



Guillain Barré, neuropathies périphériques et vessie neurologique.

Dr. Alexia Even
Hopital Raymond Poincaré
Unité de Neuro-Urologie



Polynévrites/Multinévrites

- **Polynévrite:** atteinte bilatérale et symétrique, à prédominance distale, sans topographie radiculaire ou tronculaire
- **Multinévrite:** atteinte asynchrone et asymétrique de plusieurs troncs nerveux.



Etiologies des polynévrites

- **Carentielles:** vit. B1 (alcoolisme), PP, B6 (ttt isoniazide), B12 (Biermer), folates
- **Métaboliques:** diabète, insuffisance rénale chronique
- **Toxiques:** médicaments (métronidazole et nitrofuratoine si IRC, antimitotiques, amiodarone), saturnisme, arsenic
- **Hémopathies:** syndromes myéloprolifératifs, dysglobulinémies (myélome, Waldenstrom, gammopathies monoclonales)



Etiologies des polynévrites (2)

- **Infections:** HIV, diphtérie, botulisme
- **Paranéoplasique**
- **Héréditaires:** Maladie de Charcot Marie Tooth (autosomique dominant), polynévrites amyloïdes, porphyries.



Etiologies des multinévrites

- **Diabète**
- **Maladies systémiques:** Péri Artérite Noveuse, Syndrome de Churg et Strauss, Polyarthrite rhumatoïde, Wegener, LED
- **Infections:** lèpre, maladie de Lyme
- Les troubles vésico sphinctériens peuvent être révélateurs de la maladie!
- Un **examen neurologique** scrupuleux est nécessaire pour faire le diagnostic de polynévrite ou multinévrite
- Un **bilan étiologique** orienté en fonction du contexte: alcoolisme, traitements médicamenteux, ATCD familiaux, état général..etc..



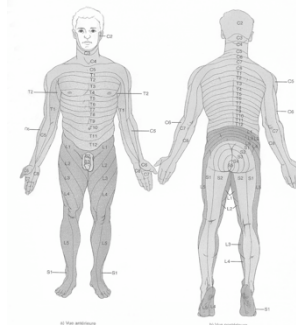


Évaluation d'une vessie neurologique Examen clinique neurologique périnéal

- > Étude réflexes, motricité, sensibilité, tonus
- > Réflexe bulbo ou clitorido anal (S2 S3 S4), réflexe anal à la piqure (S2 S3 S4), réflexe anal à la toux (D12).... absents ou vifs et diffusés.
- > Sensibilité périnéale (tactile thermique et vibratoire) : bourses, verge, vulve, vagin (niveau S2-S3) fesses (niveau S3), face postérieure des cuisse (niveau S2), pourtour de la marge anale (niveau S4)
- > Tonus anal (TR) : hypotonie (atteinte périphérique) ou hypertonie (atteinte centrale)
- > Motricité = qualité de la commande périnéale (touchers pelviens), cotée en 5 grades



Schéma de la sensibilité



Neuro-vessie et Guillain Barré

- Incidence du Sd de Guillain Barré en France: 1.5 cas pour 100 000 habitants, ↑ > ↓, âge moy. 40 ans
- Installation rapide et ascendante d'une paralysie symétrique +/- tb S.
- Atteinte des paires crâniennes fréquente
- Atteinte du SN autonome ds 65% des cas: tb hémodynamiques, rétention U, constipation.



- 3 phases: installation des troubles, plateau, régression des troubles
- À 1 an, 70% des patients ont complètement récupéré
- Mortalité: 5%



- Troubles vésico-sphinctériens présents dans 25% des cas environ.

■ Peu d'études documentées:

11 études (réf. PubMed) traitant des TVS dans le cadre des Guillain Barré entre 1981 et 2011.

2 études prospectives (28 et 65 patients)

Nombreux case reports (1 à 7 patients)



BUD chez 9 patients (sur 65) à 8 semaines du début des troubles:

RPM chez 3 patients (195 ml en moyenne),

Diminution de la sensibilité vésicale chez 1 patient

Hyperactivité détrusorienne chez 8 patients

7 vessies hypoactives

(Dont 5 hypo et hyperactives?)

1 vessie hypocompliante

2 patients ayant des tb de relaxation du sphincter



28 patients atteints de Guillain Barré
 7/28 (25%) avec TVS, apparus après les tb moteurs
 6 dysurie, 3 rétention, 3 PLK nocturne, 2 IUI.
 4 BUD :
 1 tb sensibilité vésicale
 1 hypoactivité vésicale
 2 hyperactivités détroisoriennes (1 patient en rétention, 1 ayant une incontinence par impériosité).



■ Symptomatologie polymorphe

■ À la phase initiale:

- dysurie (86%),
- rétention (43%),
- pollakiurie, urgenturie, IUI(28%)
- IUE.



■ A la cystomanométrie:

- ▽ **debit max à la débitmétrie**
- ▲ **RPM**
- ▽ **B1 et B2**
- Vessie hypoA
- Vessie hyperA sans DSVS (?)



■ Ne pas méconnaître ces troubles car parfois symptômes révélateurs de la maladie et nécessitent une prise en charge spécifique.

- Pronostic globalement bon avec disparition des SFU quasi constante, après parfois plusieurs mois.
- 1 case report de ttt de la rétention par neuromodulation sacrée.



La neuromodulation sacrée

- Remboursée en France depuis 2002 pour les TVS et depuis 2009 pour l'incontinence fécale sévère, en cas d'échec des ttt médicamenteux de 1^{ere} ligne.
- Elle consiste en la stimulation électrique continue d'un groupe de neurones afférents
- Le ou les mécanismes d'action ne sont pas clairement identifiés, il existe plusieurs hypothèses.



Neuromodulation (2)

■ Indications:

- Syndrome d'hyperactivité vésicale (urgenturie et/ ou une pollakiurie (> 8 mictions par 24 heures) avec ou sans incontinence)
- Rétention urinaire, quelque soit l'étiologie

- 2 phases: -phase de test (8-10 jours): catalogue mictionnel avec mesure de RPM++
 amélioration d'au moins 50%
 -implantation définitive



Les Autosondages

- En cas de rétention: Vidange vésicale par AS, éviter poussées abdominales +++ **pas de Crédé!**
- AS propres (non stériles !), 1,5 litre de diurèse par jour, au moins 5 sondages par jour
- sondes droites (béquillées si fausse route ou sphincter hypertonique), autolubrifiées chez l'homme, charrière 12 ou 14 (si difficile augmenter la charrière)
- avec poches ou sans poches selon les conditions de réalisation
- doit être appris dans différentes situations (fauteuil, lit et toilettes...)



⚡ Eviter la sonde a demeure! ⚡

- multiplie par 6 le risque de lithiase
- risque urétral +++(uréthrocoele, fistule, escarre: 25% à 3 mois)
- infections urinaires
 - 100% de colonisation à 3 semaines
 - 35% de prostatites et orchi-épididymite à 1 mois



Autres traitements

- de l'insuffisance sphinctérienne en cas d'IUE persistante par sphincter artificiel ou ballons péri urétraux
- de l'hyperA ou du trouble de compliance par ttt paraS ou toxine botulique intra détrusorienne.





MERCI