

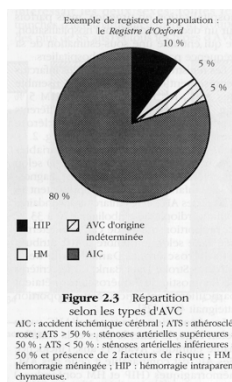
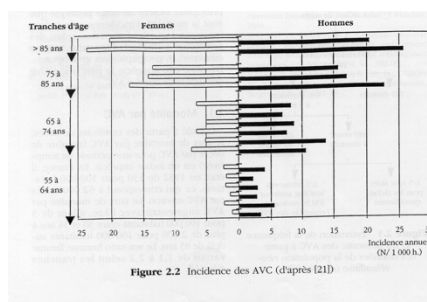
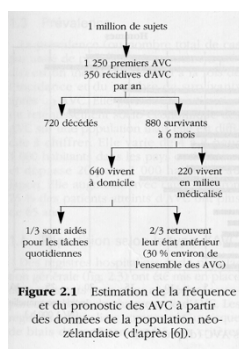
Troubles urinaires, anorectaux, AVC et atteintes encéphaliques

Gilberte Robain
Hôpital Rothschild
UMPC

Les questions

- Les troubles urinaires et anorectaux sont ils liés à l'atteinte cérébrale ou à la dépendance et l'age
- Quels sont les troubles urinaires et anorectaux
- Comment les prendre en charge

Pronostic des AVC



Troubles neurologiques

- Incidence dans l'AVC
- Relation avec la topographie de l'atteinte neurologique
- Relation avec la dépendance

Incidence des TUBA et AVC

- Entre 20 et 60% des patients
- Environ 50 % lors de l'admission des patients
- 28% à la sortie de l'hôpital
- Régressif dans la majorité des cas en trois mois

Incidence des troubles ano-rectaux

- Incontinence anale :
 - 40 % lors de l'hospitalisation
 - 10 à 19 % après 6 mois
- Constipation
 - 60 % dans la série du service (incontinence 14%)

Incidence des TUBA au cours des hémiplegies vasculaires.

ETUDES	Nombre de sujets	Incidence des TVS
Castaigne et al. 1978	320	53%
Perrigot et al. 1985	1985	20%
Codine et al. 1988	254	30%
Benbow et al. 1991	165	60%
Ween et al. 1996	423	41%
Sakakibara et al. 1996	72	53%
Nakayama et al. 1997	935	47%

Étude longitudinale de Borrie sur l'incontinence urinaire

	Continents	Incontinents	Total	% d'incontinents
Avant AVC	119	26	154	17 % à 23 %
1 ^{ère} semaine	56	84	140	60 %
2 ^{ème} semaine	70	49	119	41 %
12 ^{ème} semaine	79	32	111	29 %

Borrie J.M., Campbell A. J., Caradoc-Davies T. H., Spears G. F. - Urinary incontinence after stroke a prospective study. *Age Ageing* 1986,15, 177-181.

Symptoms	n	Patients with symptom	
		3 months/ 12 months	3 months 12 months n (%) n (%)
Any urinary symptoms	293/332	245 (83.6)	273 (82.2)
Male	150/171	120 (80.0)	131 (76.6)
Female	143/161	125 (87.4)	142 (88.2)
Any urinary incontinence	292/332	127 (43.5)	125 (37.7)
Male	149/170	44 (29.5)	42 (24.7)
Female	143/162	83 (58.0)	83 (51.2)
Urge incontinence			
Leakage before could reach toilet	292/331*	108 (37.0)	108 (32.6)
Leakage perceived as a problem	291/328*	69 (23.7)	75 (22.9)
Stress incontinence			
Leakage when physically active	286/331*	59 (20.6)	54 (16.3)
Leakage perceived as a problem	286/329*	35 (12.2)	32 (9.7)
Urinary frequency			
Passes urine greater than 7 or more times a day	292/331*	51 (17.5)	59 (17.8)
Passes urine greater than 9 or more times a day	292/331*	22 (7.5)	33 (6.9)
Frequency perceived as a problem	292/332*	46 (15.8)	51 (15.4)
Nocturia			
Gets up at night to pass urine	292/328*	231 (79.1)	253 (77.1)
Gets up more than once a night to pass urine	292/328*	110 (37.7)	150 (45.7)
Nocturia perceived as a problem	291/328*	70 (24.1)	63 (19.2)

Williams MP et al *Age and Ageing* 2012 41-371-376

Table 3. Natural history of reported urinary incontinence up to 12 months after first-ever stroke (n = 237)

Type of urinary incontinence	Pre-stroke, n(%) ^a	3 months, n		12 months, n	
		Yes	No	Yes	No
Any urinary incontinence	Yes 34 (14.3)	Yes 34	29	5	
	No 203 (85.7)	No 139	16	123	
Urge urinary incontinence	Yes 29 (12.3)	Yes 29	22	7	
	No 208 (87.7)	No 155	18	137	
Stress urinary incontinence ^b	Yes 20 (8.6)	Yes 19	12	7	
	No 213 (91.4)	No 189	13	176	

^aFour patients with missing data for stress urinary incontinence.

Étude longitudinale de Harari sur l' incontinence anale

	Continents	Incontinents	Pourcentage
Avant AVC	1458	45	2,8%
1 ^{ère} semaine	752	317	29,6%
3 mois	755	91	10,7%
1 an	613	75	10,9%

Harari D., Coshall C., Rudd A.G., Wolfe C. - New-onset fecal incontinence after stroke. Prevalence, natural history, risk factor and impact. *Stroke*, 2003, 34, 1, 144-150.

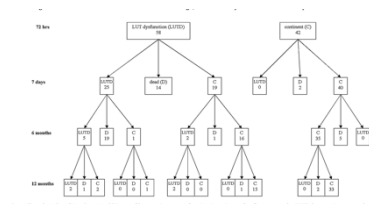
Histoire naturelle des TUBA

	Incontinent (68% DCD à 2 ans)					
7-10 jours	95					
3 mois	I			Dead		
	19			44		
1 an	I		D	C		C
	8	5	3	5	5	22
	IDC		IDC	IDC		IDC
2 ans	3	3	2	0	0	3
	IDC		IDC	IDC		IDC
	1	1	3	1	1	14

Patel M, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CD. Natural history and effects on 2-year outcomes of urinary incontinence after stroke. *Stroke*. 2001; 32:122-127.

Histoire naturelle des TUBA

	continent (20% DCD à 2 ans)					
7-10 jours	140					
3 mois	I			Dead		
	15			7		
1 an	I		D	C		C
	4	4	7	6	8	98
	IDC		IDC	IDC		IDC
2 ans	2	1	0	1	1	5
	IDC		IDC	IDC		IDC
	1	2	3	2	5	91



Rotar M, Blagus R, Jeromel M, Skrbec M, Trisnar B, Vodusek DB Stroke patients who regain urinary continence in the first week after acute first-ever stroke have better prognosis than patients with persistent lower urinary tract dysfunction. *NeuroUrol Urodyn*, 2011; 30:1315-1318

La topographie

L' histoire

- Le lobe frontal
 - 1er décrit dans la genèse de TVS
 - Nathan et Andrew décrivent une incontinence urinaire secondaire à une atteinte frontale et régressant après l' ablation de la lésion (méningiome)
 - Andrews J Nathan PW On the anterior frontal lobes and disturbances of micturition and defaecation *Brain* 1964; 87:233-62
 - TUBA après lobectomie frontale pour troubles psychiatriques
- Le tronc cérébral
 - Peu de rétention d' urine le plus souvent régressif
 - Peu d' incontinence urinaire

Prévalence des TUBA en fonction de la topographie des AVC

	Sylvien	Frontal	Vertébrobasilaire	Hématome profond
Perrigot 1977 (clinique)	100 26%	20 45%	19 8%	
Castaigne 1978 (clinique)	165 58%	20 45%	24 8%	
Perrigot 1981 (clinique)	318 19%	109 37%	166 27%	
Pelissier 1985 (scanner)	46 32%	10 70%		34 32%

Signification pronostic

- Marqueur fort du pronostic vital :
 - 60% de mortalité si incontinence totale, 25% si continence partielle, 7 % si continence totale
- Marqueur de pronostic fonctionnel :
 - Fait parti des indices Barthel, MIF,
 - N ' est plus utilisé isolément dans les études actuelles

Signification pronostic

- Les TUBA sont moins individualisés qu' il y a 20 ans
- Facteur de gravité au même titre que l'âge, les troubles neuropsychologiques, l'étendue de la lésion
- Inoue M., Kishi K., Ikeda Y., Takada M., Katoh J., Iwahashi M., Hayakawa M., Ishahara K., Sawamura S., Kazumi T. - Prediction of functional outcome after stroke rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil, 2000, 79, 513-518.

TUBA et sexe

- La prévalence semble la même chez l'homme et la femme
- Il existe une prévalence plus importante de la rétention chez l'homme

symptomatologie

Symptomatologie urinaire

- Polymorphe :
 - Incontinence et pollakiurie ≈ 70%
 - Dysurie et rétention ≈ 20%
 - Mixte ≈ 10%
- Selon les études un des éléments est privilégié

Sémiologie

- Incontinence
- Urgenturie
- Nycturie
- Dysurie

Symptomatologie urinaire

- L' incontinence
 - Urgenturie, difficultés de déclenchement volontaire de la miction
 - Difficultés de communication et difficultés motrices
 - La rétention
 - Rarement complète sauf chez l' homme avec adénome
- Associe vieillissement et troubles neurologiques

Sémiologie des troubles vésico-sphinctériens

	Irritatifs	Obstructifs	Mixtes
Perrigot et al.1977	20	9	6
Khan et al.1981	16	–	4
Thiry et al.1983	31	7	0
Tsuchida et al. 198	26	7	6
Pelissier et al. 1983	31	7	–
Codine et al. 1988	61	15	–
Barney et al. 1996	32	28	–
Sakakibara et al.19	18	5	15
	203 (71%)	50 (18%)	31 (11%)

Troubles ano-rectaux

- Incontinence
 - Défécations non contrôlées, et/ou fécalome
 - Difficultés de communication
 - Difficultés motrices
- Constipation
 - Alitement
 - Conditions de défécation

Explorations urodynamiques

- Cystomanométrie :
 - Hyperactivité de vessie le plus souvent ≈ 70 %
 - Hypoactivité ou normoactivité ≈ 30 %
 - Troubles sensitifs
- EMG
 - Dyssynergie vésico-sphinctérienne vraie ≈ 18%

Troubles ano-rectaux

- Temps de transit des marqueurs radio-opaques
 - Ralentissement global le plus souvent
 - Ralentissement localisé dans certaines atteintes du tronc cérébral
- Manométrie ano-rectale : peu spécifique

Activité du détroser chez les patients hémiplegiques présentant des TUBA

	HYPERACTIVITE	NORMOACTIVITE	HYPOACTIVITE	TOTAL
Perrigot 1977	16 61%	6 24%	4 15%	26
Khan 1981	19 95%	1 5%	0	20
Tsuchida 1983	21 89%	2 8%	1 4%	24
Thiry 1983	20 63%		12 27%	32
Pelissier 1985	23 72%	5 16%	4 12%	32
Codine 1988	52 68%	10 13%	14 18%	76
TOTAL	151/210 72%	24/178 13%	23/178 13%	

Table 2
Urodynamic findings in women (n = 16)

Finding	Hemiplegia		Total n (%)
	Left	Right	
Uninhibited contractions, efficient emptying	8	2	10 (62)
Uninhibited contractions, inefficient emptying	1	1	2 (13)
Areflexia	1	2	3 (19)
Normal bladder	0	1	1 (6)

No statistical significance ($p < 0.25$) was found between urodynamic findings and side of hemiplegia. Used by permission [17].

Table 3
Urodynamic findings in men (n = 17)

Finding	Hemiplegia		Total n (%)
	Left	Right	
Uninhibited contractions, efficient emptying	7	1	8 (47)
Uninhibited contractions, inefficient emptying	5	1	6 (35)
Areflexia	1	0	1 (6)
Normal bladder	0	2	2 (12)

No statistical significance ($p < 0.06$) was found between urodynamic findings and side of hemiplegia. Used by permission [17].

Linsenmeyer TA Neurorehabil 2012 30, 1-7

Retentissement

- Mauvaise qualité de vie chez les patients incontinents indépendamment de la dépendance
- Mauvaise qualité de vie des aidants
- Retentissement important, marqueur d'une mauvaise qualité de vie

Bilan et dépendance

Bilan des TUBA

- Pas spécifique
- Catalogue mictionnel
- Capacité à **obtenir une miction volontaire**
- Résidu post mictionnel (échographe portable)
- Recherche d'infection urinaire
- Adénome de prostate et fécalome

Déficiences

- Motrices et Sensitives
 - Possibilité d'appel (aphasie, trouble mnésique....)
 - Possibilité de station assise
 - Possibilité de transfert autonome ou aidé
 - Possibilité de marche

Déficiences

- Mentales et neuro-psychologiques
 - Capacité de parler
 - Capacité d'anticiper
 - Orientation temporo-spatiale
 - Troubles mnésiques

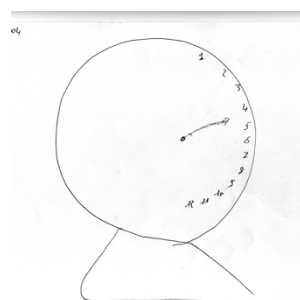
Déficiences

- Viscérales
 - Capacité d'une miction volontaire
 - Capacité de se retenir
 - Nycturie

Marche assistée précoce



Négligence gauche



Négligence visuelle



Prise en charge

Principes de prises en charges

- Cochrane data base
- Sont proposés:
 - Thérapie comportementale
 - Miction programmées
 - Mictions volontaires
 - Rééducation périnéale
 - Acupuncture
 - Tt hormonal
 - Anticholinergiques

Résultats

- Prise en charge multiple plus efficace
- Niveau de preuve faible
- Rester raisonnable

Principes de prises en charges

- Peu spécifique et mal codifié
- En cas d' incontinence urinaire :
 - Traiter les infections urinaires
 - Commencer la prise en charge quand une miction volontaire est obtenue
 - Imposer un rythme de miction
 - Donner des anticholinergiques en phase tardive?

Mise aux toilettes d' une patiente hémiplégique



Principes de prises en charges

- En cas de rétention d' urine
 - Favoriser les mictions sur les toilettes
 - Chez l' homme, rechercher un adénome
 - En cas de rétention complète chez l' homme, utiliser les endoprothèses prostatiques temporaires (?)

Principes de prises en charges

- Incontinence anale
 - Rechercher le fécalome
 - Défécation sur les toilettes
 - Défécations programmées et déclenchées

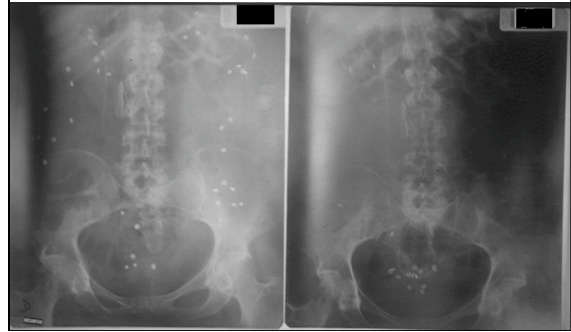
Principes de prises en charges

- En cas de constipation
 - Défécation sur les toilettes
 - Règles hygiéno-diététiques
 - Aides à la défécation (suppo)
 - Traitement oral
 - Lavage colique rétrograde

LE TEMPS DE TRANSIT DIGESTIF

Avant le protocole

Pendant le protocole



Au total

- Très différent des lésions médullaires (paraplégique)
- Chez l'homme âgé, évaluation du rôle de la prostate
- Chez la femme, ATCD de troubles urinaires
- Différencier les TUBA lié au handicap et les TUBA liés à la vessie...