

Nycturie, quand c'est tout sauf la prostate

Nathalie Raffier

18 décembre 2024

PARIS – La nycturie, en dehors du spectre urologique classique de l'hypertrophie bénigne de la prostate, peut s'expliquer par une obstruction sous-vésicale, une vessie hyperactive et/ou une polyurie nocturne. Focus sur cette dernière, avec le **Dr François Hervé**, urologue (département d'urologie, Hôpital universitaire de Gand, Belgique), intervenu sur ce sujet au **118^e congrès de l'Association française d'urologie** (CFU ; 20-23 novembre 2024) ^[1].

La nycturie se caractérise par le fait de se réveiller pendant la période principale de sommeil pour uriner. Cette dernière définition publiée en 2019 permet d'inclure les patients travaillant la nuit ^[2].

La nycturie dépasse largement le cadre de la vessie et de la prostate et son origine est fréquemment multidisciplinaire.

Par exemple, les cardiologues rencontrent fréquemment ce symptôme chez des patients atteints de diabète ou d'insuffisance cardiaque, d'œdème des membres inférieurs...

Les spécialistes du sommeil identifient souvent une nycturie chez des patients présentant un syndrome des apnées obstructives du sommeil. De même, les gynécologues l'observent chez des patientes ménopausées, ou encore les endocrinologues dans certaines pathologies métaboliques.

La nycturie résulte souvent d'une combinaison de problématiques, nécessitant une évaluation complète pour adapter la prise en charge à chaque patient Dr François Hervé

Les impacts de la nycturie vont au-delà de l'inconfort et des répercussions sur la qualité de vie de l'intéressé et de la personne qui dort avec lui, touchant également la morbidité.

Déjà, le risque de chutes nocturnes existe. De plus, à long terme, la nycturie est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire, incluant un risque accru de mort subite. En effet, le premier réveil nocturne survient fréquemment dans les deux à trois premières heures de sommeil et cette période correspond au sommeil profond, essentiel pour la régénération physique et mentale.

Une étude a montré qu'un temps plus court avant la première miction était associée à une qualité de sommeil plus faible, une durée de sommeil plus courte, une moins bonne efficacité du sommeil et une plus grande dysfonction diurne ^[3]. Des études sur des modèles animaux ont constaté que la privation et l'altération de sommeil profond pouvaient entraîner une intolérance au glucose, augmentant ainsi les risques de diabète et d'autres pathologies métaboliques.

Souvent associée à une polyurie nocturne

La nycturie est classiquement décrite comme un symptôme lié à la phase de remplissage vésical, et donc ne faisant pas exclusivement intervenir la prostate. « L'intérêt s'est récemment élargi à d'autres facteurs, comme la vessie hyperactive, souligne le Dr Hervé. Mais dans l'appareil urinaire, il ne faut pas oublier les reins, et plusieurs études internationales montrent que la polyurie nocturne est fréquente chez les patients atteints de nycturie. En réalité, le nombre de patients présentant une nycturie sans polyurie nocturne reste même relativement faible. »

Cette prévalence élevée de polyurie nocturne chez les patients atteints de nycturie a été retrouvée dans plusieurs études internationales. Aux États-Unis, seulement 12 % des patients souffrant de nycturie ne présentaient pas de polyurie nocturne ^[4]. Au Japon, ce chiffre était de 17 % ^[5], tandis qu'une étude européenne l'a estimé à 26 % ^[6].

Trois mécanismes principaux peuvent expliquer la nycturie

Le premier mécanisme est une faible capacité vésicale, qui peut résulter d'une hyperactivité vésicale ou d'une obstruction sous-vésicale.

Le second mécanisme est la polyurie globale, correspondant à une production excessive d'urine sur l'ensemble de la journée (> 40 ml/kg/24 h).

Enfin, le troisième mécanisme est la polyurie nocturne, caractérisée par une proportion anormalement élevée de la production urinaire pendant la nuit (> 33 % 24hUP) ^[7,8]. Elle se définit par le calcul de l'index de polyurie nocturne (NPI), un moyen simple et peu coûteux de poser le diagnostic. Celui-ci s'obtient en divisant le volume d'urine produit pendant la nuit

(récupéré avec la première miction du matin) par le volume total uriné sur 24 heures. Si cet indice dépasse 33 %, c'est-à-dire si plus d'un tiers de la production urinaire quotidienne est réalisé durant la nuit, on parle alors de polyurie nocturne.

« Notre équipe a mené une étude incluant 80 patients pour affiner le diagnostic de la nycturie et ses mécanismes [9], explique le Dr François Hervé. Ces patients ont suivi un protocole strict, consistant à se réveiller toutes les trois heures pour fournir un échantillon d'urine et un prélèvement sanguin. Ce suivi nous a permis d'évaluer la diurèse tout au long de la journée et de la nuit. Chez un patient normal, sans polyurie nocturne, on observe une réduction de la diurèse pendant la nuit. En revanche, chez les patients présentant une polyurie nocturne, la diurèse nocturne augmente significativement. Nous avons ainsi identifié quatre profils de polyurie nocturne : un profil mixte, retrouvé dans près de 50 % des cas, un profil uniquement "eau libre" avec une diurèse aqueuse pendant la nuit (20 %), un profil uniquement sodé ("diurèse sodée" nocturne ; 20 %), et un profil indéterminé dans environ 10 % des cas. »

La polyurie nocturne peut être attribuée à une diurèse de l'eau ou du sodium, ou à une combinaison des deux. La mesure du profil de fonction rénale lors du dépistage de première ligne de la polyurie nocturne pour discriminer entre la diurèse de l'eau et des solutés comme mécanismes physiopathologiques complète le calendrier mictionnel et pourrait faciliter un traitement optimal et individualisé des patients. Il ne s'agit cependant pas de recommander en pratique courante un protocole complexe comme le réveil toutes les trois heures pour définir précisément chaque type de nycturie.

Traiter la nycturie revient souvent à traiter une polyurie nocturne

La nycturie reste un sujet méconnu, voire négligé. Les patients attendent en moyenne deux ans entre la première consultation et la prescription d'un traitement efficace [10]. « Ce retard s'explique en partie par la croyance historique que la prostate est la cause principale, tandis que les autres mécanismes, comme l'hyperactivité vésicale et la polyurie nocturne, sont encore sous-estimés, bien que cette tendance évolue progressivement », estime l'urologue.

En termes de prise en charge, des modifications comportementales peuvent être proposées (apports alimentaires – notamment à propos des aliments riches en eau ou même les modes de cuisson des légumes – et les habitudes de consommation de boissons ; uriner avant de se coucher, éviter les diurétiques en soirée), suivies par des traitements médicamenteux.

À savoir, pour les mesures telles que le port de bas de compression, surélever les jambes, pratiquer une activité physique, perdre du poids, utiliser des somnifères, suivre un régime alimentaire avec une restriction en sel et en protéines, il existe un manque d'études et le niveau de recommandation est faible.

Côté médicaments, les deux traitements bénéficiant du plus haut niveau de preuve scientifique sont la desmopressine et la pression positive continue dans le cadre des apnées obstructives du sommeil.

La desmopressine, en particulier, est le traitement de référence lorsqu'il s'agit de traiter une polyurie nocturne, indépendamment des profils de diurèse aqueuse ou sodée. Ce traitement agit en augmentant la réabsorption d'eau libre, réduisant ainsi le volume urinaire nocturne. Cependant, son utilisation nécessite une attention particulière, notamment chez les patients âgés de plus de 60-65 ans, en raison principalement du risque d'hyponatrémie.

La desmopressine est un analogue synthétique de l'hormone antidiurétique (ADH) qui augmente la réabsorption de l'eau libre, réduit la diurèse et augmente la concentration de l'urine. Les femmes sont plus sensibles à la desmopressine, car cette molécule se lie aux récepteurs V2 rénaux (le gène du récepteur V2 est situé sur le chromosome X). Chez elles, un taux de réponse plus élevé est par conséquent observé avec une dose plus faible.

Précisément, concernant les effets secondaires de la desmopressine, l'hyponatrémie (< 130 mmol/L) survient chez 5 % des patients, dont 50 % sont asymptomatiques. Cette hyponatrémie est causée par la rétention d'eau due à l'effet antidiurétique, combinée à la consommation de boissons. Pour éviter ce risque, il est recommandé de restreindre la consommation de boissons et d'administrer la posologie appropriée.

« Le message clé est que la nycturie résulte souvent d'une combinaison de problématiques, nécessitant une évaluation complète pour adapter la prise en charge à chaque patient, résume le Dr François Hervé. Le calendrier mictionnel est un outil précieux pour recueillir des informations sur la capacité vésicale et identifier une éventuelle vessie de faible capacité ou hyperactive. Concernant les options thérapeutiques, une bithérapie associant desmopressine et anticholinergiques peut être envisagée, mais sa mise en œuvre doit être réfléchiée en fonction des caractéristiques du patient. Par exemple, chez un patient présentant également des symptômes diurnes liés à une hyperactivité vésicale, il pourrait être judicieux de débiter par un traitement ciblant ces symptômes (comme un anticholinergique, voire un agoniste spécifique des récepteurs bêta-3 adrénergiques), avant d'introduire la desmopressine pour traiter la polyurie nocturne. »

Chez les patients âgés ou fragiles, le choix des traitements doit être particulièrement prudent, en tenant compte du risque d'effets indésirables. L'utilisation d'un anticholinergique peut poser problème en raison de son impact potentiel sur les fonctions cognitives, notamment chez les personnes âgées. Dans ce contexte, la desmopressine, utilisée seule ou en combinaison, peut être une alternative intéressante, en respectant les précautions nécessaires.

Liens d'intérêt des experts : non déclarés.

Inscrivez-vous aux newsletters de Medscape : [sélectionnez vos choix](#)

LIENS

- [Hypertrophie bénigne de la prostate : la prise en charge prend un coup de jeune](#)
- [Hyperactivité vésicale idiopathique: « la rééducation périnéo-sphinctérienne fonctionne très bien»](#)
- [Quiz express : l'hyperactivité vésicale](#)
- [Quiz express: l'hypertrophie bénigne de la prostate](#)
- [Les troubles fonctionnels urinaires concernent presque autant les hommes](#)

Références

1. CFU 2024 (Paris) EA 12 16.15 - Nycturie, quand c'est TOUT sauf la prostate - François Hervé, urologue (Department of Urology Hopital Universitaire de Gand, Belgique)
2. Hashim H, Blanker MH, Drake MJ, Djurhuus JC, Meijlink J, Morris V, Petros P, Wen JG, Wein A. International Continence Society (ICS) report on the terminology for nocturia and nocturnal lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn*. 2019 Feb;38(2):499-508. doi: 10.1002/nau.23917. Epub 2019 Jan 15. PMID: 30644584.
3. Bliwise DL, Holm-Larsen T, Goble S, Nørgaard JP. Short time to first void is associated with lower whole-night sleep quality in nocturia patients. *J Clin Sleep Med*. 2015 Jan 15;11(1):53-5. doi: 10.5664/jcsm.4364. PMID: 25325578; PMCID: PMC4265659
4. Weiss JP, van Kerrebroeck PE, Klein BM, Nørgaard JP. Excessive nocturnal urine production is a major contributing factor to the etiology of nocturia. *J Urol*. 2011 Oct;186(4):1358-63. doi: 10.1016/j.juro.2011.05.083. PMID: 21855948.
5. Chang SC, Lin AT, Chen KK, Chang LS. Multifactorial nature of male nocturia. *Urology*. 2006 Mar;67(3):541-4. doi: 10.1016/j.urology.2005.09.037. PMID: 16527575.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. 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. doi: 10.1002/nau.10052. PMID: 11857671.
7. Weiss JP, Juul KV, Wein AJ. Management of nocturia: the role of antidiuretic pharmacotherapy. *Neurourol Urodyn*. 2014 Apr;33 Suppl 1:S19-24. doi: 10.1002/nau.22592. PMID: 24729149.
8. Nimeh T, Alvarez P, Mufarreh N, Lerner LB. Nocturia: Current Evaluation and Treatment for Urology. *Curr Urol Rep*. 2015 Sep;16(9):66. doi: 10.1007/s11934-015-0533-7. PMID: 26231263.
9. Goessaert AS, Krott L, Hoebeke P, Vande Walle J, Everaert K. Diagnosing the pathophysiologic mechanisms of nocturnal polyuria. *Eur Urol*. 2015 Feb;67(2):283-8. doi: 10.1016/j.eururo.2014.09.003. Epub 2014 Sep 18. PMID: 25240972.
10. Oelke M, Anderson P, Wood R, Holm-Larsen T. Nocturia is often inadequately assessed, diagnosed and treated by physicians: results of an observational, real-life practice database containing 8659 European and US-American patients. *Int J Clin Pract*. 2016 Nov;70(11):940-949. doi: 10.1111/ijcp.12882. Epub 2016 Oct 17. PMID: 27753248; PMCID: PMC5214341.

Crédit de Une : Dreamstime

Actualités Medscape © 2024 WebMD, LLC

Citer cet article: Nycturie, quand c'est tout sauf la prostate - *Medscape* - 18 déc 2024.