



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 56S (2013) e235–e241

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ANNALS
 OF PHYSICAL
 AND REHABILITATION MEDICINE

Neuro-urologie : troubles vésicosphinctériens (2)

Neurourology: Bladder and sphincter disorders (2)

Communications orales

Version française

CO47-001-f

Prise en charge des troubles ano-rectaux dans la pathologie neurologique



A.-M. Leroi

CHU CH.-Nicolle, service de physiologie digestive, CHU de Rouen, hôpitaux de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Adresse e-mail : anne-marie.leroi@chu-rouen.fr

Les troubles ano-rectaux sont fréquemment observés chez les patients présentant une pathologie neurologique. Ainsi, la constipation est rapportée par approximativement 40 % des patients présentant une pathologie neurologique centrale (blessés médullaires, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral) et 20 % des patients souffrant de neuropathie (diabète).

L'origine de l'association entre troubles anorectaux et pathologie neurologique est pluri-factorielle. Les altérations du système nerveux sympathique-parasympathique peuvent expliquer les ralentissements du transit colo-rectal par perte de la motricité digestive. Les troubles de la sensibilité rectale, la dyssynergie recto-sphinctérienne lisse et striée sont également impliqués dans la survenue de la constipation. Enfin, il existe en fonction des maladies neurologiques, d'autres facteurs expliquant la constipation : perte de la réponse colique au repas chez le sujet paraplégique, altération du système nerveux entérique avec raréfaction des neurones dopaminergiques dans la maladie de Parkinson, raréfaction des cellules de Cajal, qui sont les cellules pace-maker intestinales, dans la neuropathie diabétique.

La prise en charge de la constipation chez un patient neurologique nécessite d'éliminer toute pathologie organique (obstacle mécanique, troubles métaboliques, endocriniens, constipation iatrogène) associée à la maladie neurologique, qui pourrait contribuer à expliquer la constipation. S'il existe un fécalome, celui-ci doit être évacué et un programme de prévention des récurrences doit être mis en place (Paris, Eur J Phys Rehabil Med 2011). Le type de lésion neurologique, le type de constipation (constipation de transit ou distale) et sa gravité, les capacités physiques du patient guident la prise en charge des patients. Lorsqu'il existe une atteinte neurologique centrale, les laxatifs osmotiques et éventuellement des massages abdominaux pour améliorer le transit colique, associés à des manœuvres digitales et/ou des suppositoires et lavements pour faciliter l'exonération seront proposés en première intention. Si l'atteinte neurologique est périphérique, les laxatifs osmotiques et/ou des suppositoires ou lavements seront indiqués. Si ces traitements de première intention sont inefficaces, un bilan sera effectué pour mieux comprendre la physiopathologie des troubles anorectaux et orienter leur traitement. Ce bilan comprendra un temps de transit des marqueurs, une manométrie anorectale, éventuellement des tests électrophysiologiques périméaux. Si la constipation est essentiellement une constipation de transit, les laxatifs prokinétiques, stimulants seront utilisés. En cas d'inefficacité, la néostigmine peut être utilisée mais avec précaution compte-tenu de ses effets secondaires

cardio-vasculaires et pulmonaires. Les irrigations antérogrades (intervention de Malone) ou à la stomie peuvent constituer une alternative thérapeutique. Les laxatifs doivent être prescrits à doses progressives afin d'éviter les épisodes de diarrhée qui risquent d'entraîner des accidents d'incontinence fécale. Si la constipation est distale, seront indiqués en fonction du bilan initial, le recours au biofeedback, à la toxine botulique pour traiter une dyssynergie recto-sphinctérienne ou aux irrigations coliques rétrogrades. Si ce traitement est un échec, il sera proposé le recours à la stimulation des racines sacrées, aux irrigations antérogrades ou à la stomie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.615>

CO47-002-f

Étude de la sélectivité de la contraction musculaire analytique des muscles périméaux antérieurs et postérieurs



C. Chesnel*, A. Charlanes, M. Jousse, F. Lebreton, D. Verollet, G. Amarengo

Service de neuro-urologie et d'explorations périméales, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chesnel.camille@gmail.com

Mots clés : Muscles périméaux ; Rééducation périméale ; Sélectivité commande motrice ; Dissociation

Objectifs.— La sélectivité de la commande motrice des muscles périméaux est souvent considérée comme possible, avec dissociation entre les muscles du périnée antérieur et du périnée postérieur. Ceci aboutit à des protocoles différenciés de rééducation périméale en cas de troubles vésico-sphinctériens ou anorectaux, mais n'a jamais été démontré.

L'objectif principal est de déterminer si une sélectivité de commande motrice des muscles du périnée antérieur et du périnée postérieur est possible.

L'objectif secondaire est de comparer l'importance quantitative des réponses musculaires en fonction de la consigne donnée.

Patients et méthodes.— Nous avons réalisé une étude interventionnelle prospective, chez des femmes sans pathologie neurologique, ayant une commande motrice périméale $\geq 3/5$. Au cours d'une électrophysiologie périméale, les activités électromyographiques du muscle bulbocaverneux gauche à l'électrode aiguille et du sphincter anal externe par électrodes de surface, ont été simultanément enregistrées. Les consignes données (dont l'ordre a été randomisé) ont été « Serrez l'anus, comme si vous vouliez retenir un gaz ou une selle » et « Serrez le vagin, comme si vous vouliez vous retenir d'uriner ». Le critère de jugement principal était l'analyse qualitative de l'activité électromyographique avec sélectivité ou non de la contraction musculaire. Le critère de jugement secondaire était la comparaison de l'aire sous la courbe d'EMG entre les deux consignes, pour chaque muscle séparément.

Résultats.— Sept patientes d'âge moyen 69,7 ans ont été incluses. Pour toutes, quelle que soit la consigne donnée (contraction de l'anus ou contraction du vagin), le muscle bulbocaverneux et le sphincter anal externe se contractaient de manière concomitante sans possibilité de sélectivité de la commande. Pour le