

## TROUBLES NEURO-PERINEAUX

et

## SCLEROSE EN PLAQUES

ASSISTANCE  
PUBLIQUE HÔPITAUX  
DE PARISUPMC  
UNIVERSITÉ PARIS VI

D. Vérolet, A. Guinet, F. Le Breton,  
M. Jousse  
Service de Neuro-Urologie et  
d'Explorations Périnéales  
du Pr G. Amarengo  
CHU TENON, APHP, Paris  
ER6 UPMC

29/11/2012

TROUBLES NEURO-PERINEAUX et  
SCLEROSE EN PLAQUES (SEP)**-Troubles urinaires****-Epidémiologie**

- Anatomo-physiologie
- Typologie clinique
- Typologie urodynamique
- Bilan morphologique et complications uronéphrologiques
- Modalités thérapeutiques
- Recommandations pour le suivi au long cours

**-Troubles ano-rectaux****-Troubles génito-sexuels**TROUBLES VESICO SPHINCTERIENS  
(TVS)

-TVS = **Quasi systématiques** au cours de l'évolution de la SEP

-**Polymorphes, variables** au fil du temps

- Retentissement **-fonctionnel** (qualité de vie+++)
- Vital** (complications organiques)

-En règle, peu délétères : pb de qualité de vie dans stratégie thérapeutique.

→ **Nécessité d'une prise en charge thérapeutique et d'un suivi neuro-urologique au long cours.**

## EPIDEMIOLOGIE DES TVS

**Prévalence des TVS** [Medline revue littérature 1960-2011. 326 articles]

- **30 à 96,8%**. Hétérogénéité des TVS lié au type évolutif, durée de la maladie, handicap \_ probable sous-estimation.

- TVS apparaissent durant les 10 premières années de la maladie (**96%** cas)  
-[Mayo ME. Urology 1992]

- Délai d'apparition : médiane égale à **6 ans**

- TVS dès la première poussée dans 10% cas (0 à 14%)

-Présence de TVS inauguraux :

- Plus grand nombre de TVS ultérieurs
- Tableau urodynamique plus marqué
- Évolution prolongée des TVS



## TVS et SEP

-Epidémiologie

-Anatomo-physiologie

-Typologie clinique

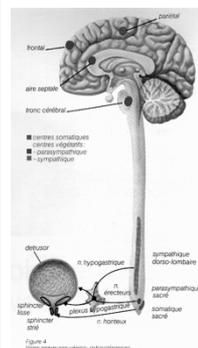
-Typologie urodynamique

-bilan morphologique et complications uronéphrologiques

-Modalités thérapeutiques

-Recommandations pour le suivi au long cours

## PHYSIOLOGIE VESICO-SPHINCTERIEENNE

**CONTRÔLE ENCEPHALIQUE**

Influence le comportement mictionnel :

- **Soit inhibiteur** :  
-Lobe frontal, Aire septale, Diencéphale
- **Soit activateur** :  
-Tronc cérébral (protubérance)/ centre mictionnel pontique  
synergie vésico-sphinctérienne +++

**CONTRÔLE MEDULLAIRE**

**Σ (dorso-lombaire)**

Relaxation détrusor

Fermeture du col vésical

CONTINENCE

**PΣ(sacré)**

Contraction détrusor

Ouverture col vésical

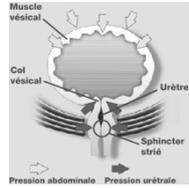
**N pudendaux somatique** ( sacré)

Contrôle volontaire du sphincter strié et des muscles périnéaux

MICTION

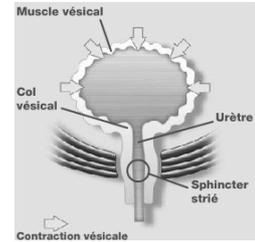
## PHYSIOLOGIE VESICO-SPHINCTERIEENNE

- **Phase de continence:**  
Pendant le remplissage
  - pression vésicale reste basse
  - pression urétrale augmente progressivement
- **Contrôle neurologique**
  - Absence de contraction du détrusor (SNA)
  - contraction du col vésical ( $\Sigma$ )
  - **Contraction tonique sphincter strié (somatique)**



## PHYSIOLOGIE VESICO-SPHINCTERIEENNE

- **Phase de miction :**  
évacuation des urines
  - 5 à 7 fois par jour
  - Durée : environ 1 minute
- **Contrôle neurologique**
  - Contraction détrusor (P $\Sigma$ )
  - Ouverture du col vésical
  - **Relaxation SS (somatique)**



## TVS et SEP

- Epidémiologie
- Anatomo-physiologie
- Typologie clinique
- Typologie urodynamique
- bilan morphologique et complications uronéphrologiques
- Modalités thérapeutiques
- Recommandations pour le suivi au long cours

## TYPOLOGIE CLINIQUE

- **En rapport avec SEP**
  - Type de SEP (rémittente? progressive?) et Ancienneté ; Date de la dernière poussée
  - EDSS (échelle de dysfonction et de handicap +)
  - Traitement de fond actuel et antérieurs (ENDOXAN? Bolus mensuel de SOLUMEDROL)
- ATCD (*chirurgie urologique, pelvienne; antécédents rachidiens, ...*)
- Recueil TVS/TAR/TGS
  - TVS : *Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale et/ou Dysurie*
  - TAR : *Constipation, Dyschésie, trouble du besoin, ...*
  - TGS : *Diminution libido, perte de sensation, dysfonction érectile*

## TYPOLOGIE CLINIQUE

- **Symptômes irritatifs : médiane 65%** (17 à 82% des cas)  
**Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (Overactive Bladder OAB)**

Tableau clinique le plus fréquent

- Urgenturie,
- Fuites sur urgenturies (**19 à 80% cas**)
- Pollakiurie diurne, nycturie (**37 à 99%**)
- Impériosités circonstancielles (eau, froid, émotion)



- **Symptômes obstructifs : 34 à 73% cas**
  - Dysurie, difficulté au déclenchement mictionnel,
  - Poussée abdominale, miction en plusieurs jets
  - Sensation de vidange vésicale incomplète
  - Rétention urinaire chronique (25%cas)

## TYPOLOGIE CLINIQUE

**Spt irritatifs + Spt Obstructifs fréquents : 1 patient/2**  
(59% ♂, 51% ♀)

**Genre :** OAB et incontinence + fréquents chez la femme  
Dysurie et rétention + fréquents chez l'homme

-**Polymorphes** : variabilité des symptômes  
(1/3 nouveaux symptômes en 4 ans, indépendant du statut neurologique)

- **Interrogatoire** peu corrélé à la typologie clinique :

- Pas de lien entre symptômes et pronostic uronéphrologique.
- 52% d'anomalies urodynamiques chez patients asymptomatiques
- RPM non perçu chez 47 % des patients rétentionnistes

**Nécessité d'une prise en charge comportant :**

- interrogatoire, calendrier mictionnel
- Bilan urodynamique et bilan iconographique

### TYPOLOGIE des TVS

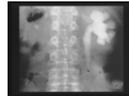
**-Sévérité des TVS**

- corrélée à EDSS
- corrélée à la sévérité du syndrome pyramidal
- corrélée avec présence d' un syndrome cérébelleux



**-Répercussion majeure dans la vie quotidienne (scores).**

**-Complications uronéphrologiques** : 1 patient sur 10 dans les 18 premières années.



### TYPOLOGIE CLINIQUE

**Pas de symptomatologie clinique spécifique :**

- de l' âge
- de la durée d' évolution de la maladie
- de la forme évolutive de la maladie

### EVALUATION DES TVS

**• Catalogue mictionnel :**

- Mesure du nombre de miction, quantité d' urines



**• Mesure du handicap :**

- Score EDSS (Échelle de Kurtzke)
- Environnement socio familial, professionnel.
- Évolutivité de la maladie (poussée récente? )



**• Échelles**

- **Score de qualité de vie** (Qualiveen)
- **Score de symptômes** (USP)
- Échelles dépression, MMS

### TVS et SEP

**-Epidémiologie**

**-Anatomo-physiologie**

**-Typologie clinique**

**-Typologie urodynamique**

**-bilan morphologique et complications uronéphrologiques**

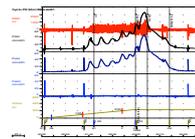
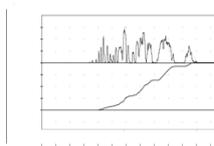
**-Modalités thérapeutiques**

**-Recommandations pour le suivi au long cours**

### TYPOLOGIE URODYNAMIQUE

**1er tableau (70% des patients)**

- Hyperactivité vésicale (PKU, URG, IU)
- Dysurie



**Débitmétrie** : attente, miction en plusieurs jets, Créde, résidu....

**Cystomanométrie** : détrusor hyperesthésique, contraction désinhibée, diminution capacité vésicale

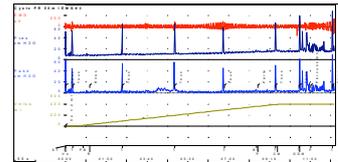
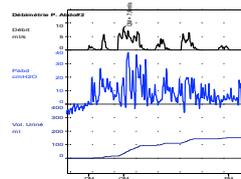
**dyssynergie DSVS**

**hyperactivité détrusor HAD**

### TYPOLOGIE URODYNAMIQUE

**2ème tableau (20% des patients)**

- DYSURIE – Rétention
- Nycturie
- Possible miction par regorgement : PKU, IUI



**Débitmétrie** : attente, miction par poussée abdominale, résidu +++

**Cystomanométrie** : détrusor hypoesthésique, hypocontractile, hypercompliant

**hypocontractilité détrusor?**

## TYPOLOGIE URODYNAMIQUE

- **Prévalence**
  - Hyperactivité du détrusor (HAD): 34% à 99% (médiane 65%)
  - Hypocontractilité du détrusor: 0% à 40% (médiane 25%)
  - Dyssynergie vésico sphinctérienne: 5% à 83% (médiane 35%)
  - Défaut de compliance: 2% à 10%
  - Activité détrusorienne normale: 1% à 34%
- **Association fréquente**
  - 43% à 80% des DVS associées à HAD
  - 5% à 9% d' hypocontractilité associé à une HAD
- **Faible corrélation clinique et urodynamique**
- **Evolution au cours du temps**
  - DSVS stable
  - Emergence d' une hyperactivité détrusorienne

## TYPOLOGIE URODYNAMIQUE

- **Pas d' influence spécifique de l' âge ou de la forme évolutive**
- Influence possible:
  - Genre: régime de pressions plus élevé homme
  - Statut neurologique: HAD et DSVS croissante avec EDSS, Barthel, syndrome pyramidal
  - Durée d' évolution avec prévalence augmentée de la DSVS
    - 48% après 5 ans

## TVS et SEP

- Epidémiologie
- Anatomo-physiologie
- Typologie clinique
- Typologie urodynamique
- bilan morphologique et complications uronéphrologiques
- Modalités thérapeutiques
- Recommandations pour le suivi au long cours

## BILAN MORHOLOGIQUE

### Echographie rénale et vésicale (vessie pleine)

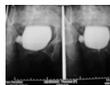
- Retentissement rénal ? (dilatation pyelo-calicielle, séquelles de pyélonéphrites)
- Signes de lutte vésicaux? (épaississement paroi vésicale) calcul, adénome prostatique (diagnostic différentiel)
- Calcul rénal ou vésical?
- Mesure du résidu post mictionnel (*demandar la mention du volume pré-mictionnel pour l'interprétation*)



## BILAN MORHOLOGIQUE

### • UCRM/ urétrocystographie rétrograde et mictionnelle

- reflux vésico-urétéral : passif? (à quel volume), actif?
- vessie de lutte ? (diverticules, paroi irrégulière)
- Clichés permictionnels : aspect de dyssynergie vésico-striée?



RVU grade 2  
unilatéral



RVU grade 2  
bilatéral



RVU grade 5  
bilatéral

## AUTRES EXAMENS

### • Biologie

- Fonction rénale (Clairance de créatininémie mesurée ou estimée (formule MDRD), ...)

Pas d' ECBU systématique (ECBU si symptôme d' infection, ou avant exploration avec cathétérisme urétral ou traitement immunosuppresseur)



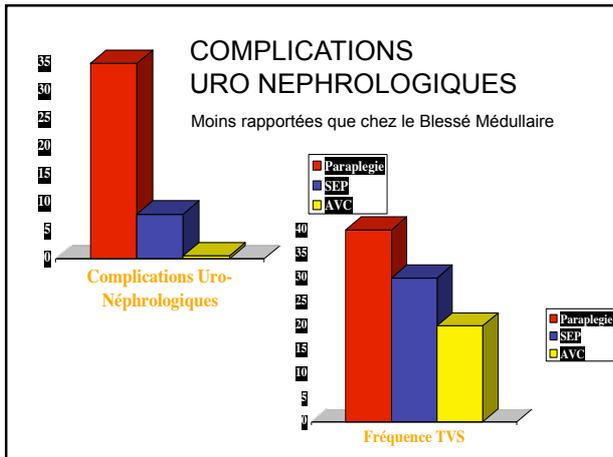
### • Cystoscopie

- Obstacle sous-vésical ?(diagnostic différentiel DSVS)
- Lésion vésicale ? (diagnostic différentiel HAD, vessie neurologique plus à risque) ++
- + si antécédent de sonde à demeure prolongée ou hématurie

- Scintigraphie rénale (intérêt si Reflux vésico-urétéral, insuffisance rénale)
  - apprécie le fonctionnement du parenchyme rénal



- Electrophysiologie périnéale (*le plus souvent non nécessaire*) : altération latence sacrée si atteinte du cône terminal



### INFECTIONS URINAIRES BASSES

- **Définitions....à définir**
    - Infection symptomatique / Bactériurie
    - Seuil critère clinico-biologique/mode drainage (miction? Autosondage? SAD?)
  - **Cystite**
    - Médiane 30% (13 à 80%, évolution 15 ans, récurrence 20%)
    - Plus fréquent chez femme (47% versus 17% chez homme)
    - Facteurs de risque : constipation, résidu > 180 ml, pressions vésicales élevées (ischémie pariétale), SAD [Gallien, 1998]
  - **Respecter la bactériurie chronique du patient sous autosondage sauf**
    - Symptôme infection
    - Manœuvre endo-urétrale (?)
    - Bolus corticoïdes, immunosuppresseurs (?)
- **Pas d'ECBU en systématique**

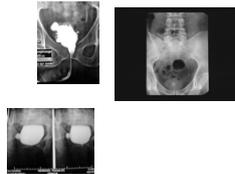


### COMPLICATIONS URO NEPHROLOGIQUES

#### • Au niveau vésical :

##### - Vessie de lutte :

- altération morphologique
- épaissement paroi vésicale,
- trabéculations,
- diverticules (30%),



##### - Calculs (2 à 11%)

- **Cancer de vessie** (0.29%) : risque plus important si SAD ou KTT sus-pubien. [De Ridder 1998]  
serait plus important dans SEP que dans pop générale (7 cas / 2351 patients) . SAD? Immunosuppresseurs?



### COMPLICATIONS URO-NEPHROLOGIQUES

#### Au niveau rénal :

- **Infections urinaires hautes / pyélonéphrites** (0% à 23%) :  
Fièvre > 38,5°C ou douleurs lombaires
- **Reflux vésico-urétéral** (0% à 15%)
- **Insuffisance rénale exceptionnelle** (0% à 10%)



### COMPLICATIONS URO NEPHROLOGIQUES

#### • Arguments en faveur d'un lien DSVS et complications

##### Lien direct

- Corrélation DSVS/ hydronéphrose / RVU/ PNA

##### Lien indirect

- Corrélation DSVS/ sévérité déficience-incapacité et durée SEP
- Eux même corrélés avec la prévalence des complications

### COMPLICATIONS URO NEPHROLOGIQUES

#### 4 facteurs de risque de complications uro-néphrologiques

- hyperactivité détrusorienne,
- hautes pressions endovésicales,
- sonde à demeure,
- durée d'évolution de la maladie: 15 ans

#### 3 sur-risque possible

- âge supérieur à 50 ans
- sexe masculin
- existence d'une DSVS

## TVS et SEP

- Epidémiologie
- Anatomo-physiologie
- Typologie clinique
- Typologie urodynamique
- bilan morphologique et complications uronéphrologiques
- Modalités thérapeutiques
- Recommandations pour le suivi au long cours

## TRAITEMENT

### Traitement du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale/ hyperactivité détrusorienne

traitements médicamenteux  
traitements chirurgicaux



### Traitement de la dyssynergie vesico-sphinctérienne et Traitement de la rétention urinaire:

EDUCATION THERAPEUTIQUE AUTOSONDAGE



### Alternatives thérapeutiques



Modalités de suivi : Recommandations (Genulf)



## TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE

### PRE-REQUIS = Traitement des épines irritatives éventuelles :

- infections urinaires
- Calcul vésical,
- Constipation, fécalome, fissure anale
- ongles incarnés,
- Escarre,...



### • Traitement pharmacologique

- Oral, injection intradétrusorienne
- Action sur versant efférent (> afférent) du réflexe mictionnel (Anticholinergiques, TBA) +++

## TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE

### • TRAITEMENTS ORAUX

- **Anticholinergiques** = Parasympatholytiques
- (Antagonistes compétitifs des récepteurs muscariniques)
  - Traitement de première intention
  - Oxybutinine, Chlorure de trospium, Solifénacine, Toltérodine, ...
    - 96% efficacité immédiate mais échappement dans 48%cas. [Amarengo. Rev neurol 1995]
    - Effets secondaires atropiniques (93% ES): sécheresse buccale, oculaire, constipation, ...
  - Expose au risque de rétention urinaire +++ : association fréquente à l'autosondage



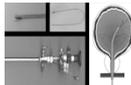
## TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE

### • TRAITEMENTS ENDOVESICAUX

- En cas d'échec des anticholinergiques

### • Toxine botulique intradétrusorienne (200U Botox)

- Inhibition libération d'ACH blocage synapse PΣ
- AMM
- ~Tous les 6 mois (lorsque récurrence des symptômes/ HAD)
- Sous cystoscopie, 30 sites en évitant trigone
- Analgésie par anesthésique de contact + Kalinox
- +/- prémédication antalgique



- Diminution fréquence fuites, augmentation capacité vésicale

• [Schurch B, J Urol 2005]



## TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE

### • TRAITEMENTS FONCTIONNELS

#### Rééducation périnéale

en association avec d'autres tt électrostimulation à 20 Herz, BFB. études pour EDSS<6,5



#### Neurostimulation transcutanée du Nerf tibial postérieur (Urostim2)

20 minutes par jour - Intensité infra-douleur, 10Hz, 200µs  
- Nerf mixte, contingent L4-S3 (innervation périnéale et vésicale)  
- Efficacité validée sur syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (De Sèze et al 2011)

## TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE VESICALE

### Neuromodulation racine sacrée S3



- Interférence avec coordination réflexe vessie-sphincter-périnée pour en restaurer l'équilibre et le contrôle mictionnel
- Indiquée dans l'hyperactivité vésicale rebelle et la rétention urinaire chronique
- Peu de travaux chez le neurologue
- Alternative thérapeutique après échec des thérapeutiques usuelles

## TRAITEMENT de la DYSSYNERGIE VESICO-SPHINCTERIEENNE

- **Alphabloquants** : Alfuzosine, Tamsulozine  
 Blocage des récepteurs alpha 1 au niveau du col vésical et sphincter lisse urétral  
 Amendement HAS 2011: utilisation possible dans la SEP (homme et femme) pour 2 ans  
 Efficacité discutable: 41 % amélioration débit urinaire [O Riordan, 1995]  
 Tolérance médiocre alphabloqueurs (hypotension orthostatique, relaxation col vésical)
- **Injection de toxine botulique intrasphinctérienne** : Botox 100U après repérage EMG (transpérinéale)
  - Efficacité 70% cas, 2 à 3 mois
  - Réduction résidu, pressions urétrales +/- pressions vésicales [Gallien et al, JNMP 2005]

A RESERVER aux patients dans l'impossibilité de prise en charge par autosondages et avec réévaluation +

## TRAITEMENT DE LA RETENTION

- **Autosondage** : traitement de référence dans la rétention urinaire
  - Rétention par hypocontractilité du détrusor
  - Rétention par DSVS (+/- favorisée par tt pharmacologique)
- Sondage intermittent propre +++
- Régularité PLUS IMPORTANTE que la stérilité
  - prolifération microbienne pathogène si sup à 4 h
  - distension vessie = ischémie pari = altération immunité
- Fréquence : 4 à 5 fois par jour
- Toilette préalable au savon ou lingette sans antiseptique
- Sondes pré lubrifiées prête à l'emploi
- Éducation thérapeutique autosondage

GUIDE METHODOLOGIQUE ETP-AS  
<http://etp-as.jimdo.com/>

## MOYENS et TECHNIQUES DU SONDAGE

- **Choix de la position** :  
Fonction de la motricité
- **Choix de la sonde** :  
Avec ou sans poche de recueil  
Fonction de la préhension

**Obstacles éventuels :**

- Troubles coordination motrice
- Déficit moteur
- Troubles visuels
- Troubles cognitifs
- Pb d'accessibilité au périnée
- Défaut de motivation du patient



## THE JOURNAL OF UROLOGY

### PP-Test

**Pencil and Paper Test: A New Tool to Predict the Ability of Neurological Patients to Practice Clean Intermittent Self-Catheterization**

Gerard Amarenco,\* Amandine Guinet, Marylene Jousse, Delphine Verollet and Samer Sheikh Ismael

From the Service de Neurologie et d'Explorations Fonctionnelles, Hôpital Tenon, Assistance Publique-Hôpital de Paris, Et de Université Paris et Marie Curie, Paris, France

**Purpose:** We created and validated the new pencil and paper test, which allows assessment of the ability of patients with a neurological disorder to practice clean intermittent self-catheterization.

**Materials and Methods:** We developed a simple test including common gestures mimicking the usual maneuvers needed during clean intermittent self-catheterization, and involving the same cognitive and physical resources needed for this technique. We evaluated the test in 118 patients with a neurological condition. Instruments needed to perform the pencil and paper test are limited to a sheet of paper and a pencil. Each test item was quantified and graded with a total score of 15. A specific clean intermittent catheterization learning scale was used to classify the outcome of the ability to perform clean intermittent self-catheterization with a score range of 5—learning easy and self-catheterization complete to 0—learning impossible.

**Results:** Enrolled in the study were 118 patients with a neurological condition. There was strong correlation between the global pencil and paper test score, and the ability to perform clean intermittent self-catheterization, as evaluated by the learning scale ( $r = 0.82, p = 0.000091$ ). At a test cutoff of 10 and a clean intermittent self-catheterization cutoff of 3, which was the limit needed to practice self-catheterization alone, the positive predictive value of the pencil and paper test was 85% and its negative predictive value was 94% (Cronbach's  $\alpha = 0.88$ ).

**Conclusions:** The pencil and paper test is a valid way to predict the ability to practice clean intermittent self-catheterization in patients with a neurological disorder.

**Key Words:** urinary bladder, neurogenic; catheterization; nervous system diseases; learning; self care

**Abbreviations and Acronyms**

CIRLES = CISC learning scale  
 CISC = clean intermittent self-catheterization  
 PP = pencil and paper

Submitted to publication May 21, 2010.  
 Only revised submission (revision 1) was accepted.  
 \*Correspondence should be addressed to Gerard Amarenco, MD, PhD, at [http://etp-test.jimdo.com/](mailto:gerard.amarenco@aphp.fr).  
 ©Copyright 2011, Société de Neurologie et d'Explorations Fonctionnelles, Hôpital Tenon, 4 Rue de la Chine, 75020 Paris, France (e-mail: gerard.amarenco@aphp.fr).

## En cas d' IMPOSSIBILITE aux AUTOSONDAGES

### Solutions inadéquates

- Hétérosondage (tierce personne): ↑ du risque infectieux.
- Etui pénien (sans incontinence)
- La sonde à demeure ou KT sus-pubien
  - Risque infectieux
    - 35% de prostatites à 1 mois
  - Complications uro-néphrologiques, calculs +++, cancer X5



## TRAITEMENT CHIRURGICAL

### LORS

#### -Echec traitement médical

- **Entérocystoplastie** si échec de la toxine botulique intra vésicale

#### -Autosondages non possibles

#### • Incontinence

- **Endoprothèse urétrale**
- **Sphinctérotomie laser**: risque hémorragique+



#### • Dérivation urinaire

- **Non continente** (Bricker)
- **Continente** (Mitrofanoff, Monti) + Entérocystoplastie (SEP peu évolutive, simulation d' autosondage par voie abdominale)

## TVS et SEP

-Epidémiologie

-Anatomo-physiologie

-Typologie clinique

-Typologie urodynamique

-bilan morphologique et complications urologiques

-Modalités thérapeutiques

-Recommandations pour le suivi au long cours

## RECOMMANDATIONS



### • Bilan initial

- Patient **asymptomatique** sur le plan vésico-sphinctérien
  - symptômes ?(OAB, dysurie)
  - Mesure du RPM (échographie)
- Patient **symptomatique** sur le plan vésico-sphinctérien
  - Calendrier mictionnel sur 24 à 72 heures
  - Échographie vésico-rénale
  - BUD
  - Clairance de la Créatinine (MDRD, urines de 24 heures)



## RECOMMANDATIONS



### • Bilan de suivi

#### - Patients à risque :

SEP>15 ans  
hautes pressions vésicales,  
HAD  
SAD +/- homme >50 ans si DSVS

- Suivi spécialisé recommandé
- Bilan annuel : calendrier mictionnel, BUD, EVR, Clairance créatinine, Score qualité de vie
- Tous les 3 ans : UCRM ou vidéo urodynamique

#### - Patients sans risque

- Bilan annuel : calendrier mictionnel, débitmétrie, EVR
- BUD tous les 3 ans

#### - Dépistage cancer vessie par cystoscopie

## TROUBLES NEURO-PERINEAUX et SEP

-Troubles urinaires

-Troubles ano-rectaux

-Troubles génito-sexuels

## SEP ET TROUBLES ANO-RECTAUX

### • FREQUENTS

- 130 patients après 10 ans : 60% dyschésie, 25% IF 1/mois
- TAR : réduction interaction sociale

Munteis, Mult Scler, 2006 Apr;12(2):215-8



### • Prédominance syndrome Constipation - Dyschésie

- **constipation** : fréquence > 3 jours, < 3 selles/semaine
- **dyschésie** (scybale, manœuvre facilitatrice)

### • Incontinence fécale IF : Impact majeur qualité de vie

- gaz, liquide, soiling, solide
- impériosité fécale
- Mécanisme IF
  - hypotonie anale, défaut sphinctérien
  - trouble commande volontaire sphincter
  - altération RRAI, RRAE
  - trouble sensitif, erreur de discrimination
  - **dyschésie anorectale +++** (rétentive; sur long terme, étirement nerf pudendal)



## SEP ET TROUBLES ANO-RECTAUX



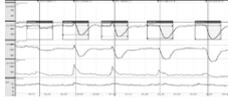
• Examen abdominal (stase stercorale)

• Intérêt d'un toucher rectal

- Neuro : S2S3S4, tonus anal
- selles +/- fécalome, épine irritative



Radiologie (ASP de l'UCRM) : stase ?



Manométrie : Tonus, CV, RRAI (trouble de la modulation)...

Rectocolonoscopie +++



P.A. Lehur. Gastroenterol Clin Biol, 2000, 24 :299-314

## « Traiter l'incontinence c'est traiter la dyschésie »



(Intervention Review)

Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases

Mansueti Coggare<sup>1</sup>, Paul Wood<sup>2</sup>, Christine C Norton<sup>3</sup>

<sup>1</sup>The National Spinal Injuries Centre, Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury, UK. <sup>2</sup>Spec. FMH en Gastroentérologie, Av. Louis-Ruchonnet 20, Lausanne-CH, Switzerland. <sup>3</sup>Physiology Unit, St Mark's Hospital, Harrow, UK.

THE COCHRANE COLLABORATION<sup>®</sup>

- pas de recommandation.....malgré 2 revues Cochrane
- traitement de la dyschésie et.....de l'incontinence
- association laxatif et suppositoires
- laxatif de lest (ispaghul, psyllium : ➔ Transit / placebo)
- suppositoire : déclenche réflexe d'exonération



Intérêt des lavements anorectaux si dyschésie rebelle

Mesure palliative : tampon obturateur anal

à évaluer: neuromodulation



## TROUBLES NEURO-PERINEAUX et SEP

-Troubles urinaires

-Troubles ano-rectaux

-Troubles génito-sexuels

## TROUBLES GENITO SEXUELS (TGS)

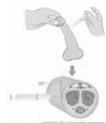
- **Erection** : phénomène vasculaire sous dépendance des centres médullaires  $\Sigma$  et P  $\Sigma$ .
- **Ejaculation** : sécrétion, excrétion, expulsion : contrôle supra sacré.
- Régulation par centres cortico sous corticaux
- **PREVALENCE TGS**:
  - 26 à 75% chez homme
  - 46 à 80% femme
  - Impact sur la qualité de vie
- **INTERROGATOIRE** :
  - Quel est le vécu de la sexualité par patient/couple?
  - Troubles libido? Érection? Ejaculation? Plaisir?
  - Retentissement des troubles urinaires et anorectaux

## TROUBLES GENITO SEXUELS (TGS)

- Typologie clinique :
  - **Homme** : perte libido, instabilité érectile, persistance érections réflexes, diminution rigidité, éjaculation précoce, ou retardée, voire absente
  - **Femme** : perte libido, anorgasmie, diminution des sensibilités vaginales, paresthésies
  - **Corrélation avec TVS et TAR.**
  - TGS non corrélés à la sévérité du handicap neurologique
- Examens complémentaires : non systématique

## TROUBLES GENITO SEXUELS (TGS)

- **Traitement médicamenteux** :
  - **IPDE5** : Viagra, Levitra, Cialis : efficacité 80% cas si préservation au moins partielle du centre P $\Sigma$  sacré
  - **Injection intracaverneuse PG E1** : Edex, Caverject
    - Remboursement si ALD
- **Traitement mécanique** :
  - Vacuum (pompe à vide), garrot pénien
  - Implants pénien
- **Traitement de l'éjaculation** :
  - Gutron, vibromassage
- Pas de thérapeutique spécifique chez la femme



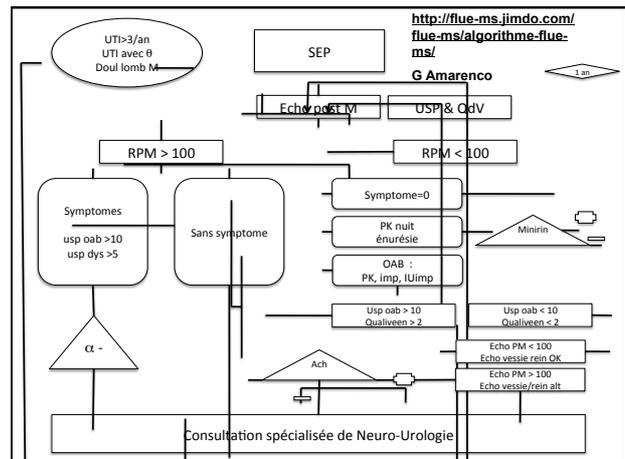
## CONCLUSION

• Troubles neuro-périnéaux des patients avec SEP grèvent **la qualité de vie**

• Prédominance de l'hyperactivité vésicale

• Plus d'un patient sur 10 est susceptible d'avoir une complication uro-néphrologique dans les 18 premières années d'évolution de la SEP

➔ **Suivi et prévention nécessaire**



## LE BILAN URODYNAMIQUE

- Complément de l'interrogatoire et de l'examen clinique
- 3 étapes
  - Débitmétrie
  - Cystomanométrie
  - Profilométrie
- BU, ECBU systématique (HAS)
- Pas d'anesthésie
- Peu invasif, non douloureux
- Durée : 30 mn

