

Mictions poussées, étude de cas

« Est-ce que vous poussez pour uriner ? »

A cette question, très peu de patientes répondent oui sans hésiter. Par contre si on demande : « est-ce que vous poussez pour uriner, pour accompagner, pour aller plus vite », les réponses affirmatives sont fréquentes. Certaines patientes hésitent, et confirmeront à la séance suivante que c'est bien leur habitude.

La poussée mictionnelle est une habitude fréquente et méconnue. Les femmes n'ont pas forcément conscience de leur poussée mictionnelle. Elles n'ont pas conscience de participer ainsi à la constitution et à l'aggravation de troubles vésico-sphinctériens. Elles ne savent parfois plus uriner sans pousser.

Troubles retrouvés chez les patientes aux mictions poussées

Les troubles sphinctériens et mictionnels sont variables.

- Fuites urinaires inopinées sans notion d'effort ni de vessie pleine, pouvant aller jusqu'à la vidange totale de la vessie
- Pollakiurie diurne et/ou nocturne
- Fuites urinaires aux rapports
- Urgences mictionnelles (syndrome du paillason)

Troubles associés

Nous retrouverons différents troubles associés chez ces patientes :

- Il existe très souvent un tableau de constipation terminale associé.
- Il existe parfois une pesanteur abdomino-pelvienne, pour les patientes ayant eu des enfants ou plus âgées.
- Une des patientes présentait des infections urinaires à répétition.

Examen.

Dans tous les cas on retrouve une altération de la statique pelvienne et abdominale :

- Descente du Noyau Fibreux Central du Périnée à la poussée
- Eventuellement cystocèle et /ou rectocèle
- Hypotonie des abdominaux sous-ombilicaux

Physiologie vésico-sphinctérienne

Le cycle remplissage vésical/ miction résulte d'un contrôle neurologique complexe qui assure un équilibre entre forces de rétention assurant la continence, et forces d'expulsion permettant la vidange vésicale.

L'urine s'accumule dans la vessie dans l'intervalle des mictions. Ce réservoir qui se laisse peu à peu distendre par ses bonnes facultés de compliance se contracte pour expulser les urines pendant la phase mictionnelle.

Le système d'occlusion est constitué de deux sphincters, l'un interne lisse, l'autre externe strié, complété par l'action des muscles périnéaux.

Les phases de remplissage et de vidange vésicale sont sous le double contrôle du système nerveux somatique et végétatif.

Innervation

L'innervation végétative comprend :

- Les centres sympathiques médullaires (D10L2) qui donnent naissance aux nerfs hypogastriques destinés à l'urètre et au détrusor.
- Les centres parasympathiques (centre médullaire sacré S2S4) qui donnent naissance aux nerfs érecteurs innervant principalement la vessie.
- Les centres supra-médullaires :
 - Centres du tronc cérébral qui jouent un rôle important dans le réflexe mictionnel de l'adulte,
 - Centres diencephaliques (noyaux gris centraux) impliqués dans les troubles vésicaux de la maladie de Parkinson,
 - Centres corticaux situés dans le lobe frontal et dans le système limbique qui interviennent dans le contrôle volontaire, instinctif ou émotionnel du réflexe mictionnel.

- Le système nerveux intrinsèque regroupe les structures nerveuses situées au contact et dans la paroi de la vessie et de l'urètre.

L'innervation somatique

Elle concerne le sphincter strié et les muscles périnéaux et emprunte principalement le nerf pudendal.

Les neuromédiateurs en cause sont l'acétylcholine pour le parasympathique et la noradrénaline pour le sympathique.

Globalement le parasympathique a une action facilitatrice sur la miction par contraction du détrusor. A l'inverse, le sympathique s'oppose à la miction par inhibition du détrusor et renforcement de l'activité sphinctérienne.

Le système sympathique comporte plusieurs types de récepteurs : les alpha récepteurs répartis tout au long de l'urètre et les récepteurs bêta situés au niveau du détrusor. Le sympathique a un effet alpha + et bêta + : il s'oppose à la miction par l'inhibition du détrusor (bêta +) et renforcement de l'activité sphinctérienne (alpha +). On comprend ainsi comment les alpha bloquants favorisent la vidange vésicale par un meilleur relâchement des sphincters.

Ainsi, à l'état physiologique, la continence est assurée par une relaxation permanente du détrusor grâce à une inhibition des centres parasympathiques et à une activation du système sympathique par les centres supérieurs.

Physiologie de la miction

Le réflexe mictionnel

Il associe une contraction vésicale et une relaxation sphinctérienne.

L'augmentation de la pression vésicale résulte de la contraction du détrusor, sous l'effet d'une décharge parasympathique. Le point de départ de ce réflexe est la stimulation des mécanorécepteurs du détrusor qui augmente en fin de remplissage.

Il existe d'autres réflexes facilitateurs dont l'origine est une stimulation des récepteurs cutanés ou muqueux : le contact de l'urine sur la muqueuse de l'urètre proximal peut entraîner une contraction vésicale. Ces réflexes extéroceptifs existent chez le nouveau-né. Leur persistance ou leur réutilisation caractérise les états d'hyperreflexivité.

Cette décharge parasympathique a deux conséquences :

- une contraction des fibres lisses du détrusor,
- une relaxation sphinctérienne.

La coordination vésico-sphinctérienne

Il existe une inhibition réciproque des systèmes parasympathique d'une part, sympathique et somatique d'autre part, de sorte que le détrusor est relâché quand les sphincters sont contractés et inversement. Cette coordination est organisée dans deux boucles réflexes :

- un circuit court, incluant les centres médullaires et les ganglions périphériques, pour la coordination entre sympathique et parasympathique,
- un circuit long incluant les centres du tronc cérébral pour la coordination entre les systèmes parasympathiques et somatiques.

La commande volontaire de la fonction vésico-sphinctérienne

Le contrôle volontaire suppose la possibilité de reconnaître une information sur l'état de réplétion de la vessie. Ce signal c'est le besoin d'uriner, sans lequel il n'y a pas de continence possible. Le contrôle volontaire se limite à la possibilité d'autoriser ou de refuser globalement la miction. Le néocortex intervient dans la faculté d'autoriser ou de refuser le déclenchement d'une miction dite « par raison » permettant par exemple d'uriner alors que la vessie n'est pas encore pleine. Cette faculté d'inhibition et de facilitation volontaire implique le risque d'une pathologie psychogène qui peut s'exprimer sous les modes d'une pollakiurie ou d'une rétention.

Ontogenèse de la fonction vésico-sphinctérienne

La vessie du fœtus

La vessie du fœtus commence à fonctionner au sixième mois de la vie intra-utérine. La vessie se contracte de façon rythmique. Il existe déjà une coordination vésico-sphinctérienne.

La vessie du nouveau-né

La vessie peut stocker et expulser périodiquement de l'urine. Le réflexe mictionnel est organisé dans la moelle sacrée.

Les stimuli qui déclenchent le réflexe mictionnel sont proprioceptifs (réplétion) ou extéroceptifs (attouchement périnéal, toilette).

L'hyperréflexivité est une caractéristique de la vessie du nouveau-né. Elle peut persister chez l'enfant ou chez l'adulte caractérisant les états d'immaturation ou d'instabilité vésicale.

La myélinisation des voies motrices puis sensitives est complète entre 9 et 24 mois. Ce processus permet l'entrée en fonction des centres supra-médullaires. Vers l'âge de 4 ans le réflexe mictionnel est intégré dans le tronc cérébral. L'automatisme vésico-sphinctérien est achevé. Il faut maintenant apprendre à le contrôler.

L'apprentissage de la propreté

La perception du besoin d'uriner est la première étape de cet apprentissage.

L'acquisition du contrôle du sphincter strié précède celle du détrusor. Sa contraction énergique peut rester plusieurs années le seul moyen de faire barrage aux fuites résultant de contractions vésicales encore imparfaitement inhibées.

La capacité vésicale s'accroît de deux façons : la distension vésicale augmente et l'inhibition de sa contraction devient possible grâce au réflexe périnéo-détrusorien (la contraction volontaire de la musculature striée entraîne en quelques secondes l'abolition de la contraction vésicale et du besoin d'uriner qui l'accompagne).

Le contrôle de la musculature lisse met en jeu des connexions entre les centres frontaux et les centres bulbaires.

Etude de cas

I Mademoiselle S., 20 ans, nullipare

Mademoiselle S. a des fuites urinaires depuis toujours sans aucune cause apparente. A l'adolescence elle est gênée par des fuites au fou rire. Elle n'a aucune fuite à la toux ni à l'éternuement. Elle n'a pas de fuites aux rapports, pas d'énurésie, pas de fuite sur besoin. Elle n'est pas constipée, retient gaz et selles, et répond sans hésiter à la question «est-ce que vous poussez pour uriner» : elle pousse à chaque fois.

Le nombre de mictions est élevé : 10 à 12 par jour.

Le volume de boisson est élevé également : un bol de thé, un litre et demi d'eau, un café.

A l'examen on peut noter une descente modérée du NFCP lors de la poussée. Les releveurs sont cotés à 3/5. La commande est floue, le lâcher de mauvaise qualité.

Dix séances suffiront pour améliorer nettement la situation : mictions spontanées, releveurs à 4/5, lâcher correct, plus de fuites. Une grosse partie de mon travail a été de rassurer Mademoiselle S. sur le bien-fondé de sa démarche : cette jeune femme peu sûre d'elle se sentait «anormale» d'avoir ces fuites urinaires, et d'entreprendre cette rééducation.

II Mademoiselle L., 30 ans, nullipare

Mademoiselle L. présente des fuites urinaires d'effort à la toux, à l'éternuement. Elle a eu une vidange complète de la vessie à chaque rapport depuis deux mois. Elle a des fuites au fou rire depuis toujours, qui s'aggravent. Elle a des fuites sur besoin. Les envies sont plutôt urgentes mais elle attend très longtemps. Elle boit beaucoup lorsqu'elle y pense : un litre et demi d'eau, un litre de thé par jour, mais elle peut oublier au point de souffrir de déshydratation. Elle a des infections urinaires. Elle a conscience de pousser pour uriner. Elle est constipée, éprouve des difficultés à évacuer les gaz et les selles, elle fait des efforts d'expulsion très importants.

A l'examen, il existe une descente globale du NFCP à la poussée. Les releveurs sont cotés à 4/5. Le lâcher est correct. En trois séances, les troubles ont disparu. Mademoiselle L. fait attention à ne pas pousser, elle vide sa vessie plus régulièrement.

Nous ferons ensemble la totalité des quinze séances prescrites. L'objectif est alors d'ancrer ces nouvelles habitudes dans le quotidien de cette jeune femme moderne qui passe ses journées devant son ordinateur sans boire, ni manger, qui force ses mictions pour revenir plus vite à son poste de travail. Elle pourra mettre en parallèle son habitude de se mettre à distance de ses sensations, par une fuite dans le travail, et sa mise à distance de ses émotions : elle décidera d'entreprendre une psychothérapie.

III Madame B., 32 ans, deux enfants

Premier enfant 4 ans, césarienne, poids de naissance 4,8 kg.

Deuxième enfant 4 mois, césarienne, poids de naissance 4,3 kg.

Elle a été gênée par une incontinence urinaire d'efforts pendant sa deuxième grossesse et souhaite une rééducation périnéale. Elle n'a plus de fuites lorsque je la vois mais les envies sont un peu plus fréquentes qu'auparavant. En fait, le nombre de mictions est normal : 5 par jour, 0 la nuit. Les mictions sont poussées. Madame B. sait qu'elle pousse, mais ne sait pas qu'il ne faut pas pousser. Elle retient gaz et selles, est constipée, pousse beaucoup pour évacuer.

A l'examen le périnée est figé: il ne descend pas à la poussée et à la toux, il ne remonte pas lors de la contraction volontaire. Les releveurs sont cotés à 2/5. Il existe très peu de différence entre serré et lâché. Il existe une spectaculaire hypotonie abdominale.

Nous ferons dix séances de rééducation périnéale, qui permettront la prise de conscience de la relaxation périnéale. Elle ne pourra dans un premier temps uriner sans pousser qu'en position debout. Nous poursuivrons la rééducation par dix séances consacrées à la paroi abdominale.

IV *Madame P., 47 ans, deux enfants*

Premier enfant 17 ans, poids de naissance 3,9 kg, Forceps, épisiotomie

Deuxième enfant 13 ans, poids de naissance 4,5 kg, Forceps, épisiotomie

Depuis un an Madame P. est gênée par des fuites d'effort.

Elle éprouve une petite sensation de béance.

Le nombre de mictions est élevé : 10 par jour, 0 à 1 la nuit.

A l'examen, il existe une descente du NFPC à la poussée accompagnée d'une fuite patente.

Il existe une cystocèle de grade 2, une rectocèle de grade 2, les releveurs peuvent être cotés à 4/5. Il existe une hypotonie vaginale.

La rééducation permettra à Madame P. d'améliorer le tonus périnéal. Les fuites disparaîtront. En l'aidant à prendre conscience des contraintes d'effort qu'elle exerçait sur sa statique pelvienne la rééducation lui permet de lutter contre l'aggravation des prolapsus.

V *Madame T., 60 ans, nullipare*

Hystérectomie en 1985. Était gênée déjà par des petites fuites d'effort à la toux.

Depuis l'été dernier elle a eu trois épisodes d'effondrement du sphincter: trois fois en 9 mois elle a subi des fuites importantes, inopinées, sans notion d'effort ni de vessie pleine. Elle est garnie en permanence, multiplie les mictions de précaution. Elle est parfois obligée de sortir du métro avant d'arriver à destination pour chercher des toilettes. Le nombre de mictions est de 7 à 10 par jour, 1 par nuit. Madame T. boit un litre et demi d'eau par jour et deux cafés. Les mictions sont parfois poussées. Elle est un peu constipée mais pousse peu. Elle est ménopausée, substituée. Le bilan uro-dynamique montre une insuffisance sphinctérienne.

A l'examen il existe une descente du NFPC à la poussée, et une cystocèle de grade 1. Les releveurs peuvent être cotés à 3/5, le geste manque d'ampleur. Le ventre est ballonné et il existe une hypotonie abdominale.

Les premières séances entraînent une amélioration. Elles consistent en prise de conscience périnéale, apprentissage du verrouillage d'effort, respect du temps de repos. Elles associent drainage lymphatique abdominal et exercices abdominaux hypopressifs.

La veille de notre quatrième séance, Madame T. constate une fuite inopinée en sortant de chez ses amis, alors qu'elle venait de passer aux toilettes. Elle est très découragée. En analysant avec elle les circonstances de cet incident elle se souvient avoir poussé pour passer «rapidement» aux toilettes. Elle fait alors le rapprochement avec l'épisode précédent: elle avait accompagné des proches à l'aéroport et était passée aux toilettes avant de rentrer chez elle. Elle avait uriné debout, sans se détendre, par peur des microbes. La rééducation comportera quinze séances, les releveurs seront cotés à 4/5, le lâcher correct. Madame T. n'a plus de fuites.

Conclusion

Ces cinq femmes ont, à des degrés divers, perdu le conditionnement du déroulement normal de la miction. Plusieurs éléments peuvent venir brouiller l'information. L'éducation à la propreté est parfois une véritable éducation à la dyssynergie : le petit enfant apprend à aller faire pipi sur commande c'est-à-dire sans notion de besoin, et vite, c'est-à-dire en forçant. Ceci est encore en vigueur aujourd'hui dans les écoles maternelles.

Les abus sexuels, et certains abus d'intimité que l'enfant aura intégré comme abus sexuels, peuvent entraîner des mises en tension périnéales, comme des tentatives de fermeture, de protection contre les intrusions. Pour certaines, la perception d'un périnée pesant, descendant, va induire une habitude de maintien permanent.

La dysurie et l'instabilité vésicale sont fréquentes chez l'enfant. Un syndrome urorectal a été décrit par D. Aubert associant constipation terminale et dysurie chez l'enfant par incoordination abdomino-lévatorienne. Ce syndrome réagit bien à la rééducation par bio-feed-back.

Une seule des cinq patientes avait subi un bilan uro-dynamique qui avait retrouvé une insuffisance sphinctérienne. La dyssynergie vésico-sphinctérienne et l'hyperréactivité vésicale n'ont été recherchées pour

aucune de ces patientes. On peut émettre l'hypothèse qu'il s'est agi d'immaturation vésicale évoluant vers l'hyperréactivité vésicale au moins dans les deux premiers cas présentés.

Une équipe d'urodynamiciens a fait une étude sur la chute des pressions urétrales au cours de l'effort répétitif de toux, montrant que la pression de clôture urétrale peut chuter de 50%. Leur hypothèse est que la toux provoque un étirement des structures neuromusculaires périnéales. Nous pouvons imaginer qu'une poussée abdominale permictionnelle, régulière ou occasionnelle, entraîne une diminution réversible de la pression de clôture, ce qui pourrait être le cas pour le dernier dossier présenté.

Enfin, la poussée mictionnelle peut coexister avec l'insuffisance sphinctérienne, les troubles de la statique pelvienne, et devra être prise en compte et rééduquée avec les autres symptômes.

La poussée mictionnelle quelle qu'en soit la cause, doit être recherchée systématiquement et corrigée. Il faut expliquer aux patientes le plus simplement possible les différents réflexes qui régissent la miction: le besoin d'uriner comme déclenchement, la relaxation sphinctérienne pour ouvrir la porte, laisser la vessie faire son travail sans la brusquer.

Bibliographie

D. AUBERT, O DESTUYNDER, D. CAETANO, G. COCHE, J.Y. CORNU, P. GILLE. *-Le syndrome urorectal par incoordination abdomino-lévatorienne chez l'enfant.* Chir. Pédiatr. 1987.

A. BOURCIER / J. JURAS *-Urodynamique et réadaptation en urogynécologie.* Dyssynergie vésico-sphinctérienne.

P. DUDOGNON, J.Y. SALLE, E. MILOR, M. RABILLER, M. MUNOZ, C. LABROUSSE *-Chute des pressions urétrales au cours de l'effort répétitif de toux.* SIFUD 1992. Congrès de Liège.

J.-J. LABAT, J.-M. BUZELIN *-Physiologie vésico-sphinctérienne.* Pathologie fonctionnelle de la vessie chez l'enfant. Sauramps médical, 2000.

-Enurésie et troubles mictionnels de l'enfant. Ouvrage coordonné par P. COCHAT. Elsevier 1997.