

V. Quintaine*, L. Mandon, C. Hugeron, C. Rech, D. Bensmail
 CHU Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380, Garches,
 France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vic.quintaine@gmail.com

Mots clés : Bricker ; Hernie parastomiale ; Urétérostomie cutanée trans-iléale ; Complication ; Vessie neurologique

Introduction.– L'urétérostomie cutanée trans-iléale ou dérivation urinaire de type Bricker, consiste à dériver les urines à la peau via un greffon iléal dans lequel sont anastomosés les uretères. Cette chirurgie peut être proposée dans le traitement des neuro-vessies centrales chez des patients présentant un degré élevé de dépendance et un risque élevé de complications rendant impossible un traitement conservateur. Cette chirurgie améliore la qualité de vie en diminuant les contraintes liées aux troubles vésico-sphinctériens et/ou leur traitement (effets secondaires des anticholinergiques, sondages) et préserve le haut appareil urinaire [2]. Cette chirurgie peut se compliquer à court terme (lâchage de suture, hématome, iléus prolongé, abcès de paroi) et à long terme (pyocyste, collection chronique, pyélonéphrite, sténose urétéro-iléale, lithiase urinaire, hernie parastomiale).

Observation.– Nous présentons le cas d'une patiente de 61 ans ayant une sclérose en plaques progressive avec neuro-vessie centrale. Elle a été opérée en 2007 d'une dérivation de type Bricker. Hospitalisée en 2013 pour changement de pompe à Baclofène elle présente une hypothermie à 35,5 °C avec frissons. L'examen clinique retrouve une voussure abdominale autour de l'orifice de Bricker. Le scanner montre une hernie parastomiale du Bricker comprimant la néovessie avec dilatation des cavités pyélocalicielles. Les urines sont alors drainées en urgence par sonde iiiiii dans l'orifice de stomie. L'échographie de contrôle montre une disparition de la dilatation des cavités urinaires. La patiente sera opérée d'une résection de la hernie et interposition d'une plaque prothétique.

Discussion.– Une hernie parastomiale est une grosseur palpable augmentée à la toux ou la surélévation des jambes. Le scanner retrouve une protrusion du contenu digestif à travers la paroi abdominale. Son traitement est chirurgical. Une transposition du site de la stomie est parfois nécessaire. Peu de cas sont rapportés dans la littérature en dehors de hernies parastomiales post cystectomie dans le traitement de tumeurs de vessie [1].

Références

[1] Konrad M, et al. Stoma and peristomal complications following radical cystectomy and ileal conduits diversion: a systematic review. *Ostomy Wound Management* 2010;56:28–35.

[2] Stohrer. et al. EAU guidelines on neurogenic loxer urinary tract dysfunction. *Eur Urol* 2009;56:81–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.629>

P119-f

Effets de la stimulation cérébrale profonde sur les troubles vésicosphinctériens chez les patients souffrant de la maladie de Parkinson

L. Tambosco*, L. Percebois Macadré, J. Nicomette-Bardel,
 C. Monseau, F. Boyer

CHU de Reims, 48, rue de Sébastopol, 51092 Reims, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lulucie_76@hotmail.fr

Mots clés : Stimulation cérébrale profonde ; Maladie de parkinson ; Urodynamique ; Troubles vésico-sphinctériens

Introduction.– La maladie de Parkinson idiopathique se complique généralement, après plusieurs années d'évolution, de troubles vésicosphinctériens. Cliniquement ces troubles sont de type irritatif et sur le plan urodynamique une hyperactivité vésicale est enregistrée. Au fil des années, un échappement thérapeutique peut se produire avec l'apparition de dyskinésies et de fluctuations motrices. Celles-ci constituent des indications à la mise en place de la stimulation cérébrale profonde après respect des éventuelles contre-indications.

L'idée de ce travail est d'évaluer l'incidence de la stimulation cérébrale profonde sur les troubles vésicosphinctériens, son implantation étant réalisée à

une période où le tableau clinique classique des patients comporte des troubles vésicosphinctériens.

Matériel et méthode.– Huit articles ont été analysés regroupant un échantillon total de 81 patients.

Résultats.– Bien que la méthodologie soit très variable selon les études, la stimulation cérébrale profonde améliore la phase de continence dans six de ces études, en retardant le premier besoin (quatre études) et en augmentant la capacité vésicale (+130 mL en moyenne pour les résultats de quatre études). En revanche, les paramètres urodynamiques de la miction ne sont pas modifiés. Par ailleurs, l'incidence clinique de ces modifications urodynamiques reste à préciser, peu d'études ayant intégré les symptômes comme critère d'évaluation.

Discussion.– Ces articles permettent de mieux appréhender le rôle des noyaux gris centraux dans la régulation du cycle continence-miction de la vessie. Ainsi, il semble qu'ils interviennent à la fois dans l'intégration des informations sensorielles et dans le contrôle moteur de la vessie. D'autres études, à plus grande échelle, pourraient être développées pour confirmer ces tendances et déterminer s'il existe un intérêt thérapeutique de la stimulation cérébrale profonde (associée ou non aux traitements médicamenteux) dans la prise en charge des troubles vésicosphinctériens des patients souffrant de la maladie de Parkinson idiopathique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.630>

Posters

English version

P116-e

Neuro sphincter effects of an acute disseminated encephalomyelitis about one pediatric case



P. Lallemand*, V. Forin

CHU Armand-Trousseau, service de médecine physique et réadaptation de l'enfant, 26, avenue de Arnold-Netter, 75012 Paris, France

*Corresponding author.

E-mail address: pauline.lallemand@gmail.com

Keywords: Encephalomyelitis; Child; Incontinence; Erectile dysfunction

The Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM) is an auto-immune diffuse demyelinating disorder of the central nervous system after a viral infection or a vaccination.

Thomas, 12 years without preceding neurological abnormalities, consults to the emergency department for dysuria, pains and paresis of the lower limbs. A month ago, he had a mesenteric lymphadenitis. Two weeks ago, Thomas had an erythematous rash during 3 days. The physical examination reveals a bladder distention, constipation and a pyramidal syndrome to the lower limbs. The cerebral and spinal-cord MRI reveals encephalitis (left frontal lobe lesion) and a multifocal myelitis (median thoracic, low thoracic and conus medullaris). The viral serologic tests are negative; the cerebrospinal fluid is sterile with lymphocyte pleocytosis. The diagnosis of ADEM is established. After corticotherapy, the low thoracic lesion is the only one persisting on the 2-months MRI. Four months after the diagnosis, the neuro-motor evaluation is normal. Thomas complains of dysuria, urinary and fecal incontinence and erectile dysfunction.

The ADEM is an uncommon disease which the initial differential diagnosis is multiple sclerosis. The acute treatment by high dose of corticoid is widely accepted. There is no data about an optimal treatment. The outcome is mostly with complete recovery. Four retrospective pediatric reviews report that only 2.5% (4/161) have a neurogenic bladder. None colon or erectile dysfunction are related. The few cases of neuro-sphincter troubles related show both the rarity of these symptoms and the lack of diagnosis. These must be consistently sought and followed-up behind the acute phase and the resolution of MRI lesions. The aim is to avoid renal damages and urinary and fecal incontinence. We detail the symptoms and the specific care modalities for the teenagers.

Further reading

Tenembaum S, et al. Acute disseminated encephalomyelitis: a long-term follow-up study of 84 pediatric patients. *Neurology* 2002;1224–31.

Krishna Murthy SN, et al. Acute disseminated encephalomyelitis in children. *Pediatrics* 2002;110–21.