

# Troubles fonctionnels urinaires de la femme : dysurie, pollakiurie, nycturie

Gérard Amarenco, Xavier Deffieux

La définition des troubles fonctionnels urinaires de la femme répond à la traduction française de la terminologie adoptée par l'*International continence society* (ICS) en 2002. Cette validation linguistique a été réalisée au nom de l'Association française d'urologie (AFU) et de la Société internationale francophone d'urodynamique et de pelvipérinéologie (SIFUD-PP) [1]. Les symptômes du bas appareil urinaire sont définis à partir de l'interrogatoire des patientes et de questionnaires plus ou moins standardisés et validés (ICIQ-SF, UDI, IIQ, MHU...). Les symptômes peuvent être classés en trois catégories : phase de remplissage, miction, post-miction. Les symptômes de la phase de remplissage sont la pollakiurie diurne, la nycturie et les urgenturies. Ces symptômes peuvent entrer dans le cadre d'un syndrome d'hyperactivité vésicale.

## Pollakiurie, nycturie, urgenturies et syndrome d'hyperactivité vésicale

### Pollakiurie et nycturie

Ce sont les symptômes ressentis pendant la phase de remplissage de la vessie sans distinction entre le jour et la nuit.

Pollakiurie diurne : augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée.

Nycturie : besoin d'uriner réveillant le patient. La nycturie doit être différenciée de la « fréquence mictionnelle nocturne » qui correspond à la tota-

lité des mictions nocturnes à partir du moment où le patient se couche mais sans tenir compte de la notion de réveil.

La seule façon d'objectiver une pollakiurie et de la différencier d'une polyurie (augmentation de la diurèse quotidienne) est de demander à la patiente de réaliser un calendrier mictionnel (également appelé catalogue mictionnel). Sa réalisation est d'ailleurs recommandée en première intention par le CNGOF devant tout symptôme de pollakiurie, nycturie ou urgenturies chez la femme, avant d'envisager des explorations ou un traitement [2]. Un calendrier mictionnel est donné en exemple figure 7.1 ; il s'agit d'un recueil des horaires des mictions jour et nuit sur une période d'au moins 24 heures.

La mesure de la diurèse des 24 heures est définie par le recueil urinaire sur 24 heures, habituellement commencé après la première miction matinale et s'achevant en incluant la première miction du matin suivant. Une polyurie est définie par une diurèse des 24 heures dépassant 2,8 litres chez l'adulte.

### Urgenturies

L'urgenturie (urgence mictionnelle) est le désir soudain (envie soudaine), impérieux et fréquemment irréprouvable d'uriner (besoin difficile ou impossible de différer). C'est un besoin qui est anormal par sa brutalité et son intensité. Il ne s'accompagne souvent que d'une quantité urinée modérée voire faible. Il est différent de la progression normale du besoin qui passe d'une sensation de vessie remplie à une sensation d'envie d'uriner par vessie pleine. À l'opposé de l'urgenturie, le

Heure	Volume mictionnel	Événement (fuite, urgenturie...)
06 : 50	130 ml	
07 : 45	50 ml	
09 : 15	60 ml	
11 : 30	80 ml	
12 : 15	40 ml	
13 : 50		Fuite urinaire sur urgenturie
13 : 50	80 ml	

Figure 7.1. Exemple de calendrier mictionnel.

besoin physiologique normal est le signe annonciateur d'une miction qu'il est possible de différer un certain temps pour satisfaire aux commodités sociales et contraintes d'environnement. Le terme d'«impériosité» ne doit plus être utilisé.

### Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (*overactive bladder syndrome*)

Le syndrome d'hyperactivité vésicale (également appelé «syndrome urgenturie-pollakiurie») est défini par la survenue d'urgenturies avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associées à une pollakiurie ou une nycturie. Ce syndrome est évocateur d'une hyperactivité détrusorienne mise en évidence par un examen urodynamique, mais non spécifique car pouvant également être due à d'autres types de dysfonctionnement du bas appareil urinaire. Par ailleurs, le terme de syndrome clinique d'hyperactivité vésicale suppose qu'il n'y ait pas d'infection urinaire ou une pathologie locale organique évidente (tumeur...).

L'hyperactivité vésicale est définie comme un trouble associant une urgenturie avec ou sans incontinence et fréquemment associée à une pollakiurie et à une nycturie. Un ensemble d'observations récentes permet en effet désormais d'établir que l'hyperactivité vésicale correspond d'abord à une anomalie du traitement sensoriel régulant la continence. Les différents cadres étiopathogéniques chez l'homme partagent un

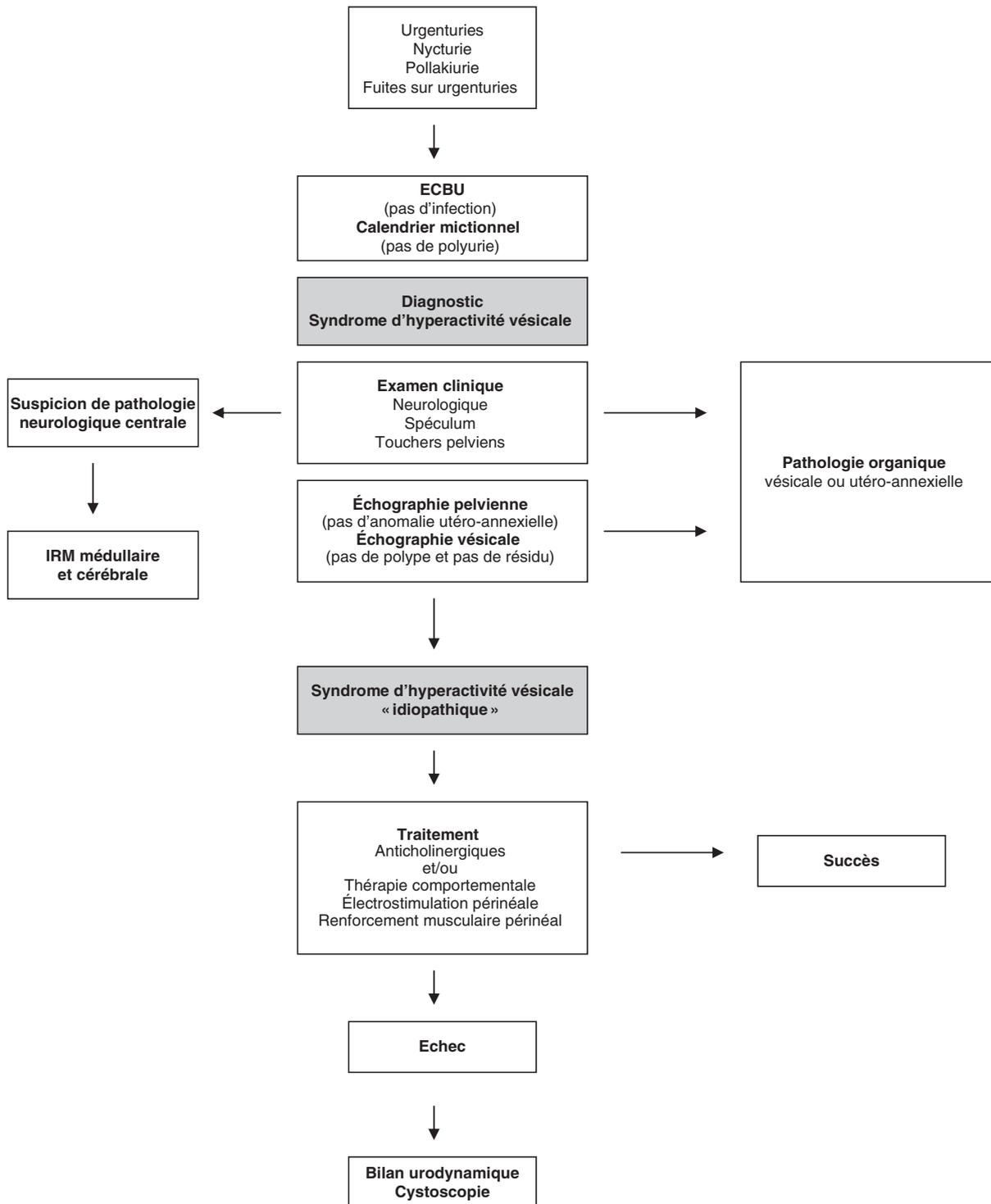
ensemble de désordres similaires au niveau de l'urothélium, des nerfs et du muscle lisse du détrusor. Ces désordres s'inscrivent pour partie dans le cadre d'une neuroplasticité orchestrée par les facteurs de croissance nerveuse.

Les termes de «vessie instable» ou d'«instabilité vésicale» ne doivent plus être utilisés.

Il faut différencier la nycturie et les fuites urinaires lors des levers nocturnes d'une énurésie nocturne qui est une miction involontaire survenant pendant le sommeil.

### Stratégie diagnostique et thérapeutique devant un syndrome d'hyperactivité vésicale

Après avoir éliminé une polyurie et une infection, il faudra en premier lieu rechercher une cause à ces symptômes d'hyperactivité vésicale : une pathologie neurologique, un obstacle urologique (fonctionnel ou organique) ou une cause locale (polype vésical, tumeur pelvienne). La première étape sera bien évidemment clinique : examen neurologique du périnée et des membres inférieurs à la recherche d'un syndrome pyramidal ou d'un déficit sensitivomoteur, examen du méat urétral et du trajet urétral, recherche d'un prolapsus génital, examen sous spéculum, touchers pelviens, palpation abdominale. Ensuite, une échographie pelvienne et vésicale sera prescrite pour éliminer une cause tumorale (bénigne ou maligne) utéro-annexielle



**Figure 7.2. Démarche diagnostique devant des symptômes d'hyperactivité vésicale.**

et vésicale. L'échographie permettra également de dépister un résidu post-mictionnel. La figure 7.2 expose la démarche diagnostique. Une fois ces causes éliminées, un traitement de première ligne peut être prescrit : anticholinergique et/ou rééducation (thérapie comportementale, électrostimulation, renforcement musculaire).

En cas de pollakiurie ou d'urgentes « symptômes » d'une pathologie (infection, polype, obsta-

cle...), le traitement sera celui de la cause. En cas de syndrome d'hyperactivité vésicale idiopathique, le traitement débutera par des anticholinergiques éventuellement associés à une réduction pondérale si un surpoids est constaté. La stratégie thérapeutique précise est détaillée au chapitre 11 de cet ouvrage.

Une thérapie comportementale peut être proposée; son mécanisme d'action reste discuté : meilleure

inhibition corticale sur les contractions anarchiques du détrusor, facilitation corticale sur l'augmentation de la pression de clôture urétrale et une meilleure modulation de l'information afférente, augmentation de la « réserve » du bas système urinaire par une meilleure « conscientisation ». Cette thérapie comportementale est plus efficace que l'absence de traitement et il ne semble pas y avoir de différence d'efficacité entre la thérapie comportementale et les anticholinergiques [3]. L'électrostimulation est plus efficace que l'absence de traitement mais son efficacité n'est pas statistiquement supérieure à celle de la rééducation par renforcement musculaire et à celle des anticholinergiques [4].

## **Dysurie (symptômes pouvant témoigner d'une anomalie de la vidange)**

### **Symptômes de la phase mictionnelle**

Les différents symptômes reliés à la phase mictionnelle et post-mictionnelle sont :

- faiblesse du jet : perception par le patient d'une diminution de la force du jet urinaire pendant la miction ;
- jet en arrosoir ;
- jet haché : miction interrompue à une ou plusieurs reprises ;
- jet hésitant : retard à l'initiation de la miction ;
- miction par poussée : jet urinaire obtenu avec une poussée abdominale concomitante ;
- gouttes terminales, miction traînante : achèvement progressif et lent de la miction ;
- sensation de vidange vésicale incomplète : impression subjective que la vessie ne s'est pas totalement vidée après la miction ;
- gouttes retardatrices : perte involontaire d'urine survenant immédiatement après la miction (en se levant des toilettes).

Ces différents symptômes peuvent être objectivés par la débitmétrie (débit maximal, durée de la miction, aspect de la courbe mictionnelle, résidu post-mictionnel) mais il n'existe toutefois pas de corrélation stricte entre les symptômes rapportés et

les résultats de la débitmétrie : certaines femmes décrivent un jet faible et un résidu post-mictionnel alors que la débitmétrie montrera une courbe mictionnelle normale avec un débit maximal conservé et une absence de résidu post-mictionnel.

## **Étiologies selon le mode d'installation**

Chez la femme jeune, l'existence d'une dysurie doit toujours faire éliminer une cause neurologique. L'interrogatoire et l'examen clinique restent les éléments principaux du diagnostic et permettent d'orienter les éventuels examens complémentaires. La démarche diagnostique et les principales étiologies sont synthétisées sur les figures 7.3 et 7.4.

### **Dysuries d'apparition brutale**

Hormis les dysuries postopératoires (après mise en place d'une bandelette sous-urétrale par exemple), le caractère brutal de la symptomatologie est un argument majeur contre une étiologie « mécanique » telle une sténose urétrale ou une compression extrinsèque statique (tumeur pelvienne) ou dynamique (prolapsus type cystocèle stade 2 ou plus avec effet pelote ou rectocèle de stade 2 ou plus). Toutefois, cela peut se voir en cours de grossesse ou une rétroversion importante peut entraîner une rétention aiguë d'urine. L'apparition brutale doit en priorité faire évoquer soit une étiologie infectieuse, iatrogène (prise de parasympholytiques tels les anticholinergiques ou les morphiniques), psychogène (abus sexuel, divorce, deuil), un fécalome (chez la personne âgée essentiellement), soit bien évidemment une cause neurologique.

Dans ce cadre, l'interrogatoire doit essayer de mettre en évidence d'autres anomalies permettant de suggérer une atteinte de type périphérique ou radiculo-médullaire basse, voire plexique sacré. En effet, les dysuries d'origine encéphalique sont exceptionnelles et en règle s'installent dans un tableau neurologique bruyant et évident (accident vasculaire du tronc cérébral ou frontal par exemple). La perte (ou la diminution) simultanée de la sensation du besoin d'uriner ou de la perception du passage urétral des urines oriente d'emblée vers une cause neurologique, qui plus est périphérique pure. L'association à des troubles anorectaux (diminution de la perception du besoin de défécation, diminution de la perception du passage des

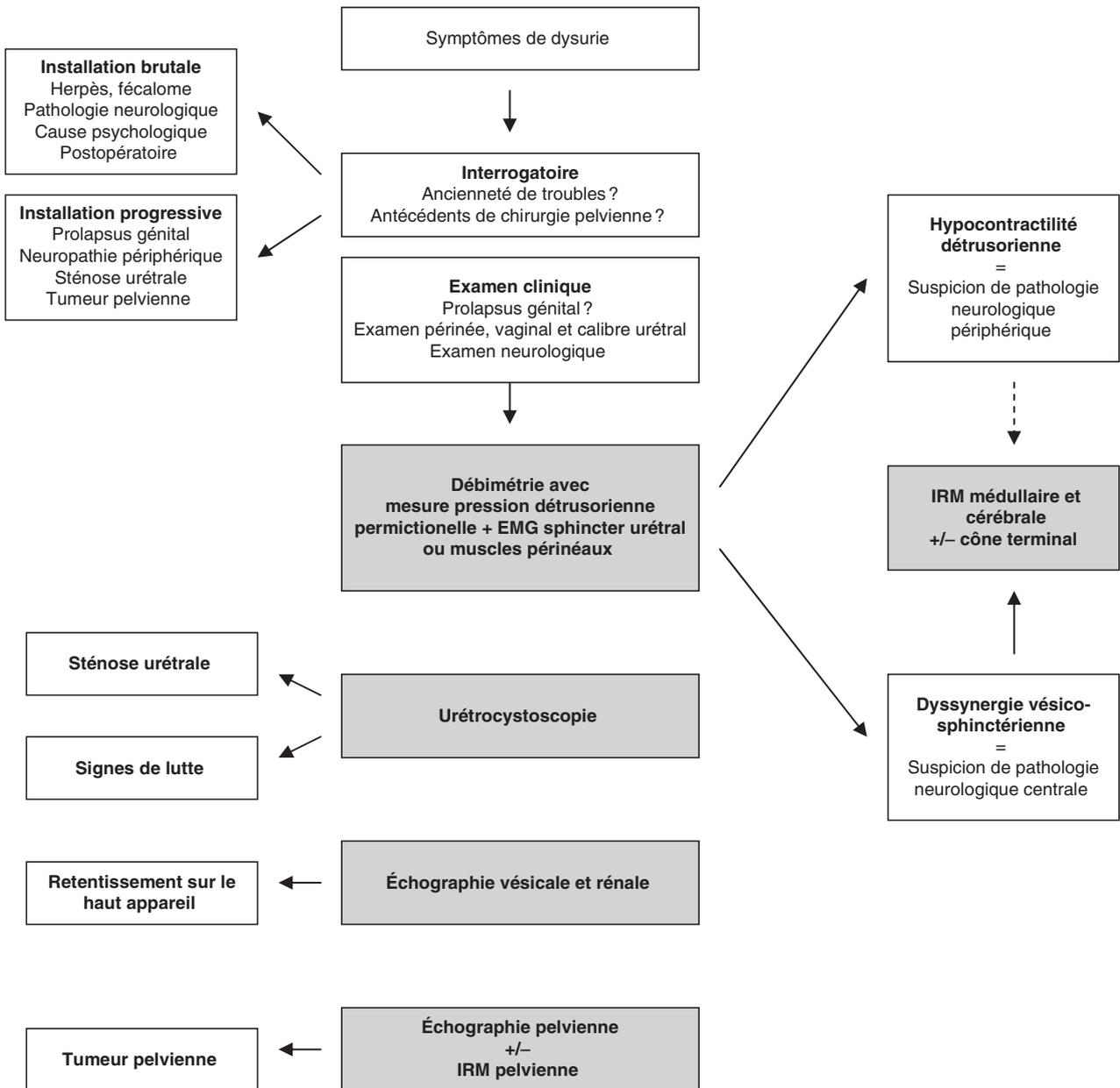


Figure 7.3. Démarche diagnostique devant des symptômes de dysurie.

selles dans le canal anal, diminution des possibilités de discrimination du contenu endorectal, dyschésie, voire incontinence anale) est évocatrice d'une atteinte neurologique en raison de la contiguïté (ou du partage) des centres intégrateurs et de contrôle urinaires et anorectaux. La survenue simultanée de troubles sensitifs périnéaux (hypoesthésie périnéale, paresthésies, dysesthésie en selle) ou moteurs (difficulté à fractionner volontairement les selles ou à couper le jet) est très en faveur d'une étiologie neurologique avec atteinte du système nerveux périphérique. Pareillement, l'apparition d'une éruption périnéale éventuellement associée à un syndrome infectieux peut faire évoquer une méningoradiculite herpétique (zona

périnéal), mais ne résume pas les étiologies infectieuses (maladie de Lyme où la recherche d'antécédent de contagie, cutanés et articulaires est indispensable, méningoradiculite d'autres origines). L'apparition brutale chez une femme jeune d'une dysurie doit aussi toujours faire évoquer la possibilité d'une lésion focale médullaire située dans le cône terminal, par exemple par saignement d'une malformation artérioveineuse. Le diagnostic différentiel est bien évidemment une plaque de démyélinisation focale dans le cadre d'une sclérose en plaques, mais l'on exigera pour le diagnostic de celle-ci une dissémination non seulement temporelle mais aussi spatiale. Il faut bien souligner que pour toutes ces causes

ÉTIOLOGIES SELON LE MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE
<p><b>Trouble de la contractilité détrusorienne</b> Vessie dénervée après chirurgie radicale pelvienne Pathologie neurologique périphérique</p> <p><b>Obstacle organique</b> Prolapsus génital (stade 2 ou plus) Tumeur pelvienne Sténose urétrale</p> <p><b>Obstacle fonctionnel</b> <b>(dyssynergie vésico-sphinctrienne)</b> Pathologie neurologique centrale Diabète Médicaments</p>

ÉTIOLOGIES SELON LE MODE D'INSTALLATION
<p><b>Installation brutale</b> Herpès, zona Fécalome Choc psychologique Lésion focale médullaire du cône terminal Lésion neurologique centrale Obstacle post-opératoire (bandelette sous urétrale) Dénervation post-opératoire (chirurgie radicale pelvienne)</p> <p><b>Installation progressive</b> Prolapsus génital (stade 2 ou plus) Sténose urétrale Tumeur pelvienne Neuropathie périphérique (diabète...) Compression médullaire lente Syndrome extrapyramidal</p>

Figure 7.4. Principales causes de dysurie.

neurologiques, la dysurie peut être (et éventuellement rester) éventuellement le seul symptôme, d'où l'importance de cet interrogatoire.

Le caractère très brutal de la dysurie, voire de la rétention, doit aussi faire évoquer la possibilité d'une atteinte méningée (méningite aiguë) où la dysurie est une inhibition réflexe de la contraction vésicale, exceptionnellement une poliomyélite en pays d'endémie, et enfin peut être un mode d'entrée d'un tableau neurologique plus diffus telle une polyradiculonévrite aiguë (comme le syndrome de Guillain-Barré).

Ailleurs, le caractère brutal est un peu moins net avec installation des troubles en quelques jours. La notion de lombalgies, d'irradiation sciatique doit

bien évidemment faire évoquer une hernie discale, dont l'association à une dysurie n'est pas forcément la traduction d'un syndrome de la queue-de-cheval (atteinte multiradiculaire) dont l'urgence est extrême et le pronostic pas toujours favorable. La dysurie réactionnelle à l'alitement, aux antalgiques, à la douleur au cours d'une sciatique n'est en effet pas spécifique du syndrome de la queue-de-cheval qui sera alors confirmé par l'examen clinique.

Chez une femme moins jeune avec des facteurs de risque vasculaire (hyperlipidémie, hypertension), l'apparition brutale d'une dysurie doit toujours faire évoquer la possibilité d'un accident vasculaire ischémique médullaire, très exceptionnel chez l'adulte jeune (entrant alors dans le cadre d'une maladie systémique comme une panartérite noueuse).

La dyssynergie vésicosphinctérienne striée caractérise les lésions médullaires sous-protubérantielles. Ces lésions peuvent avoir une origine médicale (tumorale, vasculaire, infectieuse, compressive et congénitale), ou traumatique (accident de la voie publique, complication de la chirurgie rachidienne). Les complications urologiques de la dyssynergie vésicosphinctérienne (vessie de lutte, reflux, pyélonéphrite) et insuffisance rénale chronique ne sont plus la première cause de mortalité après lésion médullaire.

### Dysuries d'apparition progressive

L'apparition acquise progressive d'une dysurie à l'âge adulte doit d'abord faire évoquer la possibilité d'un obstacle mécanique : sténose urétrale (antécédents d'infections urinaires à répétition, dilatation antérieures); notion d'un prolapsus faisant effet pelote (sensation de pesanteur, d'extériorisation d'une « boule » vaginale, de nécessité de réintroduire manuellement le prolapsus pour uriner).

Le caractère très progressif peut aussi suggérer une neuropathie périphérique. Il faudra alors rechercher des facteurs de risque tels qu'un diabète, une intoxication alcoolique, la prise de médicaments neurotoxiques. L'existence concomitante de paresthésies des membres inférieurs, de troubles proprioceptifs, de troubles de l'équilibre et d'une dysautonomie (hypotension orthostatique, hyper- ou hyposudation, gastroparésie...) est alors assez évocatrice.

Chez la femme âgée, l'apparition d'une dysurie doit aussi faire rechercher à l'interrogatoire des signes en faveur d'un syndrome extrapyramidal (tremblement, micrographie, ralentissement idéo-moteur), mais aussi d'une compression médullaire lente telle une myélopathie cervicarthrosique (recherche de douleurs cervicales, de névralgies cervicobrachiales) ou un canal lombaire étroit (claudication intermittente à la marche non douloureuse).

### Apport de l'examen clinique pour le diagnostic d'une dysurie

Un examen clinique urogynécologique permettra parfois de mettre en évidence des facteurs de dysurie. L'examen vulvaire et vaginal recherchera une anomalie du méat urétral et du trajet de l'urètre. De multiples tuméfactions pelviennes (bénignes ou malignes) peuvent entraîner un obstacle.

Parfois un lichen scléro-atrophique peut conduire à une symphyse vulvaire gênant progressivement la miction. Les prolapsus génitaux peuvent constituer un obstacle dès lors qu'ils sont extériorisés (stade 2 ou plus). Une calibration de l'urètre grâce à des bougies permettra de dépister une sténose du méat. L'examen sous spéculum et les touchers pelviens rechercheront une masse utéro-annexielle.

L'examen neurologique est bien indispensable, mais il doit être orienté en fonction des données de l'interrogatoire. Il n'est pas nécessaire de faire un examen exhaustif en cas d'étiologie évidente (éruption vésiculeuse vulvaire herpétique, prise de morphiniques...).

L'examen neuropérinéal comprendra la recherche d'une hypoesthésie périnéale et d'une hypotonie anale, deux signes fortement évocateurs d'une atteinte neurogène par lésion à un point quelconque du réflexe sacré, qu'il s'agisse d'une atteinte radiculaire, médullaire (cône terminal), plexique, voire du nerf périphérique. L'examen neurologique général sera dicté par l'interrogatoire.

### Examens complémentaires devant une dysurie

Une débitmétrie est indispensable afin d'objectiver les troubles rapportés par la patiente (cf. chapitre 3). Une échographie pelvienne ± complétée d'une IRM pelvienne sera demandée en cas de suspicion de masse pelvienne ou vaginale. L'IRM est particulièrement contributive pour explorer les tumeurs vaginales (kyste sous-urétral, diverticule, fibrome...).

### Traitement d'une dysurie

Le traitement dépendra de la cause retrouvée. Globalement, hormis les cas de tumeur pelvienne ou périnéale qui nécessiteront une exérèse pour examen anatomopathologique, il n'y a pas de traitement obligatoire de la cause dès lors que la gêne est modérée et qu'il n'y a pas de complication c'est-à-dire pas de résidu post-mictionnel important, pas de signes de lutte, pas d'infection urinaire à répétition. Ainsi, dans les cas de dysurie après pose de bandelette sous-urétrale, dans la plupart des cas, on se contentera d'expliquer les symptômes à la patiente en lui expliquant que la seule solution pour faire disparaître ses symptômes de dysurie

serait soit de réaliser des autosondages, soit de sectionner la bandelette, ce qui exposerait à un risque important de récurrence de l'incontinence urinaire à l'effort. La patiente sera toutefois suivie les années suivantes afin de vérifier l'absence d'apparition des complications sus-citées.

Dans les cas de dysurie par dénervation après chirurgie radicale pelvienne, les autosondages sont le traitement de choix pour éviter les complications infectieuses et les effets délétères des efforts de poussée chroniques [5]. Les parasymphomimétiques et les prokinétiques n'ont pas été correctement évalués dans cette indication de dénervation pelvienne. La neuromodulation peut être essayée mais là encore, aucun essai randomisé n'a prouvé son efficacité dans ce cas précis.

Dans les pathologies neurologiques, la dysurie s'accompagne fréquemment d'un résidu important et de complications (vessie de lutte avec diverticules et parfois reflux), infections urinaires à répétition. Dans ce cas, le traitement de référence est la réalisation d'autosondages propres (non stériles) dont l'apprentissage est maintenant facilité par l'expertise des infirmières qui en sont chargées et les nombreux documents d'information tant imprimés que sur support vidéo.

## **Douleurs vésicales**

La sensation de douleur doit être caractérisée : localisation, quantification (par échelle visuelle analogique), fréquence de survenue, durée, localisation, facteurs favorisants. L'interrogatoire devra différencier une cystalgie (douleur pré- ou rétro-pubienne, augmentant au fur et à mesure du remplissage vésical et pouvant persister après la miction), d'une urétralgie (douleur ressentie dans l'urètre), d'une douleur périnéale ou vaginale. Le terme de cystalgie doit être préféré au terme de «cystite interstitielle» qui correspond à une entité pathologique définie de manière plus précise selon un ensemble de critères diagnostiques.

### **Cystalgies et syndrome douloureux vésical (*painful bladder syndrome*)**

Le démembrement clinique et physiopathologique des douleurs vésicales reste très discuté avec

un cadre hétérogène qui regroupe sans doute plusieurs maladies.

Une cystalgie désigne une douleur ressentie dans la région pré- ou rétro-pubienne, augmentant habituellement au fur et à mesure du remplissage vésical et pouvant persister après la miction (ce terme ne préjuge pas de l'étiologie de la douleur : infection, tumeur idiopathique...).

Le syndrome de vessie douloureuse est caractérisé par des douleurs sus-pubiennes majorées lors du remplissage vésical, associées à une pollakiurie diurne ou nocturne en l'absence d'infection urinaire ou de pathologie tissulaire vésicale.

### **Cystite interstitielle (*interstitial cystitis*)**

Il s'agit d'un syndrome de la vessie douloureuse avec des caractéristiques typiques cystoscopiques (glomérulations et/ou ulcère de Hunner) et/ou histologiques (infiltration par des cellules inflammatoires mononucléaires incluant les cellules mastocytaires et un tissu de granulation). Les schémas physiopathologiques évoqués font intervenir des éléments déclenchants, souvent infectieux, une altération des barrières épithéliales avec augmentation de la perméabilité, des réactions inflammatoires locales, des modifications centrales avec des phénomènes d'hypersensibilisation, des troubles de l'intégration du besoin d'uriner.

La terminologie la plus récente parle de *syndrome de douleur vésicale (bladder pain syndrome)* [6] terme plus générique et plus consensuel : douleur, pression ou inconfort pelvien perçu comme étant en relation avec la vessie et accompagné d'une urgence persistante (*persistent urge*) et/ou d'une pollakiurie avec ou sans anomalie cystoscopique et/ou biopsique (dans lequel s'intègre la cystite interstitielle).

Une fois éliminé toute pathologie infectieuse, l'examen clinique doit éliminer les autres causes lésionnelles de cystalgie, les troubles de la statique pelvienne, rechercher des tensions musculaires souvent associées et apprécier la sensibilité de l'urètre ou de la région vésicale témoin de l'«hyperpathie» locorégionale. Un catalogue mictionnel appréciera la diurèse, les volumes urinés à chaque miction et leur régularité, la fréquence des mictions et leur régularité de jour et de nuit. La

cystoscopie ne retrouve un ulcère de Hunner (spécifique) que dans 5 à 10 % des cas mais elle permet de classer les patientes (vessie normale, ulcère de Hunner, glomérulations). Les biopsies vésicales sont normales dans 30 à 40 % des cas. Lors de l'exploration urodynamique, la présence d'un premier besoin à plus de 150 mL et d'une capacité vésicale fonctionnelle (cystomanométrique) de plus de 350 cc va contre le diagnostic, on retrouve une hyperactivité détrusorienne associée dans 10 à 20 % des cas.

La prise en charge thérapeutique [7] reste assez empirique et peut faire appel à une restriction alimentaire, une hydrodistension prolongée, à des traitements oraux spécifiques et plus ou moins validés (pentosan polysulfate sulfate [*Elmiron*], antihistaminiques, antiulcéreux, ciclosporine, corticoïdes), aux traitements de la douleur neuropathique (antidépresseurs, gabapentine), aux instillations intravésicales (DMSO, héparine, BCG, hyaluronate de sodium [*Cystistat*]). D'autres traitements, plus lourds, sont parfois proposés comme la neuromodulation sacrée, les injections intradétrusoriennes de toxine botulique, la chirurgie avec cystectomie sustrigonale et entérocystoplastie dans les formes évoluées et invalidantes [8].

### Troubles fonctionnels urinaires de la femme

- Pollakiurie diurne : augmentation de la fréquence mictionnelle pendant la journée.
- Polyurie : augmentation de la diurèse quotidienne.
- Importance du calendrier mictionnel pour différencier polyurie et pollakiurie.
- Nycturie : besoin d'uriner réveillant la patiente.
- Urgenturie : désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner (besoin difficile ou impossible de différer). C'est un besoin qui est anormal par sa brutalité et son intensité.

- Syndrome d'hyperactivité vésicale : urgenturies avec ou sans incontinence urinaire, habituellement associées à une pollakiurie ou une nycturie.
- Dysurie : symptômes d'une altération de la phase mictionnelle et post-mictionnelle (faiblesse du jet, miction par poussée : sensation de vidange vésicale incomplète...).

### Références

- [1] Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat JJ *et al.* Terminology of lower urinary tract dysfunction : French adaptation of the terminology of the International Continence Society. *Prog Urol* 2004; 14 : 1103-11.
- [2] Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X *et al.* Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence : guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 151 : 14-9.
- [3] Mattiasson A, Blaakaer J, Høye K, Wein A. Tolterodine Scandinavian Study Group. Simplified bladder training augments the effectiveness of tolterodine in patients with an overactive bladder. *BJU Int* 2003; 91 : 54-60.
- [4] Millard R, Asia Pacific Tolterodine Study Group. Clinical efficacy of tolterodine with or without a simplified pelvic floor exercise regimen. *Neurourol Urodyn* 2004; 23 : 48-53.
- [5] Deffieux X, Raibaut P, Hubeaux K, Ismael SS, Amarenco G. [Voiding dysfunction after surgical resection of deeply infiltrating endometriosis : pathophysiology and management]. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35 (Suppl 1) : S8-13.
- [6] van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK *et al.* Diagnostic Criteria, Classification, and Nomenclature for Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis : An ESSIC Proposal. *Eur Urol* 2008; 53 (1) : 60-7.
- [7] Mouracade P, Saussine C. La cystite interstitielle en 2008. *Prog Urol* 2008; 18 : 418-25.
- [8] Gamé X, Bart S, Castel-Lacanal E, De Sèze M, Karsenty G, Labat JJ *et al.* [Alternative treatments for interstitial cystitis]. *Prog Urol* 2009; 19 : 357-63.