

LES TROUBLES MICTIONNELS ATYPIQUES : À propos de cinq cas

BENLEBNA F, EL ABED F, DJAROUD Z.

*Service de Médecine Physique et de Réadaptation Hôpital 1^{er}
Novembre 1954 EHU, Faculté de Médecine d'Oran.*

E-mail: Benlebna F: fbenlebna@yahoo.fr ; El Abed F: elabedf@yahoo.fr ; Djaroud Z: djaroudziania@yahoo.fr

RESUME :

La vessie neurogène non neurogène est une maladie rare, aujourd'hui dénommée dysfonctionnement vésicosphinctérien ou trouble mictionnel idiopathique. Cette pathologie est favorisée par un profil particulier, incluant des situations de perturbation de l'environnement psychologique et un contexte socio-économique défavorable. Avancé en 1973 par Hinman -Allen, il n'intéressait que l'enfant dans le début. Néanmoins, l'adulte n'a pas été épargné. Désigné sous plusieurs dénominations ; troubles mictionnels, dysnergie vésicosphinctérienne idiopathique, pseudo dysnergie vésicosphinctérienne. L'objectif de ce travail est de décrire la particularité de ces dysfonctions mictionnelles à partir des observations de patients rencontrés à notre niveau. Nous rapportons les aspects cliniques et urodynamique de vessie neurologique non neurologique à travers une série de cinq patients diagnostiqués au service de Médecine Physique et de Réadaptation à l'hôpital 1er Novembre 1954 EHU Oran. Deux patients d'âge moyen de 19 ans présentant un syndrome urofacial d'Ochoa, deux autres patients d'âge moyen de 22 ans présentant un syndrome du plancher pelvien spastique, ainsi qu'une jeune fille âgée de 24 ans présentant un syndrome de Hinman -Allen. En conclusion, ce travail résume les connaissances actuelles à propos de la vessie neurogène, non neurogène et a pour but de sensibiliser le corps médical à cette pathologie méconnue. Elle est évolutive, parfois grave menaçant le pronostic vital.

Mots Clés : Vessie neurologique, Dysnergie vésicosphinctérienne, Urodynamique.

ABSTRACT: ATYPICAL MICTIONAL DISORDERS: about five cases.

The non-neurogenic neurogenic bladder is a rare disease, today called vesicosphincteric dysfunction favored by a particular profile including situations of disturbance of the psychological environment; an unfavorable socio-economic context is highlighted in more than 50% of children. Introduced in 1973 by Hinman -Allen, it was of interest only to children in the early days, but adults were not spared. Designated under several names such as: voiding disorders, idiopathic vesicosphincter dysynergy, vesicosphincter pseudo dysynergy. The objective of this article is to describe the particularity of these voiding dysfunctions based on observations of patients encountered at our level. We report the clinical and urodynamic aspects of non-neurological neurological bladder through a series of five patients diagnosed at the service of Physical medicine and rehabilitation, EHU Oran. Two patients with an average age of 19 years with urofacial Ochoa syndrome, two other patients with an average age of 22 years with spastic pelvic floor syndrome, and a 24-year-old girl with Hinman-Allen syndrome. In conclusion, admittedly rare, the neurological non-neurogenic bladder exists; it is progressive, sometimes serious threatening the vital prognosis.

Key Words: Neurological bladder, Vesicosphincter dysynergy, Urodynamics.

INTRODUCTION

La vessie neurogène non neurogène est une maladie rare. Aujourd'hui dénommé dysfonctionnement vésicosphinctérien, favorisée par un profil psychologique particulier avec des situations de perturbation de l'environnement, et un contexte socio-économique défavorable [1].

Avancé en 1973 par Hinman-Allen. Dans les débuts, il n'intéressait que l'enfant, néanmoins, l'adulte n'a pas été épargné. Désigné sous plusieurs dénominations ; troubles mictionnels, dysnergie vésicosphinctérienne idiopathique, pseudo dysnergie vésicosphinctérienne.

Bien qu'elle soit décrite dans la littérature, et que plusieurs revues aient été publiées sur le sujet, l'étiopathogénie de cette pathologie reste toujours mal élucidée.

Le but de cet article est de sensibiliser les professionnels de la santé à la précocité du diagnostic et de la thérapie de cette maladie pour améliorer son pronostic et prévenir les complications.

Il s'agit d'un « **syndrome d'élimination** » dont la pathogénie doit encore être élucidée, associant des troubles mictionnels variés [2].

Le diagnostic repose sur la présence des manifestations cliniques et radiographiques de vessie neurogène sans anomalie neurologique sous-jacente. Il existe une corrélation entre la gravité des troubles psychologiques et la dégradation de l'appareil urinaire [1].

Ce travail illustre, à partir de cinq cas pris en charge dans un service de Médecine Physique et de Réadaptation, la présentation d'une forme de troubles mictionnels d'une cause atypique non neurogène.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons colligé sur une période de 7 ans, entre janvier 2011 et janvier 2016, cinq cas de vessie neurogène non neurogène, qui ont été suivis au service de Médecine Physique et de Réadaptation de l'Etablissement Hospitalo-Universitaire « EHU », 1^{er} Novembre 1954 d'Oran.

Nous rapportons les aspects cliniques et urodynamique de vessie neurologique non neurologique à travers une série de cinq patients diagnostiqués à notre niveau :

- Syndrome d'Hinman Allen : un cas.
- Syndrome du plancher pelvien spastique : deux cas.
- Syndrome urofacial d'Ochoa : deux cas.

Nous avons procédé à l'évaluation de chaque patient :

- Une évaluation clinique et neurologique et un catalogue mictionnel.

- L'échelle MHU (Mesure du Handicap Urinaire) : permet de mesurer le retentissement des troubles et à les classer suivant les symptômes ressentis, (incontinence à l'effort, incontinence par impériosité, fréquence mictionnelle diurne, fréquence mictionnelle nocturne, impériosité mictionnelle, autre type d'incontinence, dysurie) en les scorant de 0 à 4 [3].

- L'échelle « **Ditrovie** » : c'est une échelle expertisant le retentissement en termes de qualité de vie des troubles mictionnels, validée, sensible et spécifique, auto administrée. Elle s'adresse aux troubles urinaires irritatifs, elle se compose d'un auto-questionnaire rempli par le patient comportant 10 items scorés de 1 à 5. La somme globale est sur 5. Elle permet d'évaluer la Qualité de Vie avant et après traitement [4].

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes. Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave (de 10 à 13 les symptômes dépressifs sont légers, de 14 à 17 les symptômes dépressifs sont légers à modérés, au dessus

de 18 les symptômes dépressifs sont modérés à sévères).

- Un bilan rénal sanguin (urée et créatinine) et une étude cyto-bactériologique des urines (ECBU).
- Une échographie abdominopelvienne afin d'évaluer l'état de l'appareil urinaire et de calculer le résidu post mictionnel.
- Un bilan urodynamique (Cystomanométrie, débiométrie, électromyogramme (EMG) du sphincter strié).
- Une imagerie neuroradiologique (radiographie du rachis et du sacrum, imagerie par résonance magnétique médullaire « IRM »).
- Une prise en charge thérapeutique : sondage intermittent (en présence d'un résidu post mictionnel significatif), éducation thérapeutique.
- Un traitement médical (de l'infection urinaire, anticholinergiques, alphabloquant, myorelaxant)
- Une rééducation périnéale.
- Un entretien psychologique.

RESULTATS

Il s'agit de 4 hommes et d'une femme. Leur âge moyen était de 22,8 ans (19-28 ans). Les cinq patients ont été orientés pour une exploration urodynamique. Trois patients avaient une symptomatologie urinaire depuis leur enfance. Un patient présentait une rétention urinaire après une hémorroïdectomie où une cervicotomie a été réalisée un mois après, mais sans qu'aucun résultat ne soit constaté. Il a été découvert que cette personne souffrait de dysurie et de douleur urétrale depuis plusieurs années. Un patient souffrait de dysurie et d'infections urinaires récidivantes. Ces patients avaient des infections urinaires à répétition (cinq cas), dysurie (trois cas), rétention urinaire (deux cas), des fuites urinaires (deux cas), pollakiuries diurnes et nocturnes (un cas) et énurésie (un cas).

L'examen physique et neurologique était normal chez tous les patients, hormis un horizontal congénital chez un patient et une inversion de la mimique lors des rires a été constatée chez deux patients (figure 1).

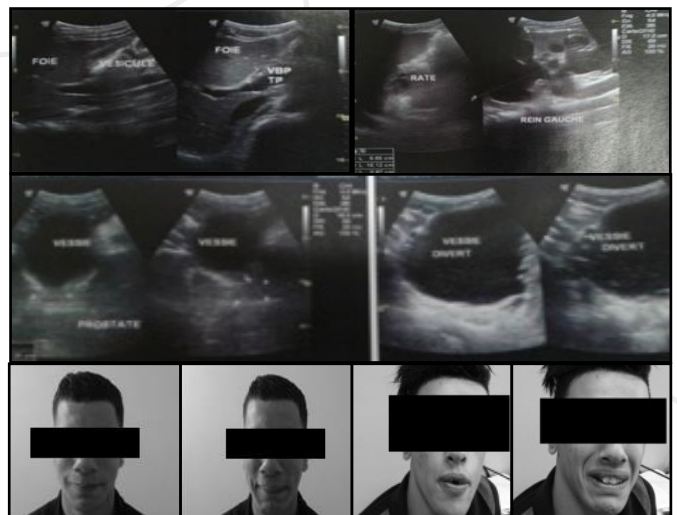


Figure 1. Observations quatre et cinq ; montrant l'expression faciale et le retentissement sur le haut appareil urinaire (à l'échographie) du syndrome d'Ochoa.

L'entretien psychologique a mis en évidence une dépression (cinq cas). La moyenne du score de dépression selon l'échelle d'HAMILTON est de 18,4 (16-20).

La fiche mictionnelle a révélé la présence d'un résidu post mictionnel (RPM) significatif chez les cinq patients. La moyenne de RPM était à 198 ml (Min =100ml, Max= 300 ml).

Selon l'échelle de handicap urinaire MHU (Mesure de Handi-

cap Urinaire) la patiente avait des fuites par impériosité urinaire scorée à 3, (des fuites plusieurs fois par jour avec un délai de sécurité de moins de deux minutes), une pollakiurie scorée à 3 (3 à 4 mictions/nuits avec un intervalle mictionnel diurne d'une heure) et des fuites à l'effort scoré à 2.

Selon l'échelle de qualité de vie de DITROVIE, les cinq patients étaient gênés dans les activités de vie quotidienne. La moyenne du score = 3,12 (Min = 2,6/5 Max = 4/5).

Une imagerie par résonance magnétique « IRM » et une radiographie du rachis ont été pratiquées chez tous les patients n'ayant révélé aucune particularité, en éliminant le caractère neurologique de cette symptomatologie urinaire.

Tous les patients ont été explorés par une échographie abdomino-pelvienne et un examen urodynamique

L'échographie a montré une uréthro-hydronéphrose bilatérale, une vessie diverticulaire dans un cas. Sur les explorations urodynamiques, une dyssynergie vésicosphinctérienne (DVS) a été observée dans deux cas, une vessie normocontractile, de petite capacité, avec un tracé riche de l'EMG du sphincter strié avec une courbe polyphasique à la débimétrie urinaire (un cas). Une vessie hypocontractile, avec un tracé riche à l'EMG (un cas). Dans un cas, le Bilan Uro-Dynamique (BUD) a montré une hyperactivité détrusorienne (figure 2).

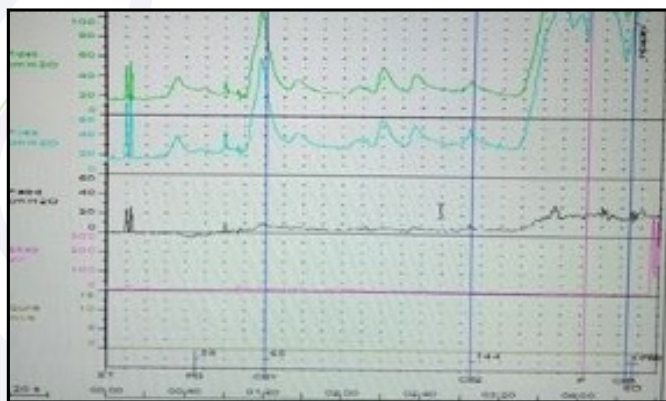


Figure 2. Cystomanométrie couplée à l'EMG du sphincter strié objectivant une hyperactivité détrusorienne.

L'examen cyto bactériologique des urines a révélé la présence de colonies de *Proteus mirabilis* et *Escherichia coli* ainsi qu'une hyperleucocytose urinaire.

La rééducation périnéale et un traitement uro-pharmacologique ont été proposés faits d'anticholinergique pour endormir le détrusor (3 cas), d'alphabloquant (1 cas) ciblant le sphincter lisse de l'urètre, et de myorelaxant ciblant le sphincter strié de l'urètre (2 cas). Tous nos patients ont bénéficié d'entretien psychologique et d'une éducation thérapeutique avec une bonne répartition des boissons dans la journée, arrêt des boissons 3 à 4 heures avant aller au coucher (boire dans la journée), miction et dernier sondage intermittent avant de se coucher.

Afin de préserver le haut appareil urinaire, nous avons proposé le sondage intermittent pour les cinq patients. La moyenne du rythme du sondage intermittent au début était à 3,88, [Min=1, Max=5].

Dans le cadre du traitement des hyperactivités vésicales, deux patients ont bénéficié d'une stimulation transcutanée du nerf tibial postérieur (1 séance quotidienne de 20 minutes, fréquence 10 Hz). Les exercices de Kegel (un cas) sont utilisés pour le renforcement des muscles du plancher pelvien.

DISCUSSION

Certains patients peuvent présenter des dysfonctionnements mictionnels sans lésion neurologique ; ces troubles sont d'ori-

gine neuropsychologique. C'est une entité complexe comme toutes les vessies neurologiques ; elle nécessite un dépistage précoce et une prise en charge multidisciplinaire afin d'éviter l'aggravation et le survenu des complications [5].

Ce syndrome se manifeste généralement dans la petite enfance ou plus tard dans l'enfance, quelques cas ont cependant été observés chez l'adulte [2,5].

Des interactions psychosomatiques expliqueraient la présence des symptômes viscéraux dans un contexte psychologique d'introuversion, d'opposition ou à l'inverse d'hyperactivité.

Il semblerait exister une corrélation entre la gravité des troubles psychologiques et la dégradation de l'appareil urinaire [6,5].

Jusqu'à présent, la pathogénie est encore mal élucidée, mais plusieurs travaux ont été faits [2].

Des travaux en neurophysiologie ont permis de mieux comprendre les processus supra médullaires conduisant du trouble psychique à une expression somatique sphinctérienne [7]. Il a été mentionné que les centres de l'expression faciale et le centre pontique mictionnel sont situés dans la même région, ce qui suggère des interactions sous-corticales entre eux (syndrome urofascial d'Ochoa). Un gène candidat a été localisé en 10q23-q24 ; ce syndrome est transmis selon un mode autosomique récessif [8]. Une perturbation de certains neuromédiateurs sérotoninergiques est évoquée [1,7].

Dans notre travail, l'âge moyen est de 22,8 ans, mais le début de la symptomatologie est plus précoce (enfance), le survenu des complications est probablement en rapport avec le retard de diagnostic.

Ces patients présentent une énurésie, une impériosité mictionnelle avec incontinence, des mictions peu fréquentes intermittentes, une distension et des infections de l'appareil urinaire, aussi que des douleurs abdominales diffuses [1,9,10].

L'incontinence urinaire, les infections urinaires récidivantes, et la dysurie sont les troubles mictionnels les plus fréquents dans notre série.

La dépression concerne tous les patients de notre série ; il s'agit d'une dépression modérée (score selon échelle d'Hamilton >14-20).

Les examens complémentaires ont objectivé une infection urinaire chez tous les patients, un patient a présenté un retentissement sur le haut appareil urinaire (urétérohydronéphrose) avec une vessie diverticulaire.

Tous les patients ont un retentissement moyen sur leur qualité de vie ; la moyenne de qualité de vie selon Ditrovie est à 3 (moyennement gênés). Deux patients sur cinq ont bénéficié d'un traitement chirurgical (deux cervicotomies, et un cas opéré pour méga urètre bilatéral).

L'exploration urodynamique a été réalisée chez tous les patients et a objectivé :

- Deux cas de dyssynergie vésicosphinctérienne.
- Un cas d'hyperactivité détrusorienne.
- Deux cas d'hyperactivité du sphincter strié à l'EMG.

Les cinq patients de notre série sont situés dans le groupe B « symptomatique » (selon les critères pronostiques définis par Yang et Mayo), ce qui signifie que ces patients n'ont pas de critères de morbidité significatif, mais ils présentent une symptomatologie urinaire [1,11].

La rééducation périnéale et l'uro-pharmacologie (anticholinergique, alphabloquant) associés à un accompagnement psychologique est indispensable. Afin de préserver le haut appareil urinaire, il est recommandé de réaliser le sondage intermittent en cas de résidu post mictionnel significatif.

A notre niveau, les patients ont bénéficié d'un sondage intermittent, d'une éducation thérapeutique, d'un entretien psycholo-

gique et d'un traitement médical à base d'anticholinergiques de myorelaxant et d'alpha bloquants. Dans le cadre du traitement des hyperactivités vésicales, deux patients ont bénéficié d'une stimulation transcutanée du nerf tibial postérieur (1 séance quotidienne de 20 minutes, fréquence 10 Hz). Les exercices de Kegel (un cas) sont utilisés pour le renforcement des muscles du plancher pelvien.

CONCLUSION

Le terme de « vessie neurogène non neurogène » souligne une expression clinique et évolutive similaire à celle de la vessie neurologique. L'absence de contexte neurologique clinique et paraclinique, est la donnée essentielle pour retenir le diagnostic. Une meilleure connaissance de cette affection permet un diagnostic et une prise en charge précoce et multidisciplinaire, car tout retard peut entraîner une évolution défavorable vers des situations sévères dont certaines aboutissent à une insuffisance rénale terminale.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Aucun conflit d'intérêt.

DATE DE SOUMISSION : 20/03/2024.

DATE D'ACCEPTATION : 18/04/2024.

DATE DE PUBLICATION : 28/01/2025.

REFERENCES

1. Game X, Chartier-Kastler E, Ruffion A. Troubles vésico-sphinctériens et vessie neurogène non neurogène ou "dysfonctions mictionnelles". Progrès En Urologie. 2007 ; 17(13) : 406-414.
2. Claudon P, Fotso-Kamdem A, Aubert D. Critères pronostiques du syndrome de Hinman (vessie neurogène non neurogène). Étude multicentrique de 31 cas. Progrès En Urologie. 2010 ; 20(4) : 292-300.
3. Amarenco G, Kerdraon J, Perrigot M. Echelle MHU, Mesure du Handicap Urinaire. Retrieved January 29 ; 2024.
4. Amarenco G. Quantification de l'incontinence urinaire: scores de symptômes et de qualité de vie. Pelvi-Périnéologie. 2005.
5. Claudon P. Le portail des maladies rares et des médicaments orphelins/ Syndrome de Hinman. Retrieved. 2012 January ; 5, 2022.
6. Genet S. L'immaturité vésicale des petites filles : une approche psychanalytique. La Clinique Lacanienne. 2005 ; 2(10) : 161-182.
7. Hinman Jr F. Nonneurogenic neurogenic bladder (the Hinman syndrome) -15 years later. The Journal of Urology. 1986 ; 4(136) : 769-777.
8. Meossi C, Milani D, Minoli D. Le portail des maladies rares et des médicaments orphelins/ Syndrome d'Ochoa. Retrieved January. 2022, June 1 ; 29, 2024.
9. Girardin E, Parvex P, Cachat F. Enurésies et troubles mictionnels diurnes chez l'enfant. Revue Médicale Suisse. 2005: 470.
10. Passerotti C, Nguyen CT, Shiomi H, da Cruz JA, Srougi M, & Bruschini H. Miction dysfonctionnelle : s'agit-il d'un spectre d'anomalies avec des résultats urodynamiques correspondants ou d'une maladie distincte ? Annals of Urological Research. 2017 ; 1(1), 1005.
11. Hoon Lee D, Soo Kim Y, Young Lee H, & Won Han S. Hinman Syndrome: Long Term Follow up of 14 Cases. Korean Journal of Urology. 2007; 48(10), 1058-1063.