



TROUBLES URINAIRES

Chez la personne
polyhandicapée adulte



Signalons au préalable que polyhandicap ne signifie pas forcément incontinence : le dépistage attentif des signes exprimant un besoin, la mise en œuvre de conditions de mictions satisfaisantes (avec installation adaptée en termes de maintien postural notamment), voire une programmation des mictions à heures régulières peuvent permettre à certaines personnes polyhandicapées de ne pas être contraintes de porter une protection permanente.

Néanmoins, le comportement mictionnel est souvent perturbé par des causes diverses.

1. Causes neurologiques

Il existe presque toujours une anomalie de fonctionnement vésico-sphinctérien chez les personnes polyhandicapées. 2 sur 3 présentent une vessie instable du fait du défaut de l'inhibition exercée habituellement par les centres corticaux sur le centre mictionnel du tronc cérébral et de la moelle épinière.

Cliniquement, on observe une pollakiurie diurne et nocturne et des urgences mictionnelles avec ou sans fuites. Cette hyperactivité vésicale est souvent associée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne (défaut de relaxation du sphincter urinaire lors de la miction), provoquant une dysurie avec vidange vésicale de mauvaise qualité (résidu post-mictionnel supérieur à 100 ml chez l'adulte, qui a tendance à augmenter naturellement avec l'âge) et potentiellement des infections urinaires à répétition, voire la constitution peu à peu d'une vessie de lutte avec risque à terme de reflux vésico-urétéral.

L'incontinence peut aussi être en lien avec un défaut d'identification par la personne du besoin d'uriner ou des troubles sensitifs vésicaux retardant la sensation de besoin et provoquant des mictions par regorgement sur rétention.

Une échographie vésico-rénale de dépistage systématique, surtout chez les personnes très spastiques, recherchera l'existence d'une éventuelle vessie de lutte (paroi vésicale épaissie et diverticulaire) et des anomalies du haut appareil urinaire (dilatation pyélocalicielle, lithiase).

Devant ce type de dysfonctionnements urinaires neurologiques, on privilégiera les traitements médicamenteux visant à limiter la dyssynergie vésico-sphinctérienne et la rétention, à savoir les thérapeutiques alpha-bloquantes (ex : alfuzosine, tamsulosine, ...). Les fuites urinaires par urgenturie peuvent éventuellement justifier la prescription d'un traitement anticholinergique (ex : solifenacine, chlorure trospium...) en surveillant étroitement la survenue d'effets secondaires de type constipation, rétention urinaire, sécheresse buccale.

Les autres recours, à savoir hétérosondages quotidiens, incontinention chez l'homme (par prothèse endo-urétrale ou par sphinctérotomie définitive), dérivation urinaire non continente type Bricker, sont à discuter au cas par cas avec une équipe spécialisée en neuro-urologie. Dans la mesure du possible, on évitera le port d'une sonde à demeure source de multiples complications à moyen ou long terme (infectieuses, lithiasiques, néoplasiques, ...).

2. Autres causes de troubles urinaires

- la constipation
- l'existence d'une « épine irritative » quelconque
- certains médicaments (notamment avec effet anticholinergique)
- une infection urinaire non démasquée (surveiller toute modification de la fréquence mictionnelle, ou de la couleur ou de l'odeur des urines, ou toute perturbation générale : changement de comportement, modification de la température de base)
- les troubles comportementaux (comportement d'urination en rapport avec un syndrome frontal sans lien avec un dysfonctionnement vésico-sphinctérien).

3. Examens paracliniques et surveillance

En fonction de la gravité des symptômes, un bilan paraclinique sera réalisé : **bilan sanguin rénal** (urée, créatinine, idéalement clairance de la créatinine sur les urines des 24 heures en cas d'amyotrophie importante) **et inflammatoire, ECBU** par collecteur ou sondage et **échographie vésico-rénale** avec mesure du résidu post-mictionnel si possible. Le bilan urodynamique n'est en général pas réalisé car souvent mal toléré et donc difficile d'interprétation, mais une demande d'avis urologique est toujours envisageable.

Le suivi doit se baser sur les éléments cliniques, surtout infectieux qui témoignent d'une rétention chronique le plus souvent, et sur la surveillance régulière du résidu post-mictionnel par échographie sus-pubienne (bladder scan) voire sur une échographie vésico-rénale à la recherche d'anomalies du haut appareil urinaire, ponctuellement en l'absence de signes urinaires alarmants et annuellement si problème. Il en est de même du bilan biologique rénal.