 femmes présentent un syndrome pollakiurique
- 2 groupes névrotiques et non névrotiques /score de 3 inventaires de personnalité
- le but est de voir l'amélioration sous psychothérapie associée au training autogène.
- 80% du groupe névrotique s'améliore du point de vue symptomatique et obtient un score plus faible de neuroticisme (échelle de traits anxieux, dépressifs mineurs, phobiques, histrioniques et obsessionnels mineurs permanents) à 3 mois
- les patientes du groupe non ou peu névrotiques sont faiblement améliorées et ne répondent plus au traitement psychologique.
- Les auteurs concluent que les patientes avec syndrome urétral du groupe non ou peu névrotiques avaient tendance à nier ou sous estimer leurs symptômes névrotiques.
- critique : petit échantillon, pas de groupe contrôle, pas de critère objectif d'amélioration

LES SYNDROMES DEPRESSIFS (310 femmes et 70 hommes)

| Nb de cas | Signes fonct. urinaires | | | | | Données urodyn. | | | | | |
|-----------------|-------------------------|-------|-----|-----|-------|-----------------|-----|----|---|---|---|
| | IU | IUEPK | Dys | Rét | Enur. | ACT. | DÉT | PU | | | |
| | | | | | | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↘ |
| Litt. | 317 | 297 | | | | 20 | | | | | |
| Perso | 63 | 32 | 16 | 19 | 9 | 4 | 5 | 44 | 6 | 5 | 9 |
| | | | | | | 7 | 2 | | | | |

TROUBLES SOMATOFORMES

TR. SOMATISATION

- Polysymptomatique
- Survenant avant l'âge de 30 ans
- Persistant plusieurs années
- Associant douleurs, symptômes gastro-intestinaux, sexuels et pseudo-neurologiques

TR. SOMATOFORME

- INDIFFERENCIE
- Plaintes somatiques inexplicables
- Persistant au moins six mois

TR. DE CONVERSION

- Syndromes ou déficits inexplicables touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant une affection neurologique ou médicale générale

TR. DOULOUREUX

- Douleur au centre du tableau clinique
- Rôle important des facteurs psychologiques
- HYPOCHONDRIE
- Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques

| L 'HYSTERIE (44 femmes et 2 hommes) | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-----|----|-----|-----|-----------------|----------|---|---|----|---|---|
| Signes fonct. urinaires | | | | | | Données urodyn. | | | | | | |
| Nb de cas | IU | IUE | PK | Dys | Rét | Enur. | ACT. DÉT | | | PU | | |
| | | | | | | | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↘ |
| Litt. | 36 | 12 | 2 | 1 | 2 | 19 | | | | 3 | | |
| Perso | 10 | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 |

| LA SCHIZOPHRENIE (104 femmes et 122 hommes) | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|-----|-----|-----------------|----------|----|----|----|----|-------|
| Signes fonct. urinaires | | | | | | Données urodyn. | | | | | | |
| Nb de cas | IU | IUE | PK | Dys | Rét | Enur. | ACT. DÉT | | | PU | | |
| | | | | | | | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↘ |
| Litt. | 212 | 127 | 14 | | | | 2 | 19 | 50 | 9 | 20 | 3 3 4 |
| Perso | 14 | 2 | 1 | | | | 5 | 6 | 7 | 2 | 1 | 1 1 1 |

| LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|-----|-----|-----------------|----------|---|---|----|---|---|
| Signes fonct. urinaires | | | | | | Données urodyn. | | | | | | |
| Nb de cas | IU | IUE | PK | Dys | Rét | Enur. | ACT. DÉT | | | PU | | |
| | | | | | | | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↘ |
| Litt. | 249 | 12 | 2 | 106 | 106 | 143 | | | | | | |

| ABUS SEXUELS CHEZ L 'ADULTE | |
|---|--|
| PLAINTES SOMATIQUES diverses avec particulièrement : >Syndrome douloureux chronique >Troubles généraux >Troubles gastro-intestinaux (sd du côlon irritable, anisme) >Troubles mictionnels (pollakiurie, impériosité mictionnelle, dysurie, douleurs vésicales ou uréthrales, hyperactivité vésicale, hypertonicité uréthrale, pseudo-dyssynergie) | >Troubles génitosexuels >Interventions chirurgicales multiples TROUBLES PSYCHOPATHOL. >Syndromes dépressifs +/- tentatives d 'autolyse, anxiété, phobies, névrose post-traumatique, troubles somatoformes >Troubles relationnels, revendications multiples >Troubles de la parentalité |

| ENURESIE TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES | |
|--|---|
| CONTEXTE GLOBAL >Maturation >Relations enfant-entourage comprenant des facteurs spécifiques et non spécifique | MALTRAITANCE (sd de Hinman) ABUS SEXUELS >Critères cliniques : incontinence nocturne et diurne, encoprésie, infections urinaires à répétition, absence d 'obstacle anatomique, examen neurologique normal |
| POSITION DE L 'ENFANT PAR RAPPORT A SON SYMPTÔME >Gêne >Souhait d 'amélioration >Indifférence >« Accrochage » | >Altérations radiographiques >Critères urodynamiques : asynchronisme vésicosphinctérien >Critères psychologiques : anxiété, introversion, timidité |

| AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES ET TROUBLES MICTIONNELS FONCTIONNELS | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|-----|-----|-----------------------|----------|----|-----|----|----|-------|
| Signes fonct. urinaires | | | | | | Données urodynamiques | | | | | | |
| Nb de cas | IU | IUE | PK | Dys | Rét | Enur. | ACT. DÉT | | | PU | | |
| | | | | | | | N | ↗ | ↘ | N | ↗ | ↘ |
| Litt. | 525 | 110 | 88 | 209 | 64 | 36 | 18 | 51 | 187 | 5 | 18 | 35 17 |
| Perso | 100 | 33 | | 94 | 27 | | 9 | | | | | |

INSTABILITE VESICALE

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Forme mineure d'hyperréflexivité ➤ Bonne corrélation entre données cliniques (pollakiurie, impériosité) et cystomanométriques | <p>ETIOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Présence de lésion organique ➤ Absence de lésion organique |
|--|---|

SYNDROME URETHRAL

SYNONYMES

- Cystalgies à urines claires
- Cystopathie (psychosomatique)
- Uréthrocystopathie
- Uréthrocystalgie
- Uréthrotrigonite

DEFINITION :
pollakiurie, nycturie, dysurie, mictions impérieuses + incontinence, douleurs diverses (hypogastriques vésico-uréthrales, lombaires, dyspareunie)

ETIOPATHOGENIE

- Rôle d'un spasme du sphincter strié
- Rôle de facteurs infectieux ou inflammatoires locaux
- Théorie psychosomatique (urèthre équivalent sexuel chez la femme)

a)CHERTOK et al.(1977) Enregistrement de 55 patients avec syndrome urétral.

- 63% se plaignent de maux de têtes, douleurs gastriques ou autres
- 40% se plaignent d'anxiété, dépressions ou phobies.
- Le début des troubles urinaires est en moyenne entre 36 et 50 ans.
- La plupart des patients rapportent l'absence de toute vie sexuelle, y compris ceux qui sont mariés.

33 patients furent pris en psychothérapie.

- 3 seulement continuèrent au delà de 2 mois
- La difficulté à décrire leur symptômes était considérée comme une caractéristique de leur indétermination par des représentations imaginaires

b)CARSON et al.(1974)

- 56 femmes avec syndrome uretral, évaluées avec MMPI
- comparées à groupe contrôle hospitalisé en médecine
- montre une élévation significative aux échelles hystérie, hypochondrie et schizophrénie

Psychopathologie des troubles urinaires

ÉTUDE DES MÉCANISMES ?

La vessie, "miroir de l'âme", est contrôlée par les systèmes ortho et parasymphatique

Le mécanisme des troubles mictionnels psychogènes fait évidemment intervenir le système neurovégétatif

La maturation physiologique du contrôle sphinctérien s'accompagne d'une éducation

La physiologie sphinctérienne est donc en partie façonnée par le langage et l'échange avec l'adulte

Rôle de l'habitude dans la miction

- Des sensations spéciales nous avertissent en permanence des actes que nous devons accomplir pour assurer nos propres fonctions organiques
- Certains organes tels que la vessie ou le tube digestif peuvent exécuter leurs fonctions en dehors de notre action (volontaire) mais ont besoin de notre intervention en début ou en fin d'exécution

- La sensation de « besoin » est le signal, d'abord vague puis de plus en plus impérieux, qui nous avertit du moment indispensable pour intervenir volontairement
- L'animal obéit directement à ses besoins, alors que l'homme peut adopter divers comportements pour différer la satisfaction du besoin d'une façon plus ou moins préjudiciable
- les troubles urinaires d'origine psychogène peuvent être considérés globalement comme résultant de ces mauvaises habitudes acquises.

- A côté des influences extérieures physiques telles que le froid, nos habitudes urinaires sont le plus souvent créées de toute pièce par nous mêmes pour notre commodité personnelle.
- Nos habitudes urinaires sont telles que, au-delà de sa capacité physiologique ou anatomique, notre vessie se trouve surtout dotée d'une « *capacité psychologique* ».

Rôle de l'attention dans la miction

- Certains sujets doivent concentrer leur attention sur une autre tâche (lire, siffler...) pour permettre le relâchement sphinctérien.
- D'autres ont besoin de se distraire et sont incapables de se relâcher dès lors qu'ils pensent à l'acte.
- Le « bégaiement urinaire » (Paget) consiste en une incapacité à uriner, voire au risque de rétention, en présence d'autrui ou en dehors des conditions familières et usuelles pour le sujet.

L'APPORT DES PSYCHANALISTES

- **FREUD (1905)**
 - Discute la notion de sexualité infantile
 - Affirme que la curiosité d'un enfant pour l'acte sexuel s'associe et s'étend à l'acte de défécation et d'urination.
 - Considère que l'urètre est une « zone érogène »
 - Et qu'à ce titre il est l'objet d'une excitation de type sexuel

• LACAN - DOLTO

La physiologie subit normalement l'influence du langage (castration)

→ zones périnéales = « zones érogènes »

La castration peut n'avoir jamais eu lieu

• Psychose

La castration n'est pas acceptée facilement

• Symptômes urinaires psychogènes des sujets normaux

• Névrose (hystérie)

LES POINTS FORTS

- Les troubles mictionnels psychogènes sont un diagnostic d'exclusion.
- Ils sont caractérisés par l'absence de cause organique ou d'étiologie neurologique.
- Un lien temporel existe entre symptômes et survenue des facteurs psychologiques.
- Ils répondent à des soins psychothérapeutiques, psychopharmacologiques et/ou comportementaux.

- Les patients qui se plaignent de troubles mictionnels sont très nombreux en pratique urologique.
- Les explorations urodynamiques n'élucident qu'une part minoritaire des cas.
- L'urodynamique apporte pourtant compréhension des mécanismes et aide au traitement.
- La prise en considération des facteurs psychologiques associés paraît donc essentielle et indispensable
 - pour saisir la détresse induite par ces symptômes
 - pour préciser leur rôle dans le développement et le maintien des troubles

LES TROUBLES MITIONNELS ET LES TRAITEMENTS A VISEE PSYCHIATRIQUE

TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS INDUITS PAR LES TRAITEMENTS ANTIDEPRESSEURS

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Rétention : les tricycliques - Rétention et dysurie toujours cités - Surtout en cas d'obstacle présent (prostate) - Rare chez l'adulte jeune ou chez la femme - Les nouveaux - Cas isolés avec la majorité des traitements : Prozac*, Zoloft*, Effexor* | <ul style="list-style-type: none"> • Incontinence : - Quelques cas d'incontinence urinaire comportant fuites nocturnes, urination, mictions impérieuses - Concernent les traitements sérotoninergiques : Zoloft *, Déroxat* |
|--|--|

TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS INDUITS PAR LES TRAITEMENTS NEUROLEPTIQUES

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • les anciens - cas isolés d'incontinence ou de rétention en association avec des antidépresseurs (mais environ 10% des patients psychotiques hospitalisés ont une incontinence). | <p>Clozapine (Leponex*)</p> <ul style="list-style-type: none"> - moins d'effets neurologique que les anciens. Une complication principale hématologique - incontinence d'urine fréquente incidence comprise entre 1 et 10%. - dans l'étude de Lin 1999, 44,3% d'incontinence la plus part du temps de novo. - le plus souvent incontinence nocturne |
|--|---|

TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS INDUITS PAR LES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

Les populations à risque

- En institution, toutes les études montrent une augmentation de l'incidence des TVS chez les patients utilisant, benzodiazépines, somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques.
- Ces médicaments font partie des causes curables d'incontinence.

TRAITEMENT DES TVS PAR LES PSYCHOTROPES

- Une seule classe de médicaments : les tricycliques en particulier l'imipramine Tofranil*
- mécanismes d'action complexes
- au niveau du SNC chez l'animal augmentation du seuil spinal du déclenchement du réflexe mictionnel, peut être modification du contrôle sur le noyau d'Onuf et le sphincter strié
- au niveau périphérique, relaxation du detrusor par une action directe et une action au niveau des récepteurs.
- modulation de la sécrétion des urines en augmentant la sécrétion d'ADH

TRAITEMENT DES TVS PAR L'IMIPRAMINE

- Enurésie : efficacité prouvée, à partir de l'âge de 6 ans, à la dose de 25 -75 mg.
Risque de surdosage donc moins utilisé actuellement
- Incontinence par impériosité : effet sur la CVF et peut être les pressions urétrales. Peu d'études cliniques et petits effectifs. A été utilisé chez les personnes âgées et chez l'enfant spina.
Ce n'est pas le traitement de première intention
- Incontinence urinaire d'effort : quelques études en complément de la rééducation
- Médicament toujours cité à coté des anticholinergiques
- plusieurs études récentes en cas d'IUE de maladie neurologique
- mode d'action complexe qui explique la multiplicité de son emploi