

à l'éducation thérapeutique de malades pour améliorer la prise en charge de ces patients.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.138

P007-FR

Les troubles vésicosphinctériens dans l'anémie de Biermer : à propos de 3 cas clinique et revue de la littérature

H. Abid^{a,*}, F. Arfaoui^b, N. Mankar Bennis^b, I. Bendeddouche^b, N. Hajjaj Hassouni^b

^a Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital El-Ayachi, rue de la plage, 11000 Rabat-Salé, Maroc

^b Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Ibn Sina, hôpital El-Ayachi, Rabat-Salé, Maroc

*Auteur correspondant.

Mots clés : Anémie de Biermer ; Troubles vésicosphinctériens ; Sclérose combinée de la moelle ; Vitamine B12-autosondages

Introduction.— La sclérose combinée de la moelle est une cause rare de myélopathie, elle est liée à une carence en vitamine B12. Les troubles vésicosphinctériens font partie des signes neurologiques.

Patients et méthodes.—Trois patients hospitalisés âgés de 40 à 51 ans, 2 femmes et un homme présentaient des paraparésies ou tétraparésies avec des troubles vésicosphinctériens dans les suites d'une sclérose combinée de la moelle dans le cadre d'une anémie de Biermer. Ils avaient tous des signes cliniques d'hyperactivité vésicale à type d'urgenterie, pollakiurie et fuites urinaires. Ils n'ont jamais faits d'infections urinaires symptomatiques.

L'échographie vésicorénale était sans anomalies chez les 3 patients, aucuns des patients n'a eu un examen urodynamique, un des patients est sorti après apprentissage des autosondages et les 3 patients ont été mis sous anticholinergiques et un traitement par la vitamine B12.

Discussion et conclusion.—les troubles vésicosphinctériens dans la sclérose combinée de la moelle secondaire à une anémie de Biermer sont très peu détaillés dans la littérature. Selon une étude, réalisée par Misra et al. en 2008 sur 8 patients ayant une sclérose combinée de la moelle, les troubles urinaires surviennent à un stade avancé de la maladie et répondent au traitement par la vitamine B12.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.139

P008-FR

Hyperréflexie autonome et neuromyéélite optique de Devic : une association logique mais méconnue ; à partir d'un cas

M. Le Fort^{a,*}, D. Laplaud^b, S. Wiertelowski^b, B. Perrouin-Verbe^b

^a Service de MPR neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 01, France

^b Clinique neurologique, CHU de Nantes, Nantes, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Neuromyéélite optique ; Devic ; Hyperréflexie autonome ; Dyssynergie vésicosphinctérienne

Introduction.— La neuromyéélite optique (NMO) de Devic est une pathologie du système nerveux central caractérisée par une myélite et une névrite optique. Cette maladie se distingue de la sclérose en plaques (SEP) par un anticorps spécifique, l'Ig-NMO.

Observation.— Un patient né en 1956 développe une NMO depuis 1994. Le tableau clinique associe actuellement une paraplégie AIS B de niveau Th6 et une quasi-cécité. Le patient urine spontanément. Le bilan urodynamique montre une dyssynergie vésicosphinctérienne, les résidus postmictionnels sont significatifs. Lors des consultations de suivi est noté un faciès érythémateux avec développement concomitant d'une hypertension artérielle ; un traitement antihypertenseur est instauré. Ultérieurement, dans l'éventualité d'une hyperréflexie autonome (HRA) liée à un statut vésicosphinctérien mal équilibré, le patient accepte d'apprendre à se sonder. Les chiffres tensionnels et le faciès se normalisent durablement malgré l'arrêt du traitement antihypertenseur.

hyperréflexivité autonome, qui correspond à des décharges orthosympathiques par déafférentation au-dessus d'un niveau Th7, le plus souvent d'origine périnéale ; chez notre patient il s'agissait de hautes pressions intravésicales. Les poussées tensionnelles sont traitées par la gestion de l'épine irritative, ici par blocage pharmacologique de la vessie et autosondages intermittents propres. La fréquence des symptômes cardiovasculaires dysréflectifs est évaluée à environ 20 % dans la SEP et pourrait être supérieure dans la maladie de Devic pour laquelle l'HRA n'est pourtant pas spécifiquement décrite dans la littérature. Une étude américaine montre cependant que 45 % des professionnels de la SEP ne sont pas attentifs à l'éventuelle survenue de phénomènes dysréflectifs. Le tableau médullaire de la NMO doit savoir faire suspecter la possible survenue d'HRA, rechercher et traiter le facteur déclenchant.

Références

– Haensch CA. Autonomic dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurol* 2006; 253(S1).

– Bacterman AM. Autonomic dysreflexia in multiple sclerosis. *J Spinal Cord Med* 2002;25(1):40–42.

– Labuz-Rosac B. Difficulties in the diagnosis of autonomic dysfunction in multiple sclerosis. *Clin Auton Res* 2007;17:375–377.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.140

P009-FR

Dysfonction mictionnelle chez l'enfant : approche diagnostique et prise en charge

R. Baati^{a,*}, R. Sbati^b, S. Lebib^b, I. Miri^b, Z.F. Ben Salah^b, C. Dziri^b

^a Département de sciences fondamentales, section physiologie, faculté de médecine de Tunis, 15, rue Djebel-Lakhdhar-La-Rabia, 1007 Tunis, Tunisie

^b Médecine physique et rééducation fonctionnelle, institut d'orthopédie El-Kassab, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant.

Mots clés : Dysfonction mictionnelle ; Enfant ; Vessie neurogène non neurogène ; Thérapeutique

But.— Le but de ce travail est de typer les dysfonctions mictionnelles chez l'enfant et exposer les différentes étapes de prise en charge.

Patients et méthodes.— Étude rétrospective ayant concerné 32 observations d'enfants (28 filles, 4 garçons) traités pour dysfonctions mictionnelles, suivis entre janvier 2005 et mars 2011, dans l'unité d'urodynamique au service de médecine physique et rééducation fonctionnelle à l'Institut National d'Orthopédie El-Kassab à Tunis. Chaque enfant a bénéficié d'un recueil minutieux de données cliniques, d'un bilan urodynamique, d'un bilan neuroradiologique, d'une exploration urodynamique et d'un suivi semestriel en consultation.

Résultats.— L'âge moyen de nos patients était de 7 ans. Les infections urinaires ont présenté le symptôme clinique le plus fréquent (84,37 %). Un reflux vésico-urétéral a été trouvé chez 40,6 % des cas. Une insuffisance rénale débutante a été détectée dans un cas. Au bilan urodynamique, une dyssynergie vésicosphinctérienne a été noté dans 87,5 % des cas. Vingt-quatre (75 %) ont répondu complètement au traitement médical. Chez 5 enfants (15,6 %), l'état clinique a été considérablement amélioré et chez les 3 autres enfants (1,25 %) un traitement conservateur a échoué. La durée du traitement chez les enfants complètement guéris, variait entre 12 et 36 mois. Le délai moyen pour la résolution des symptômes était de 2,6 ans.

Discussion.— Les troubles fonctionnels de la miction sont fréquents chez l'enfant, cadrant avec une vessie instable ou une vessie neurogène non neurogène. L'interrogatoire, l'examen clinique, le bilan radiologique, l'exploration urodynamique sont essentiels afin d'éliminer le diagnostic d'une neurovessie, d'orienter la conduite thérapeutique et de déterminer le pronostic de la dysfonction mictionnelle ; cette dernière pouvant entraîner de graves conséquences sur le haut appareil. Afin d'éviter ces problèmes, ces patients doivent être diagnostiqués rapidement et traités de façon appropriée. Le traitement conservateur (traitement médical associée à une rééducation par biofeedback) chez les enfants souffrant de dysfonction mictionnelle est efficace lorsqu'il est appliqué de manière appropriée (en particulier chez les patients présentant une instabilité du détrusor) avec un suivi adéquat. Le recours aux sondages