

Neuro-urologie : troubles vésicosphinctériens (1)

Neurourology: Bladder and sphincter disorders (1)

Communications orales

Version française

CO41-001-f

Troubles vésico-sphinctériens et syndrome extrapyramidaux



P. Denys

Service neuro-urologie, urologie, sexologie, hôpital Raymond-Poincaré, CHU de Paris Île-de-France Ouest, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

Adresse e-mail : pierre.denys@rpc.aphp.fr

L'importance du contrôle neurologique sur les fonctions urinaires de continence et de miction est une nouvelle fois illustrée par la très grande fréquence des troubles urinaires dans les syndromes extrapyramidaux. Plusieurs questions peuvent se poser au clinicien amené à expertiser des troubles urinaires dans ce cadre nosologique.

Connaître les caractéristiques respectives des troubles urinaires de la maladie de Parkinson et des MSA est un premier élément. En effet, parmi les arguments cliniques ou de réponse pharmacologique permettant l'établissement du diagnostic les troubles urinaires et les données paracliniques s'y rapportant sont des éléments d'orientation diagnostique.

Par ailleurs, l'épidémiologie de la maladie de Parkinson en termes d'âge explique que les intrications physiopathologiques fréquentes entre la pathologie urologique (prolapsus, hypertrophie bénigne de prostate...) et la dysrégulation neurologique de l'appareil urinaire pose aussi des questions spécifiques pour la prise en charge thérapeutique.

Enfin la prescription des drogues pharmacologiquement actives sur la vessie nécessite dans ce cadre spécifique des précautions particulières, que ce soit en termes d'efficacité et de prévention des effets secondaires graves que l'on peut rencontrer.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.588>

CO41-002-f

Étude urodynamique des troubles vésicosphinctériens dans le syndrome d'Ehlers-Danlos



S. Dragomir Kirchner^{a,*}, N. Bayle^a, E. Hutin^a, C. Hamonet^b, J.-M. Gracies^a, C.-M. Loche^a

^a Service de rééducation neurolocomotrice, CHU Henri-Mondor, AP-HP, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

^b Service de rééducation neurolocomotrice, CHU Hôtel-Dieu, AP-HP, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sonia.kirchner@gmail.com

Mots clés : Urodynamique ; Syndrome d'Ehlers Danlos ; Traitement morphinique

Introduction.– Les troubles vésicosphinctériens (TVS) du syndrome d'Ehlers-Danlos (SED), peu décrits dans la littérature, semblent fréquemment rapportés en consultation. Préciser la typologie des TVS et chercher s'ils sont spécifiques au syndrome sont les objectifs de cette étude.

Méthodes.– Étude rétrospective des paramètres cliniques (dysurie, nycturie, constipation, infections urinaires récidivantes, score MHU, traitements à impact VS, autosondages, qualité du périnée) et urodynamiques chez 34 patientes SED hypermobile et 28 patientes témoins, tirage aléatoire, hors pathologie neurologique, avec bilan urodynamique (BUD) réalisé selon les recommandations de l'ICS.

Résultats.– Cliniquement, la dysurie et un score-rétention MHU élevé sont significativement plus fréquents chez les SED ($p < 0,05$). Si on considère le traitement antalgique morphinique (TM), la différence reste significative entre SED sans TM et témoins.

En urodynamique, l'hypocontractilité détrusorienne est retrouvée de façon significative dans le SED ($p < 0,05$) et est significativement corrélée au résidu post-mictionnel (RPM).

Mais on retrouve une corrélation significative entre hypocontractilité et TM, $p < 0,05$ et entre RPM et TM : $96,5 \pm 288$ [0 ; 700] versus $7,14 \pm 37,8$ [0 ; 200] chez les témoins, $p < 0,05$.

Aucune différence significative n'est retrouvée pour les autres paramètres.

Discussion.– Dysurie et RPM sont significativement plus fréquents dans le SED par rapport aux témoins plus fréquemment incontinents. La différence reste significative entre SED sans TM et témoins. La corrélation est significative entre ces paramètres cliniques et hypocontractilité détrusorienne en urodynamique avec et sans TM. Peut-on incriminer les modifications structurelles du tissu conjonctif du SED ? Il y a une forte corrélation entre hypocontractilité détrusorienne et TM, de même qu'entre RPM et TM. On ne peut donc pas conclure à des TVS spécifiques au SED.

Conclusion.– La symptomatologie dysurique clinique et urodynamique est retrouvée significativement dans le SED mais fortement corrélée au TM.

Pour en savoir plus

Beighton P, et al. Ehlers-Danlos syndromes: revised nosology, Villefranche 1997. *Am J Med Genet* 1998;77:31–37.

Schafer W, et al., International Continence Society. Good urodynamic practices: Uroflowmetry, filling cystometry and pressure-flow studies. *Neurol Urodyn* 2002;21(3):261–74.

McIntosh LJ, et al., Ehlers-Danlos syndrome: relationship between joint hypermobility, urinary incontinence and pelvic floor prolapse. *Gynecol Obstet Invest* 1996;41(2):135–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.589>

CO41-003-f

Suivi à long terme et facteurs prédictifs des échecs d'injections de toxine botulique (300 UI Botox®) dans le traitement de l'hyperactivité détrusorienne de cause neurologique (HDN)



A. Even^{a,*}, P.-O. Bosset^b, F. Barbot^a, I. Vaugier^a, E. Chartier-Kastler^b, P. Denys^a

^a Unité de neuro-urologie, service de MPR, CHU Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

^b CHU Pitié-Salpêtrière, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexia.even@rpc.aphp.fr

Mots clés : Hyperactivité détrusorienne d'origine neurologique ; Injections de toxine botulique

Objectif.– Déterminer en pratique quotidienne, le taux d'échecs primaires et secondaires du traitement par Botox[®] de l'HDN et analyser les causes d'échec et leurs facteurs prédictifs.

Méthode.– Étude rétrospective monocentrique (2002–2011) de patients en autosondages, porteur d'une HDN et traités par 300 UI Botox[®]. Les critères d'évaluation étaient cliniques et paracliniques.

Le délai de survenue des échecs a été estimé par la méthode de Kaplan-Meier. Les groupes ont été comparés par le test du log Rank et le modèle de Cox.

Résultats.– Cent quatre-vingt-trois patients ont été inclus (165 blessés médullaires, 18 sclérose en plaques [SEP]). À trois ans, 152 patients poursuivaient les injections de toxine intra détrusorienne (83 %) et 138 patients après cinq ans (75,4 %). Nous avons différencié les échecs vrais (32 patients au total), des arrêts pour complications, mauvaise tolérance des injections ou évolution neurologique.

Dans le groupe SEP, il n'y a eu qu'un échec vrai, les autres patients ont cessé le traitement pour d'autres raisons, notamment l'aggravation de la maladie.

Dans le groupe des patients en échec vrai du traitement, on retrouve de façon significative en analyse univariée :

– la présence de fuites après la 1^{ère} injection, à trois ans ($p < 0,0001$) et à cinq ans ($p < 0,0001$) ;

– la présence d'infections fébriles après la première injection, à trois ans ($p = 0,01$) ;

– l'existence de contractions non inhibées détrusorienne après la première injection, à trois ans ($p = 0,05$) ;

– le trouble compliance avant la première injection, à cinq ans ($p = 0,04$) ;

– la pression maximale du détrusor après la première injection, à trois ans ($p = 0,005$) et à cinq ans ($p = 0,0004$).

En analyse multivariée, sont significativement prédictifs d'échec à trois ans ($p = 0,01$) et cinq ans ($p = 0,0004$) les fuites après la première injection et à cinq ans, le sexe ($p = 0,01$).

Le taux d'infections urinaires symptomatiques basses et hautes a été significativement réduit après injection de toxine ($p < 0,0001$).

Conclusion.– Cette étude, représentative de la pratique quotidienne dans un centre de neuro-urologie, nous a permis de confirmer l'efficacité des injections de 300 UI de Botox[®]. Certains facteurs semblent prédictifs d'échecs de la toxine botulique intra-détrusorienne.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.590>

CO41-004-f

Dérivation cutanée continente et traitement de l'hyperactivité du détrusor neurologique par toxine botulique A

M. Popoff^{a,*}, E. Chartier-Kastler^b, V. Phe^b, G. Robain^c, P. Denys^a

^a Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 104, boulevard R.-Poincaré, 92380 Garches, France

^b Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, France

^c Hôpital Rothschild, AP-HP, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : popoff.mel@gmail.com

Mots clés : Cystostomie continente ; Toxine botulique ; Hyperactivité détrusor ; Entérocystoplastie ; Sclérose en plaques

Introduction.– L'objectif était de rapporter les cas de patients neurologiques ayant une vessie stable et de bonne capacité sous injections de toxine botulique A intradétrusorienne, évitant ainsi une entérocystoplastie, et ne pouvant plus réaliser leurs autosondages par l'urètre natif nécessitant une cystostomie continente.

Méthode.– Les patients porteurs d'une neurovessie de type centrale, stable sous injections de toxines botulique A, effectuant des hétéro ou autosondages intermittents et ne pouvant plus réaliser leurs sondages par l'urètre, opérés entre

2008 et 2012 ont été analysés rétrospectivement. La technique chirurgicale, les complications, le mode mictionnel et la qualité de vie étaient étudiés.

Résultats.– Quatre patientes consécutives présentant des lésions médullaires (trois scléroses en plaques, une paraplégie) ne pouvant plus s'autosonder par l'urètre (aggravation fonctionnelle des membres supérieurs, spasticité des adducteurs, prise de poids importante) ont été opérées d'une cystostomie continente selon la technique de Mitrofanoff. Aucune entérocystoplastie n'avait été pratiquée, en raison de la stabilité vésicale sous traitement médical et des comorbidités (âge, obésité). La vessie native était fixée à la face postérieure de la paroi abdominale. La durée moyenne de l'intervention était de 188 minutes. Les complications (sténose du conduit, désunion de la cicatrice abdominale) étaient mineures et la qualité de vie était similaire à celle des patients ayant eu une entérocystoplastie. Une patiente a été réopérée d'un Bricker trois ans après la première intervention.

Conclusion.– Le traitement d'une hyperactivité détrusorienne par injection de toxine botulique lors d'une cystostomie continente semble être une alternative souhaitable à l'entérocystoplastie dans une population de patients neurologiques fragiles comme les patients porteurs d'une sclérose en plaques. Cependant, l'évolutivité de la pathologie pourrait amener à une ré-intervention soit en cas d'incapacité à réaliser les autosondages par la stomie, soit en cas de perte d'efficacité de la toxine botulique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.591>

CO41-005-f

Injections intravésicales de toxine botulique de type A après échec d'entérocystoplastie d'agrandissement chez des patients neurologiques : une étude rétrospective multicentrique

C. Ciceron^{a,*}, B. Bernuz^b, G. Karsenty^c, A. Ruffion^d, A. Even Schneider^e, V. Forin^f, X. Gamé^g, C. Saussine^h, A. Manuntaⁱ, V. Kepenne^j, P. Grise^k

^a Service Kermes 1, hôpital Renée-Sabran, CHU de Lyon, boulevard Édouard-Herriot, 83400 Hyères, Giens, France

^b Hôpital Léon Bérard, Hyères, France

^c Hôpital La Conception, CHU de Marseille, France

^d Centre Hospitalier Lyon Sud, CHU de Lyon, France

^e Hôpital Raymond-Poincaré, France

^f Hôpital Armand-Trousseau, France

^g Hôpital Rangueil, CHU de Toulouse, France

^h CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

ⁱ CHRU Pontchaillou, Rennes, France

^j CHR de Huy, Belgique

^k CHU de Rouen, Rouen, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carine.ciceron@gmail.com

Mots clés : Hyperactivité détrusorienne neurogène ; Entérocystoplastie ; Agrandissement vésical ; Toxine botulique ; Vessie neurologique

Objectif.– L'entérocystoplastie d'agrandissement (EA) est un traitement de troisième ligne de l'hyperactivité détrusorienne neurogène (HDN). Lorsque le résultat d'une EA est incomplet ou s'épuise après une période d'efficacité initiale, des injections de toxine botulique A (BoNTA) dans la vessie agrandie ont été proposées en rattrapage. A ce jour, cette pratique n'a pas été évaluée dans la littérature. L'objectif de notre étude est de décrire la pratique et évaluer les résultats des injections intradétrusorienne de BoNTA en complément d'une EA chez des patients porteurs d'une HDN réfractaire.

Matériel et méthodes.– Une étude rétrospective multicentrique a été conduite par les membres du « Groupe de Neuro-Urologie de Langue Française » GENULF, au sein de neuf centres universitaires. Tous les patients ($n = 27$) présentant l'association d'une EA et d'une injection complémentaire de BoNTA dans le cadre d'une HDN ont été inclus.

Les données cliniques (épidémiologiques, chirurgicales, fonctionnelles) et urodynamiques (capacité cystomanométrique maximale, pression détrusorienne maximale à la 1[°] CNID et à la CCM, volume au 1[°] reflexe détrusorien et compliance) ont été collectées selon un questionnaire standardisé sur dossier.

Résultats.– Vingt-sept patients atteints de diverses pathologies neurologiques ont été inclus : 12 malformations congénitales (spina bifida ou agénésie sacrée),

