

Traiter la vessie hyperactive : une question de médicaments et de comportement



Béchir Hage, MD et Le Mai Tu, MD, MSc

Présenté dans le cadre de la conférence : *Journée de gériatrie : problèmes courants et prise en charge*, Université Laval, avril 2007

Le cas de Laure

Laure est âgée de 65 ans. Depuis une dizaine d'années, elle souffre d'urgences mictionnelles avec des épisodes quotidiens d'incontinence urinaire d'urgence, parfois même la nuit. Elle urine aux deux heures et doit porter des protèges-dessous. Elle se prive de boire en soirée et évite même de sortir dans les lieux publics où il n'y a pas de toilettes.

Laure décide donc de vous consulter parce que sa qualité de vie est grandement affectée par ses problèmes urinaires.

Que faites-vous?



Le **Dr Hage** est résident en urologie au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.



La **Dre Tu** est urologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Quelques généralités sur la vessie hyperactive

Sa définition

La vessie hyperactive (VH) est un syndrome défini par l'urgence mictionnelle, avec ou sans incontinence urinaire d'urgence, habituellement associé à de la pollakiurie (plus de huit mictions par 24 heures) ou de la nycturie (plus de deux mictions par nuit). (figure 1)

Sa prévalence

Au Canada, on estime qu'une personne sur cinq a des symptômes de VH; c'est donc une pathologie plus fréquente que le diabète, l'asthme ou l'ulcère gastrique. Elle touche autant les femmes que les hommes, mais ces derniers ont plus souvent une vessie hyperactive sans incontinence d'urgence.

La VH diminue la qualité de vie des patients, augmente le risque de dépression majeure, d'insomnie, d'infections urinaires, de chutes et de fractures. Malgré tout, seulement 48 % des patients consultent un professionnel de la santé pour ces problèmes urinaires.

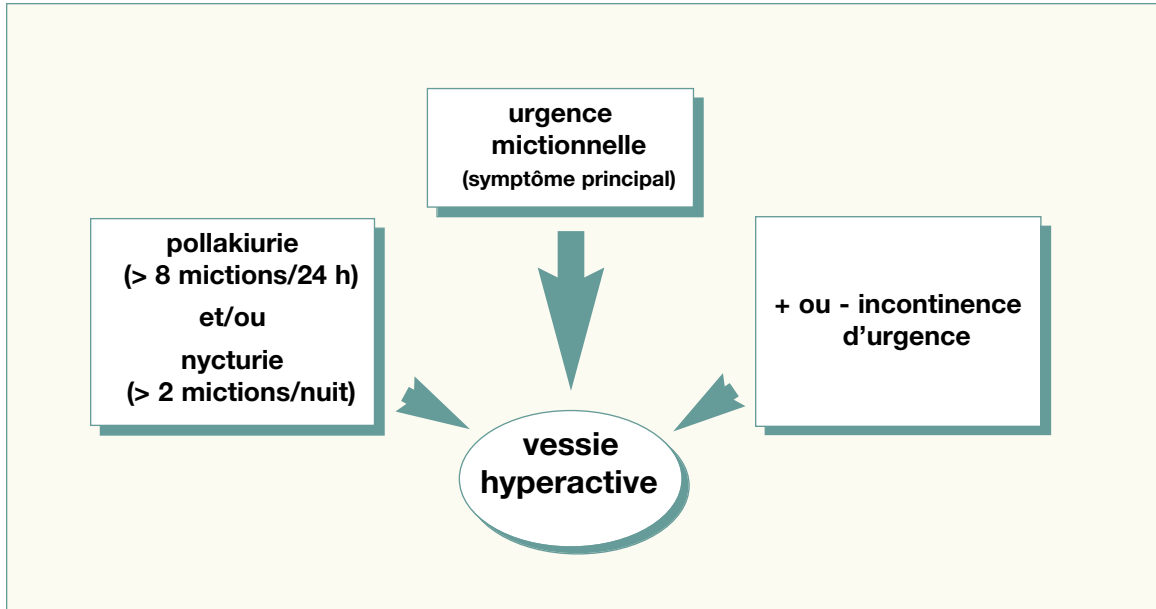


Figure 1. La définition de la vessie hyperactive

Tableau 1

Le diagnostic différentiel de la vessie hyperactive

Chez l'homme

- Hyperplasie bénigne de la prostate
- Cancer de la prostate
- Lithiase vésicale

Chez la femme

- Prolapsus pelvien
- Atrophie vaginale
- Cystite interstitielle

Chez tous les patients

- Infection urinaire
- Tumeur génito-urinaire
- Diabète
- Affection neurologique

Le diagnostic

L'évaluation d'un patient avec une vessie hyperactive

La VH étant un diagnostic clinique, l'anamnèse a donc une place prépondérante dans l'évaluation des patients. Certaines conditions médicales peuvent mimer une VH et doivent être exclues (tableau 1).

Aussi, il faut identifier les facteurs pouvant exacerber une pollakiurie tels que le café, l'alcool, le diabète, l'insuffisance cardiaque ou encore l'apnée du sommeil.

Le calendrier mictionnel, réalisé sur trois jours, est un outil très utile grâce auquel on objective la fréquence urinaire et la capacité vésicale fonctionnelle qui est typiquement très variable dans la VH.

Le bilan des apports liquidiens sur 24 heures dresse un portrait des habitudes liquidiennes et permet de démasquer des comportements à

risque, comme la surhydratation (plus de huit tasses par jour), la consommation d'irritants vésicaux ou la prise de quantité importante de liquide avant le coucher.

Finalement, l'examen physique comprend un toucher rectal pour rechercher des pathologies prostatiques ou des fécalomes, un examen neurologique ciblé (S2-S4) ainsi qu'un examen gynécologique chez les femmes.

Le bilan paraclinique

Pour la majorité des patients, seule l'analyse d'urine est requise. Elle permettra de dépister une infection urinaire ou une hématurie qui pourrait être secondaire à un calcul ou une tumeur vésicale, par exemple.

Le taux d'antigène prostatique spécifique (APS), la culture d'urine ainsi que le taux de créatinine sont optionnels.

La mesure du résidu post-mictionnel est indiquée s'il y a des symptômes de vidange incomplète, un diabète de longue date, des antécédents de rétention urinaire ou encore un prolapsus pelvien significatif. Le résidu peut être utile aussi dans les cas de chirurgie antérieure pour incontinence ou après l'échec du traitement pharmacologique.

Le bilan urodynamique n'est pas utile dans tous les cas de VH, puisque même sans contractions non inhibées objectivées, un traitement aux anticholinergiques sera quand même efficace. Néanmoins, il serait indiqué de procéder à un bilan urodynamique dans les cas d'incontinence urinaire compliquée (diabète et maladie neurologique, par exemple), en cas d'échec au traitement pharmacologique ou avant un traitement invasif. (tableau 2)

Tableau 2

Quand adresser le patient en spécialité?

Avant essai du traitement

- Hématurie en l'absence d'infection
- Affection neurologique
- Prolapsus génital symptomatique
- Résidu post-mictionnel élevé
- Infections urinaires récidivantes
- Antécédents de chirurgie pour incontinence
- Syndrome de vessie hypersensible

Après essai du traitement

- Échec au traitement optimal

Le traitement

Le traitement conservateur

Les modifications comportementales ont une place primordiale dans le traitement de la VH; à elles seules, elles réduisent les épisodes d'incontinence de 40 à 80 %, selon les études.

D'une part, il faut cibler les facteurs de risque, comme la consommation excessive de caféine, d'alcool ou même la surhydratation ainsi que l'obésité et la constipation.

D'autre part, chez le patient motivé, on peut entreprendre une physiothérapie pelvipérinéale. Les exercices de Kegel sont démontrés pendant le toucher vaginal, ce qui permet à la patiente d'identifier les muscles du plancher pelvien et d'éviter les contractions parasites des abdominaux et des fessiers. En utilisant le réflexe uréthro-vésical d'inhibition, les patients peuvent apprendre des techniques de suppression des envies impérieuses; combinées à un programme

Tableau 3

Traitement de la vessie hyperactive : les anticholinergiques

Médicament	Posologie	Remarques
Toltérodine	1-2 mg BID	Moins de sécheresse buccale que l'oxybutynine régulière.
Toltérodine LA	2 ou 4 mg DIE	Moins de sécheresse buccale si prise 1 à 4 heures avant le coucher.
Oxybutynine	2,5-5 mg TID	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de première ligne; • Le seul anticholinergique qui n'est pas un médicament d'exception au Québec.
Oxybutynine longue action	5 ou 10 mg DIE	Peut être augmenté à 30 mg DIE dans les cas de VH neurogéniques.
Chlorure de trospium	20 mg BID	<ul style="list-style-type: none"> • Ne traverse pas la membrane hémato-encéphalique; • Doit être pris à jeun.
Solifénacine	5-10 mg DIE	Partiellement sélectif aux récepteurs M ₃ .
Darifénacine	7,5-15 mg DIE	<ul style="list-style-type: none"> • Sélectif aux récepteurs M₃; • Plus de constipation chez les personnes âgées.
Oxybutynine transdermique	3,9 mg par jour 2 timbres/semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'effets secondaires anticholinergiques; • 21 % d'effets secondaires topiques (prurit, rash, etc.).

d'entraînement vésical, on peut augmenter progressivement l'intervalle de temps entre deux mictions.

Le traitement pharmacologique : les anticholinergiques

Les anticholinergiques sont la pierre angulaire du traitement pharmacologique de la VH. Ils inhibent les récepteurs muscariniques sur le détrusor (récepteurs M₃ principalement) et

agissent aussi en modulant les afférences sensibles. Ainsi, ils diminuent les contractions non inhibées de la vessie, augmentent sa capacité et retardent l'envie initiale d'uriner.

Notons que les contre-indications absolues aux anticholinergiques sont la rétention urinaire, la constipation grave, le mégacôlon toxique et le glaucome à angle fermé.

Sur le marché, il existe huit anticholinergiques différents (tableau 3) qui ont grossièrement la même efficacité, soit environ

60 % de réduction des épisodes d'incontinence. La différence est dans la formulation et dans le profil d'effets secondaires.

La sécheresse buccale qui est l'effet secondaire le plus commun est moins fréquente avec l'oxybutynine et la toltérodine en libération prolongée, et encore moins avec l'oxybutynine en timbre.

Par leur action sur les récepteurs M_1 du système nerveux central, les anticholinergiques peuvent causer des effets secondaires, comme la confusion et la perte de mémoire. Le chlorure de tropsium est le seul anticholinergique de la famille des amines quaternaires qui, par ses propriétés physicochimiques, ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique.

Aussi, la solifénacine et la darifénacine (qui sont des anticholinergiques plus sélectifs aux récepteurs M_3) n'agissent pas sur les récepteurs M_1 du système nerveux central. Ces trois molécules ont donc un avantage théorique sur les effets secondaires cognitifs attribués aux anticholinergiques.

Bien qu'aucun cas de torsade de pointe n'ait été reporté dans les études, notons que la solifénacine et la toltérodine peuvent augmenter l'intervalle QT, surtout lorsqu'elles sont combinées à d'autres médicaments ayant le même potentiel.

Conclusion

La VH est une maladie très fréquente qui a beaucoup d'impact sur la qualité de vie des patients.

Le choix d'un anticholinergique dépend des considérations liées aux patients et du profil d'effets secondaires du médicament. Il est essentiel d'utiliser des doses flexibles qui sont titrées en fonction de l'efficacité et de la tolérance du médicament.

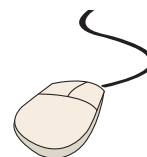
À retenir...

- Pour la majorité des patients, le seul examen paraclinique requis est l'analyse d'urine.
- Le calendrier mictionnel et le bilan d'apports liquidiens sur trois jours sont des outils diagnostiques et même thérapeutiques.
- La combinaison du traitement pharmacologique aux modifications comportementales est encore plus efficace que chacune des deux modalités utilisées séparément.
- La clé du traitement avec les anticholinergiques est de titrer la dose en fonction de la réponse clinique et des effets secondaires.

La combinaison du traitement pharmacologique aux modifications comportementales est encore plus efficace que chacune des deux modalités utilisées séparément. *Clin*

Sites Web destinés aux patients :

www.vessiehyperactive.ca
www.cobfoundation.org
www.oabrelief.com



Bibliographie

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et coll: The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of The International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
2. Corcos J, et coll: The Prevalance of Overactive Bladder and Incontinence in Canada. *Can J Urol.* 2004 Jun; 11(3):2278-84.
3. Brown JS, McGhan WF, Chokroverty S: Comorbidities Associated with Overactive Bladder. *Am J Manag care.* 2000 Jul;6(11 Suppl):S574-9.
4. Brubaker L, et coll: Résumé. ICS. 2005.
5. Cardozo L, et coll: *Urogynaecology* 2001:901.
6. Burgio KL, Locher JL, Goode PS: Combined Behavioral and Drug Therapy for Urge Incontinence in Older Women. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Apr;48(4):370-74.