

# LA PATHOLOGIE FONCTIONNELLE EN UROLOGIE

Dr Noémie BECQUART-CLEMENT

Urologue – Andrologue

Hôpital Privé Arras les Bonnettes

# PLAN



## LES PROBLÉMATIQUES FÉMININES

- Incontinence
- Prolapsus
- Infections urinaires à répétition



## LES PROBLÉMATIQUES MASCULINES

- HBP
- Dysfonction érectile
- Douleurs testiculaires

## LA FEMME ET SES PROBLÈMES

Incontinence

Prolapsus

Cystites à  
répétition

= perte INVOLONTAIRE d'urines par le méat urétral

### **IU à l'effort (IUE)**

- Fuites non précédées d'un besoin urgent
- Survenant lors d'un effort

**50%**

### **IU par urgenturie (IUU)**

Fuites précédées d'un besoin urgent

**20%**

### **IU mixte**

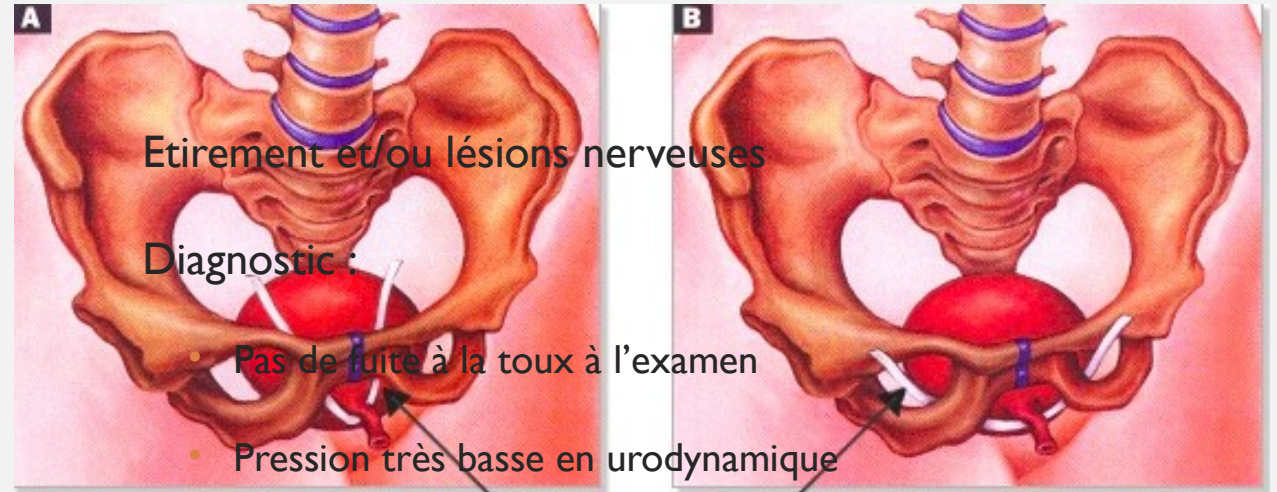
**30%**



# IU À L'EFFORT



## INCOMPÉTENCE SPHINCTÉRIENNE



**TVT**  
Traitement = renforcer ou remplacer le sphincter ! **TOT**

1) Rééducation ++

2) Sphincter artificiel

Injection d'agent de comblement

Ballons péri-urétraux

# L'HYPERACTIVITÉ VÉSICALE ET L'INCONTINENCE PAR URGENTURIES

- Un examen de 1<sup>e</sup> intention :
- **CALENDRIER MICTIONNEL ++**

Jour n°2 - Date :

Heure de la miction	Quantité de la miction (ml)	Fuites	Remarques
8h	250 ml	fuites ++	
8h45	50 ml		
9h45	50 ml		
10h15	25 ml		
10h30	50 ml		
12h	150 ml	fuites ++	
12h45	75 ml	urgent et fuites	
14h	50 ml		
15h30	100 ml		
16h	50 ml		
17h	75 ml		
17h15	50 ml		
Total: 875 ml			

Jour n°1 - Date :

Heure de la miction	Quantité de la miction (ml)	Fuites	Remarques
09h	800 ml	petites gouttes avant d'arriver aux WC	urgent ++
11h	400 ml		
13h	500 ml		
16h	700 ml		urgent ++
18h	400 ml		
20h	300 ml		
22h	400 ml		
Total: 3,5L			

## L'INCONTINENCE PAR URGENTURIES

Quel bilan ?

Vessie neurologique

(SEP, Parkinson, Diabète)

**EXAMEN NEUROLOGIQUE**

Causes locales

(tumeur/infection urinaire/masse  
pelvienne/prolapsus)

**ECBU / ECHOGRAPHIE avec mesure du  
RPM**

**+/- FIBROSCOPIE**

**IDIOPATHIQUE**

## L'IUU : PRISE EN CHARGE

1. **Traitement de la cause** si possible

2. **RHD ++ :**

- ✓ Perte de poids (cf)
- ✓ Alimentation (café/boissons pétillantes) \*



3. **Rééducation périnéale**

4. **Oestrogénothérapie locale** chez les patientes ménopausées sans CI





# Anticholinergiques



**52%** des patients ont arrêté le traitement à 2 ans pour EI / inefficacité au long cours \*

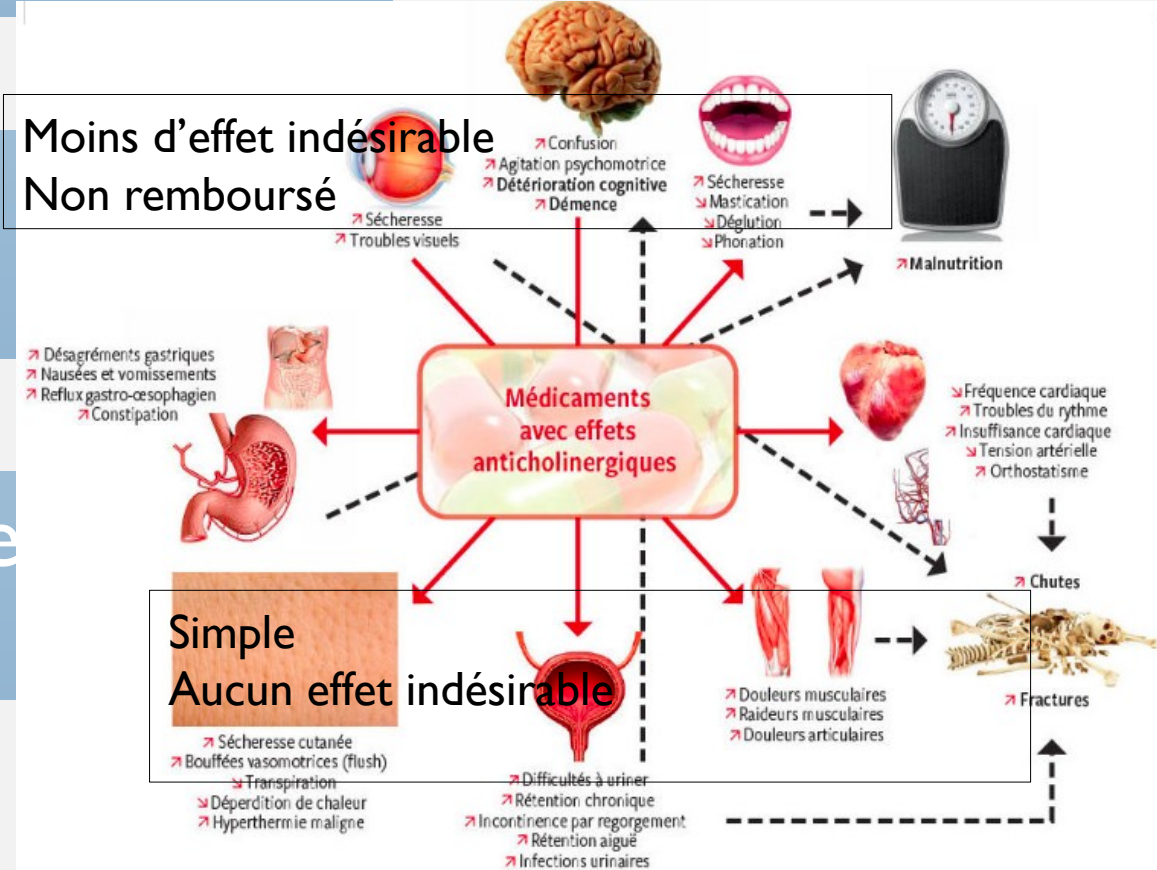


## rabegron



## Neurostimulation tibiale transcutanée

Moins d'effet indésirable  
Non remboursé

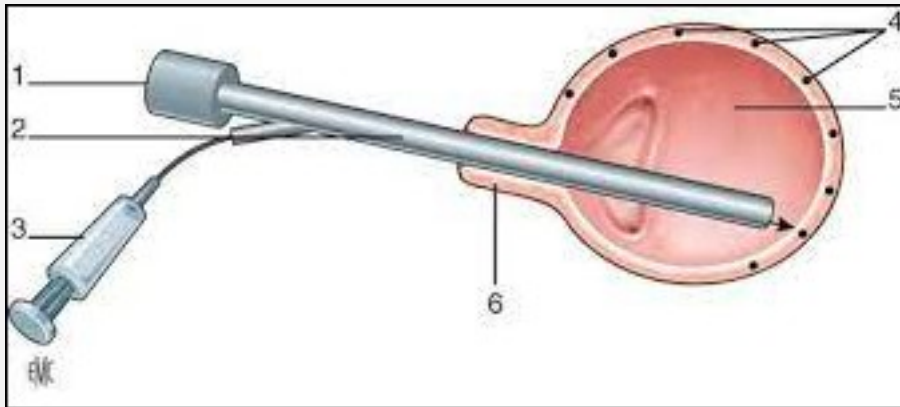


\* Sand PK and al. Long-term safety, tolerability and efficacy of fesoterodine in subjects with overactive bladder symptoms stratified by age : pooled analysis of two open-label extension studies. Drugs Aging 2012; 29:119-31.

## TRAITEMENT DE 2<sup>E</sup> LIGNE

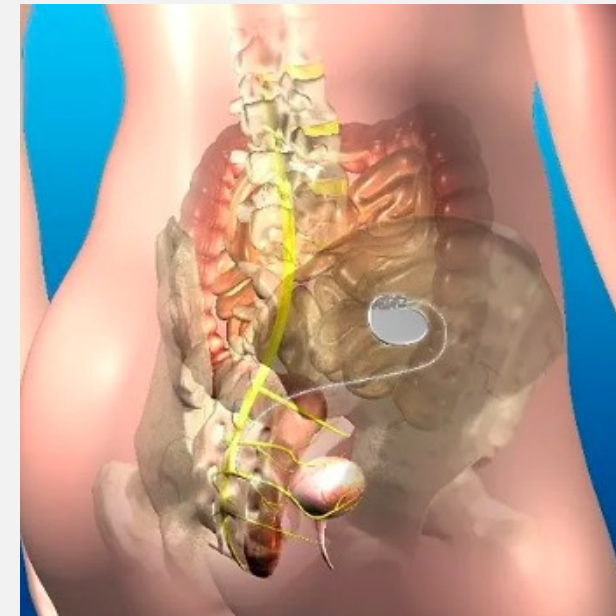
### Botox intra détrusorien

- AMM ssi FUITES par urgenteries et non seulement HAV
- Risque rétention et infection urinaire



### Neuromodulation sacrée

- AMM pour l'HAV en 2<sup>e</sup> ligne même si absence de fuite
- Phase test de 2 semaines avant implantation définitive ssi efficacité prouvée



## INCONTINENCE ET SURPOIDS

Revue de la littérature 2016 :  
Obesity and pelvic floor  
disorders : A review of the  
literature. Pomian A. and al. Med  
Sci Monit 2016; 22:1880-1886

- 71% de patientes « sèches » après chirurgie bariatrique (Burgio and al. <sup>(1)</sup> )  
et amélioration significative de l'IUU (Palleschi and al.<sup>2)</sup>
- Perte de poids de 5-10% de poids corporel suffisante pour amélioration significative de l'incontinence <sup>(3)</sup>

(1) Burgio KL and al. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5):1034-40.

(2) Palleschi G and al. Laparoscopic sleeve gastrectomy effects on overactive bladder symptoms. *J Surg Res.* 2015 ; 196 (2):307-12.

(3) Wing RR and al. Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstet Gynecol* 2010; 116(2 Pt 1) : 284-92

# PETITE APARTÉ SUR LA NYCTIURIE

≥ 2 levers nocturnes pour aller uriner

## Éliminer troubles du sommeil

- Insomnie
- SAOS : corrélation entre l'HAV et le SAOS, significative si modéré ou sévère \*



## Différencier

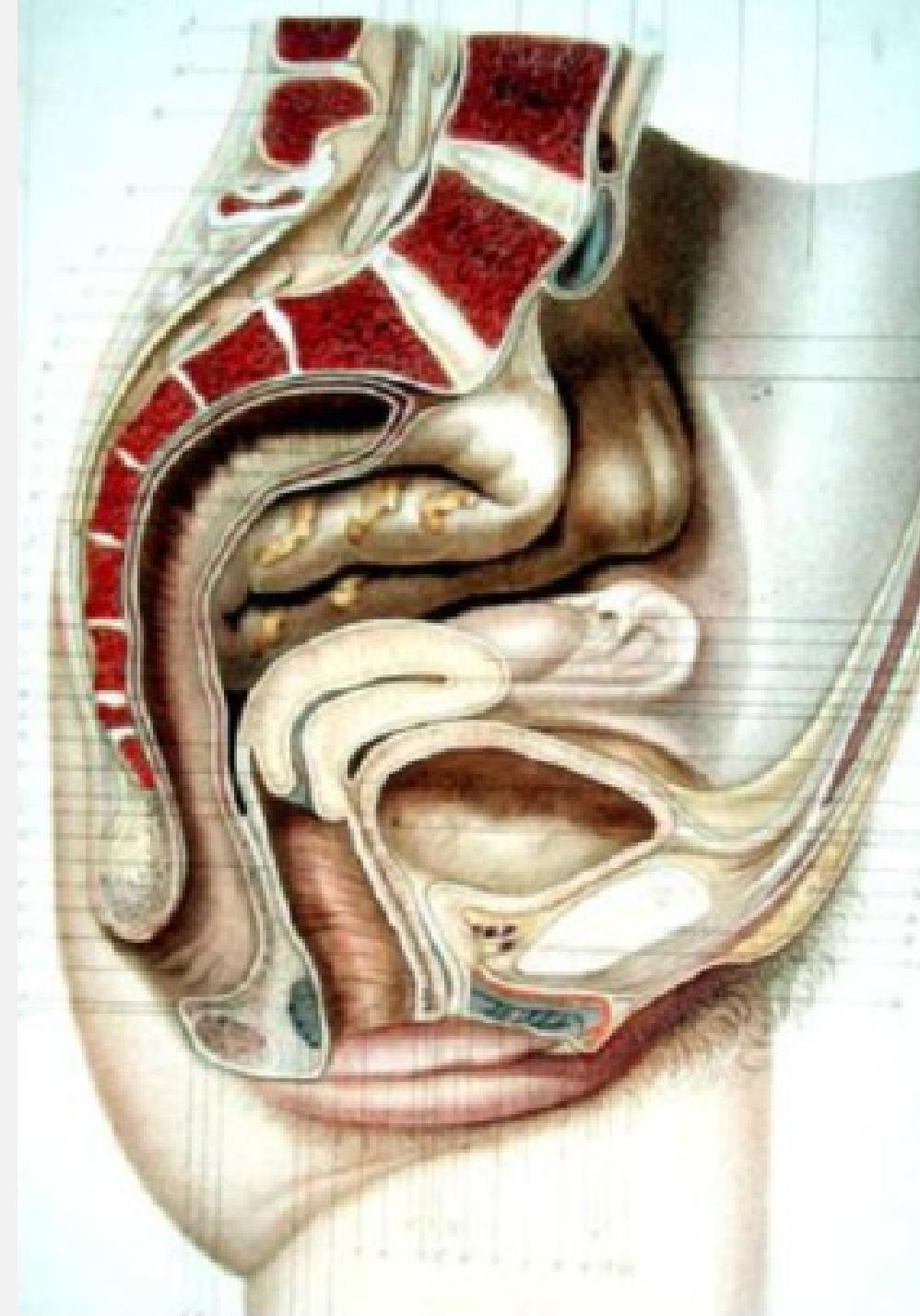
PK nocturne (nbre de levers ++)

Polyurie nocturne (inversion du rythme nyctéméral)

**CALENDRIER MICTIONNEL ++**

# LES PROLAPSUS

- 3 compartiments :
  - Antérieur : vessie, urètre
  - Moyen : utérus, col
  - Postérieur : rectum
- Equilibre grâce à
  1. un hamac musculaire = périnée
  2. et un système de soutien = ligaments



## LES PROLAPSUS

- 3 compartiments souvent intriqués : alors à qui adresser ??

*Urologue ? Gynécologue ? Chirurgien digestif ?*

Examen des **valves** de speculum :

- Etage antérieur + SFU → urologue
- Etage postérieur isolé + signes digestifs  
→ chirurgien viscéral

**Valve antérieure**



**Valve postérieure**



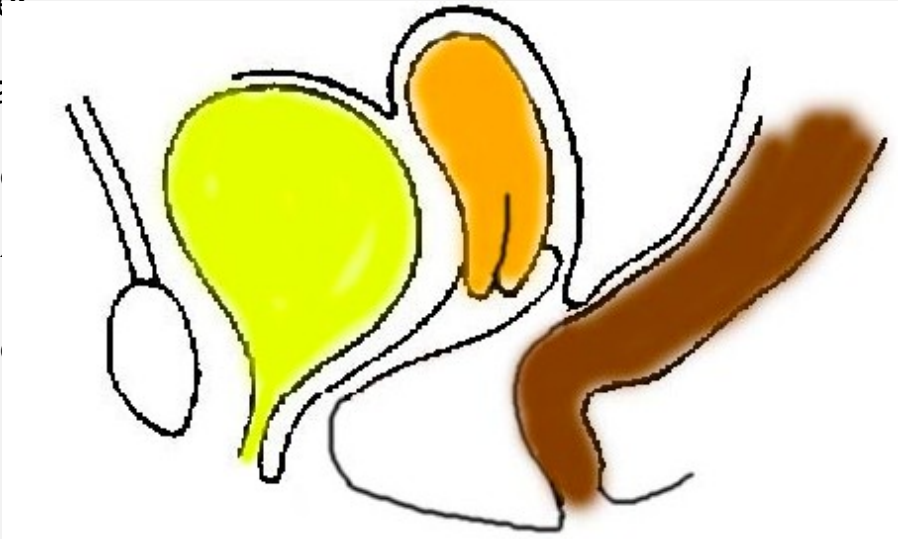


# PROLAPSUS : BILAN

Examen clinique avec réduction de la cystocèle : **effet pelote ?**

Bilan urodynamique : surtout à visée prédictif des suites opératoires

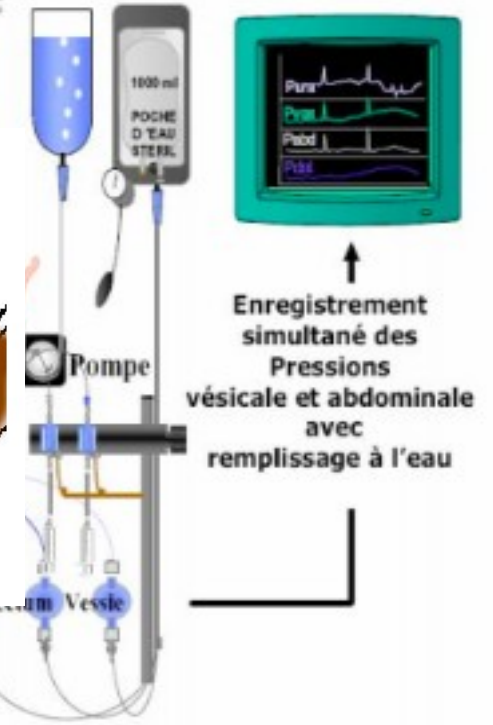
- Hyperactivité vésicale
- Capacité vésicale opératoire



## Débitmétrie



## Cystomanométrie



# PROLAPSUS : PRISE EN CHARGE

## ❖ Abstention

## ❖ Traitement conservateur :

✓ Lutte contre tous les fdr d'hyperpression abdominale : perte de poids, arrêt tabac, lutte contre la constipation

✓ Rééducation

✓ Pessaire

## ❖ Chirurgie





# LES INFECTIONS URINAIRES À RÉPÉTITION

> 4 épisodes/an

- 1) **Calendrier mictionnel !** Eliminer de mauvaises habitudes
- 2) RHD (apport hydrique suffisant, sous-vêtement coton, lutte contre constipation, mictions régulières et post coïtales)
- 3) Canneberge (36 mg/jour ++)
- 4) Oestrogénothérapie chez femme ménopausée sans CI



Douleur urétrale / brûlures vulvo-vaginale, ... avec ECBU stérile ou contaminé  
≠ cystite bactérienne !

# COLONISATION URINAIRE EN UROLOGIE

« *Tout acte réalisé au sein des urines doit être fait après s'être assuré de la **stérilité** des urines ou doit être fait dans des urines **STERILISEES** depuis **48h** »*

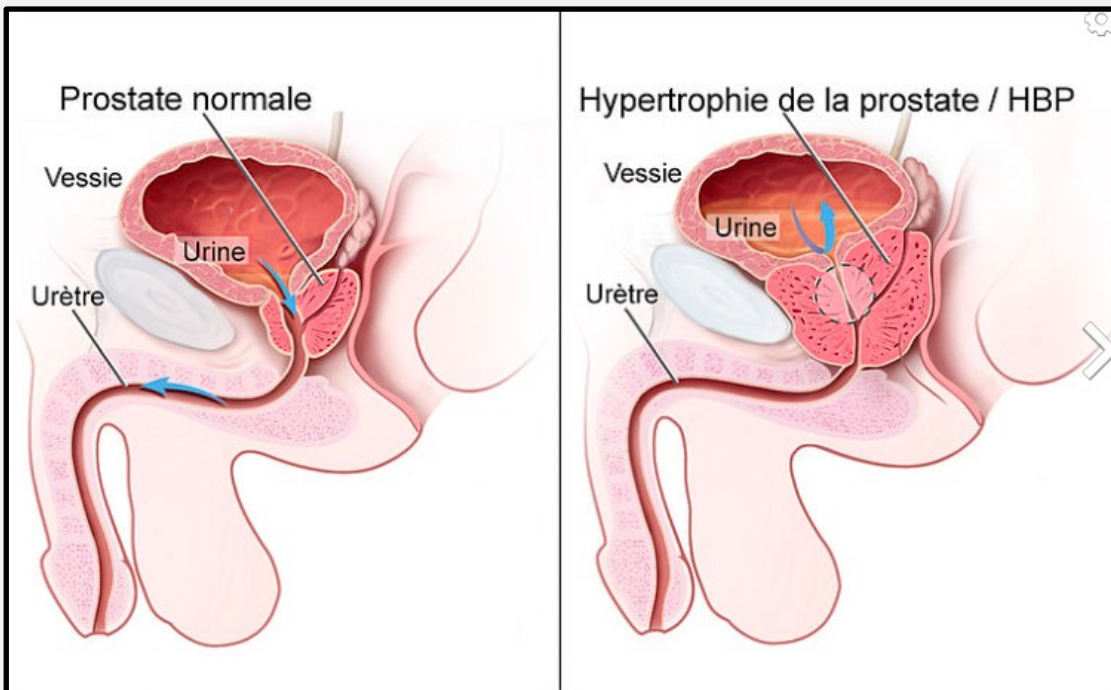
## ECBU préopératoire :

- Bactériurie significative + signes cliniques → intervention décalée
- Bactériurie asymptomatique = colonisation → intervention maintenue et antibiothérapie à débiter **48h avant** (ne pas introduire l'antibiothérapie au moment de la réception des résultats)

# L'HOMME A AUSSI SES PETITS SOUCIS

HBP

Quand adresser à un urologue ?



## 1. Facteurs intrinsèques au patient :

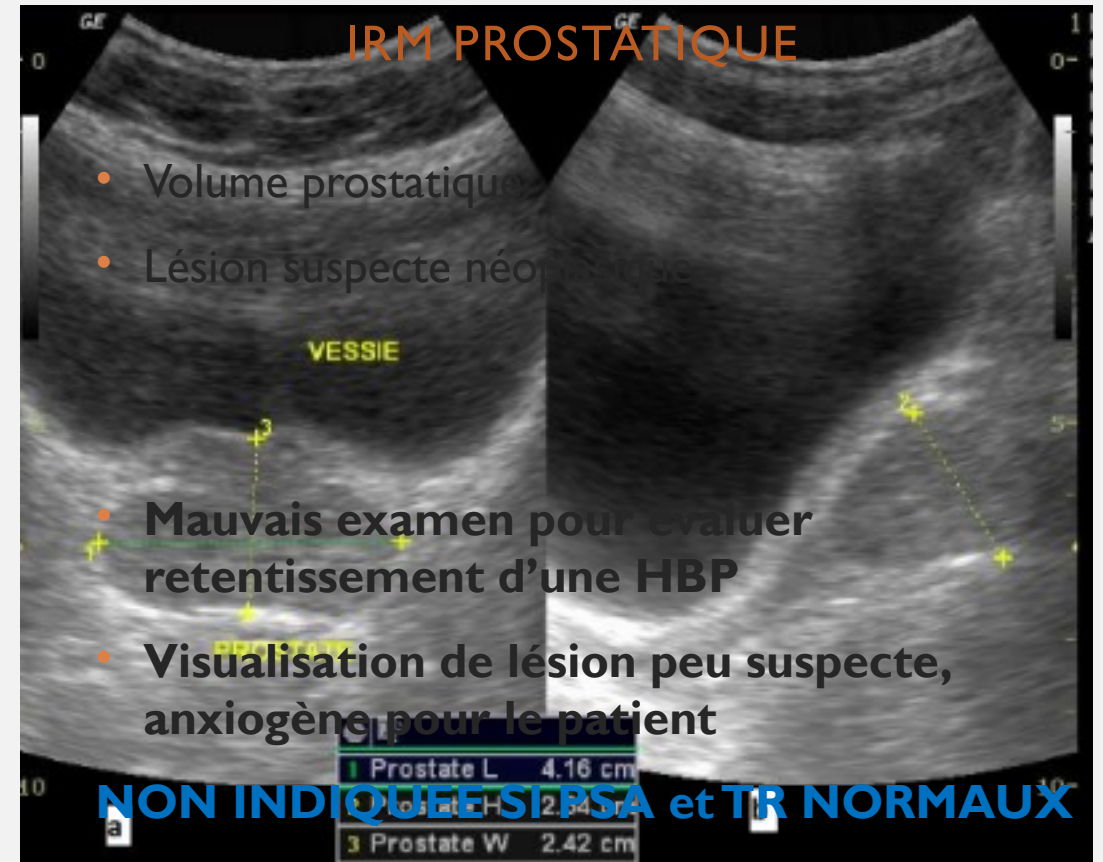
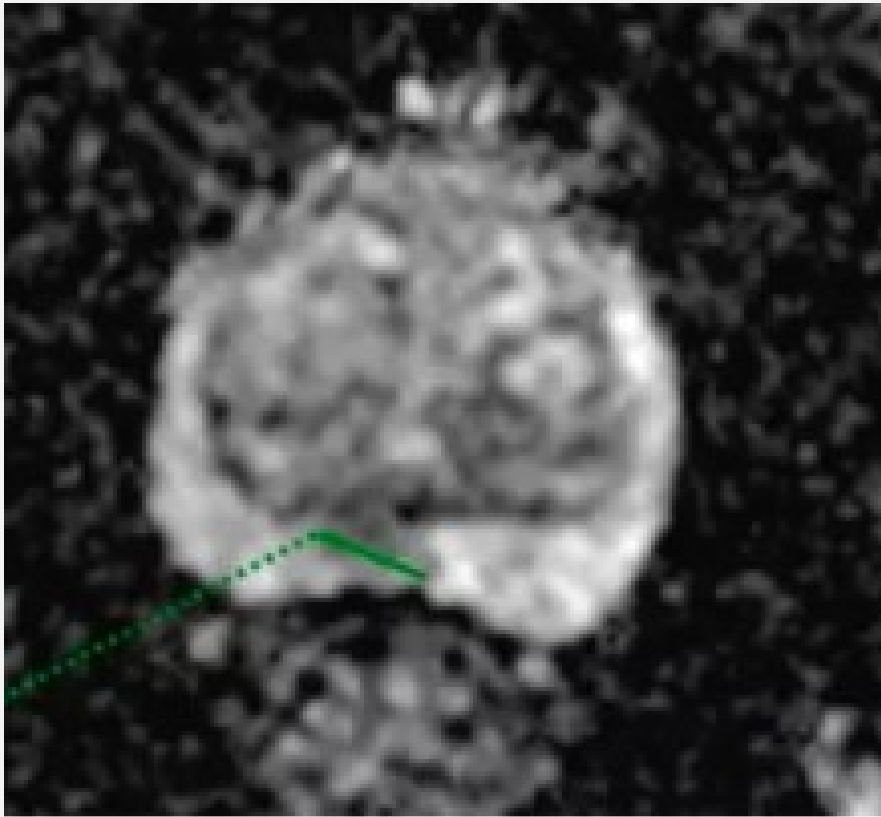
- ✓ Fdr vessie neurologique (DNID/AVC/Parkinson...)
- ✓ Tabagisme

## 2. Symptomatologie **irritative** prédominante (pollakiurie, urgenteries voire fuites par urgenteries)

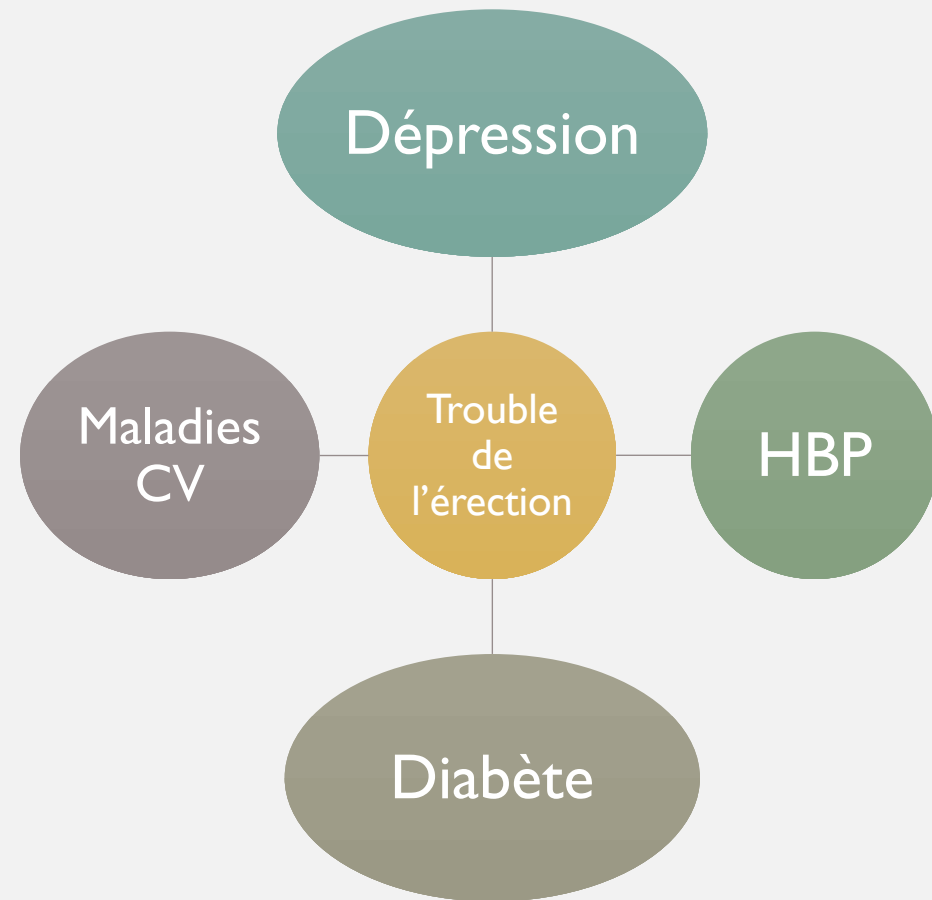
→ Fibroscopie +/- bilan urodynamique

## 3. Nycturie ISOLEE : penser SAOS ++

# APARTÉ SUR LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES À VISÉE PROSTATIQUE



## DYSFONCTION ERECTILE



### *Pourquoi la dépister ?*

- En France, prévalence 30 % avec nette augmentation avec l'âge (RR x 3 entre 40-70 ans) \*
- DE = symptôme **SENTINELLE**
- Patients attendent que le médecin questionne ++

→ Médecine préventive

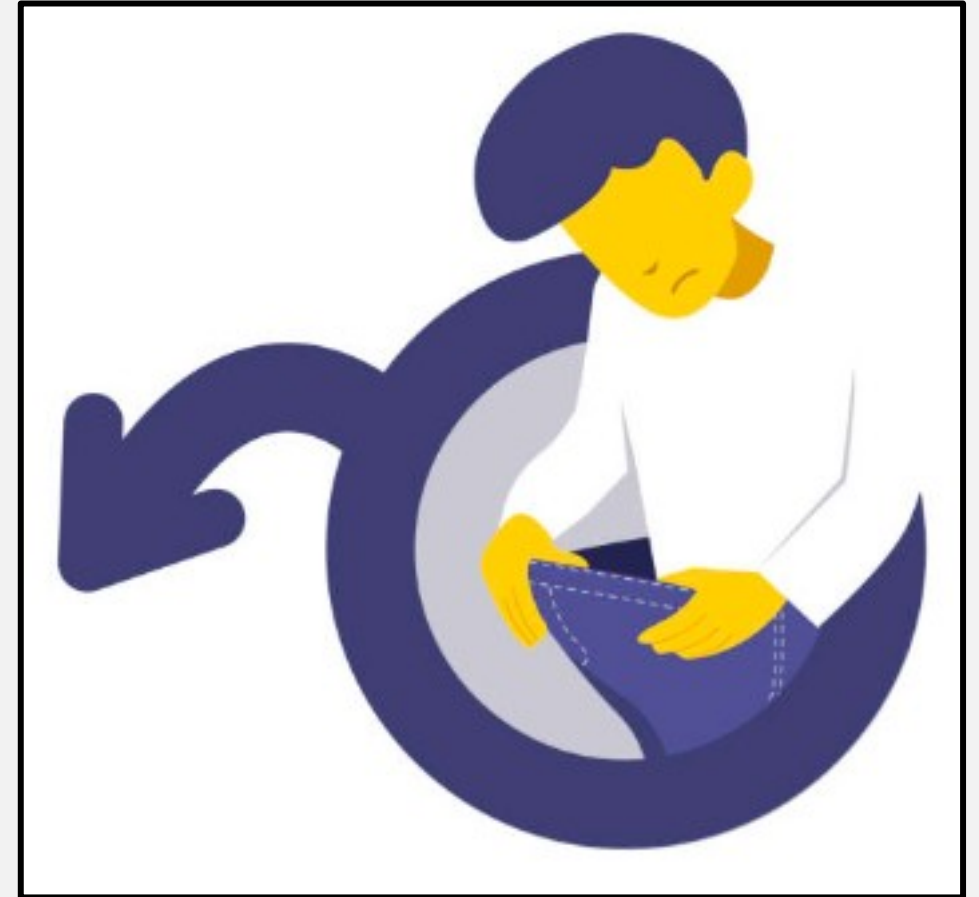
\* Costa P. et al. La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle. Prog Urol 2005, 15:203-207.

# TROUBLE DE L'ÉRECTION

Psychogène	Organique
Pas de fdr identifié	FDR CV ou neuropathie
Erections matinales préservées	Erection matinale de mauvaise qualité
Bonne qualité érectile lors de la masturbation	Post chirurgie pelvienne

Sexologue  
++

Urologue  
Andrologue



## CŒUR ET DYSFONCTION ÉRECTILE

- DE majeure chez 15% HTA et 40% des coronariens traités
- DE = facteur majeur de la non-observance des traitements à visée cardiaque
- IPDE 5 chez les cardiaques : faut-il en avoir peur ??

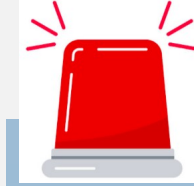




- Asymptomatique et < 3 fdr CV
- HTA contrôlée
- Angor stable
- Valvulopathie modérée
- **OK IPDE 5**



- Au moins 3 fdr CV (en + de la DE)
- Angor modéré stable
- Post revascularisation
- IDM récent (<6 semaines)
- Dysfonction ventr. St. II
- **Evaluation cardiologue**



- Angor instable
- HTA non contrôlée
- IC NYHA stade III-IV
- IDM < 2 semaines
- TdR ventriculaires graves
- Cardiomyop. Hypertroph. obstructive
- RAo modéré à sévère
- **IPDE 5 strictement CI :  
Equilibrer la maladie  
avant et réévaluation +  
+**



## IPDE 5

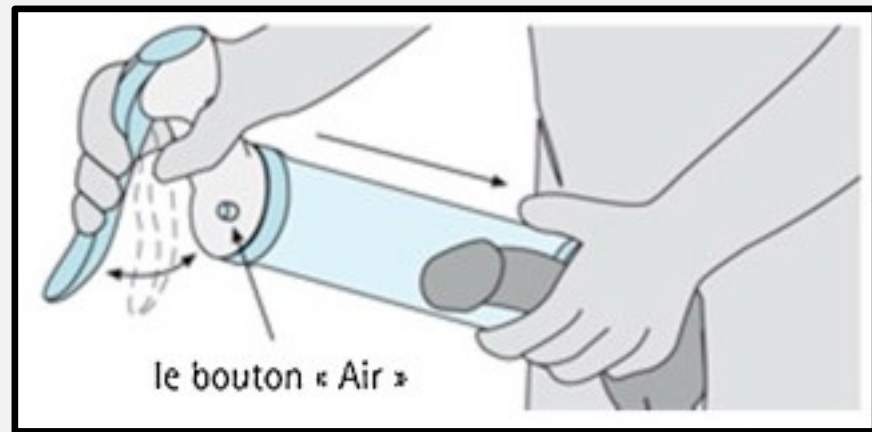
- Médicaments hypotenseurs
- Peu de risque CV mais **!!!! DÉRIVÉS NITRÉS**
- Efficacité si
  - Patient informé : Spedra (Avanafil) agit en 20 minutes / Viagra 1h, Cialis 2h !
  - Plusieurs prises avant de voir efficacité maximale





**Vitaros** : gel de prostaglandines

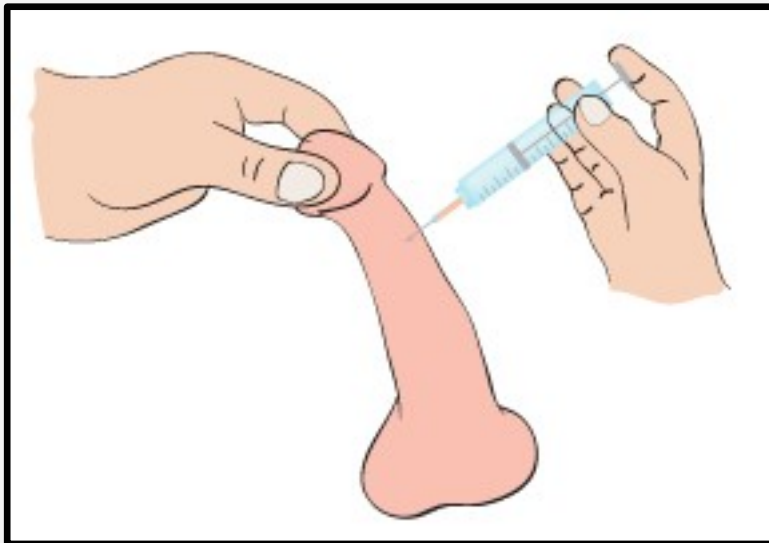
- Minimum 6-8 tentatives avant de le déclarer inefficace



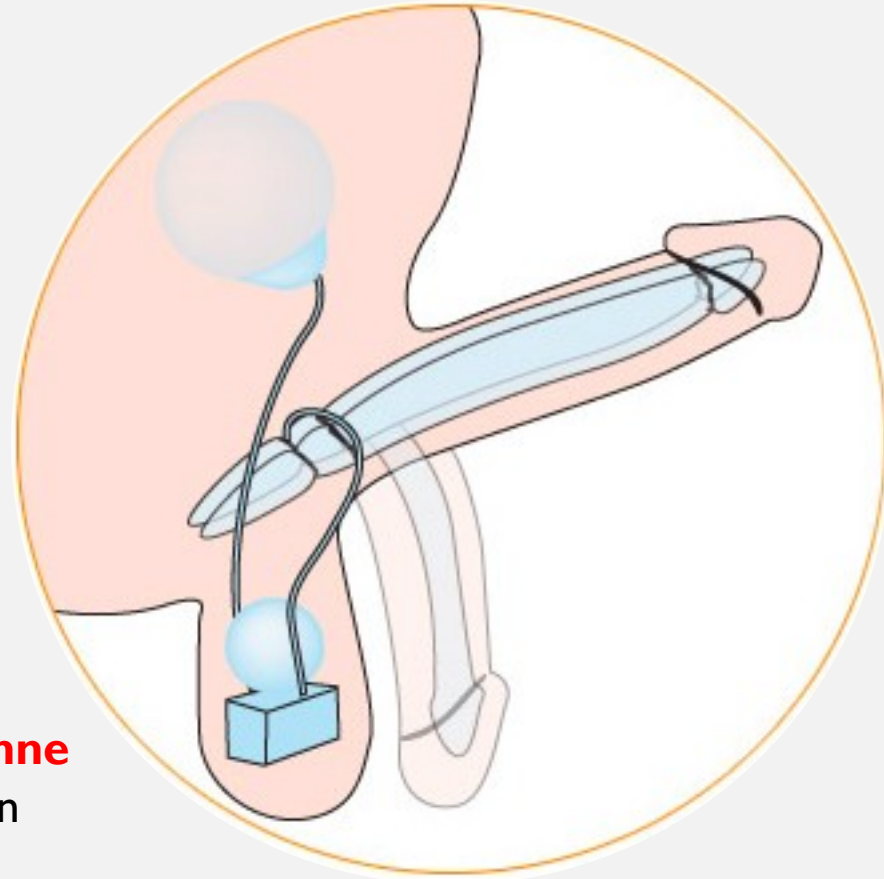
**Vacuum** : purement mécanique

- Maximum 30 minutes

**Et en cas d'échec ou de mauvaise tolérance ??**



**Injection intra-caverneuses**



**Prothèse pénienne**

- 90% satisfaction

## DALA (DÉFICIT ANDROGÉNIQUE LIÉ À L'ÂGE)

1. Au moins 2 signes cliniques (*asthénie, bouffées de chaleur, baisse de libido, trouble de l'humeur*)
2. ET testostéronémie totale basse ( $< 8 \text{ nmol/L}$  ou  $2,31 \text{ ng/mL}$ )

**Amélioration de la DE significative si déficit profond = testostéronémie  $< 8 \text{ nmol/L}$**

**Entre 8-12 nmol/L : efficacité contestée**

→ Si taux bas → Contrôler par testostérone libre + LH (supplémentation si basse et LH haute)

# DOULEURS ÉPIDIDYMO-TESTICULAIRES CHRONIQUES

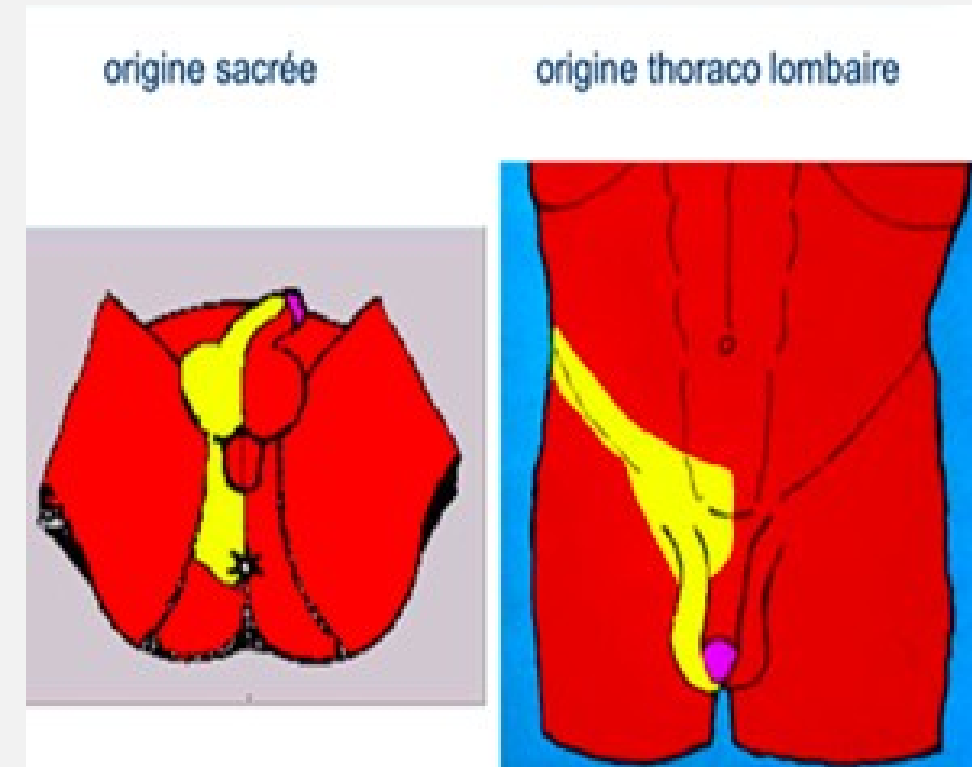
Motif de consultation très fréquent, rarement une pathologie testiculaire !

Différencier douleur scrotale (sacrée ++)

VS épидидymo-déférentielle (origine thoraco-lombaire ++)

Garder en tête qu'aucune étiologie ne sera retrouvée dans **43%** des cas !

**=> Conduite réassurante et écoute = base du traitement ++**



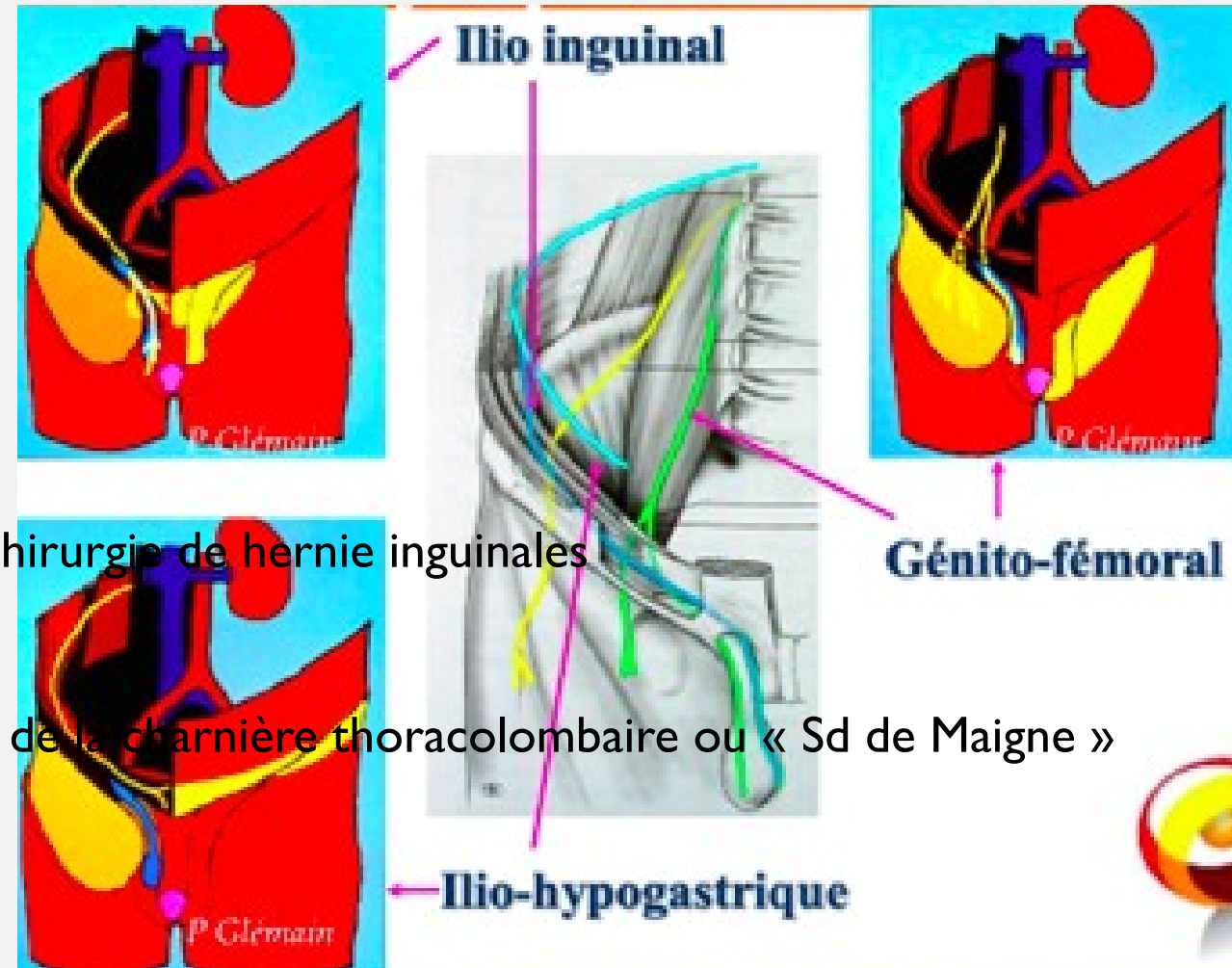
- 1) Eliminer une douleur **nociceptive** secondaire à une cause locale : EC et échographie
- 2) Déceler des caractéristiques **neuropathiques** : allodynie, décharges électriques, brûlures, hypersensibilité testiculaire

Territoire des nerfs pariétaux

(ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral)

**=> 2 grands classiques :**

- Atteinte tronculaire d'origine pariétale post chirurgie de hernie inguinales
- Douleurs projetées d'origine rachidienne : Sd de la charnière thoracolombaire ou « Sd de Maigne »  
→ Ostéopathie



**Merci pour votre attention !**