

IUE de la femme neurologique

L.peyrat

Définition

- INCONTINENCE : perte involontaire des urines par voies naturelles, au dehors de l'acte mictionnel et entraînant une gêne sociale (patient, entourage) significative

INCONTINENCE URINAIRE : DEFINITION

- 2002 ICS (Internationnal Contience Society) : perte involontaire d'urine, on distingue
 - Symptôme : élément décrit par la patiente comme une perte involontaire d'urine
 - Signes d'examen : le médecin visualise une fuite d'urine lors de l'examen
 - Données urodynamiques : étudient les fonctions vésicales, urétrales durant le remplissage et la miction

• Types d'incontinence urinaire

- Incontinence urinaire d'effort :
 - Symptômes : la patiente décrit des fuites d'urines involontaires lors d'un effort, une toux, un étternement, port de charge, marche, changement de position...
 - Signes : le médecin voit une fuite d'urine par le méat lors de la toux, d'un effort
 - BUD : perte d'urine contemporaine d'une augmentation des pressions abdominales

Hyperactivité vésicale

- Incontinence urinaire par urgence ou impèrosités ou urgenturie ou hyperactivité vésicale
 - Symptômes : la patiente décrit des fuites immédiatement précédées d'une envie urgente soudaine non contrôlable et difficile à différer
 - Signes : 0
 - BUD : fuites sur urgence survenant durant le remplissage vésical, éventuelle contraction desihnbée associée

Incontinence urinaire mixte

Association IUE et hyperactivité vésicale

RETENTISSEMENT DE L' IUE

- L' IUE gêne les femmes
 - 3 femmes sur 4 se déclarent gênées
 - 1 sur 3 modérément ou extrêmement
 - Les femmes gênées ont une des scores qualité de vie moins bons
 - La sévérité des fuites et la durée augmentent la gêne

Fultz et al. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1275-82.

Incontinence urinaire d' effort - physiopathologie

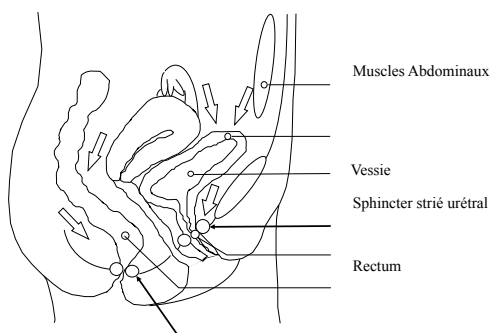
1. Les facteurs urétraux intrinsèques

- Muqueuse urethrale
- Musculature lisse
- Musculature striée

2. Les facteurs extrinsèques

- La théorie du hamac

Incontinence urinaire d' effort



La théorie du hamac



Etiologie de l' IUE

- Hypermobilité urethrale 90%
 - Obstétrical
 - Efforts répétés (toux chronique, constipation, ...)
 - Constitutionnel
- Insuffisance sphinctérienne (10%)
 - Traumatique
 - Neurologique
 - Post opératoire

Etiologie de l' IUE

- Hypermobilité urétrale
- Insuffisance sphinctérienne
- Association

IUE femme neurologique Particularités

- Insuffisance sphinctérienne plus fréquente mais association avec hypermobilité possible
- Evaluation de la miction et du risque de rétention post-opératoire
- Evaluation de l'hyperactivité detrusorienne
- Evaluation de la maladie neurologique : évolutivité?
- Evaluation de la vessie neurologique

Bilan IUE/vessie neurologique

- Clinique
 - Interrogatoire, catalogue mictionnel, questionnaire
 - Evaluer l'hypermobilité
 - Test de manœuvre de soutènement de l'urètre
 - Prolapsus associé
 - Evaluer la **maladie neurologique**
 - **Evaluer la gène**

Bilan IUE/vessie neurologique

- Urodynamique
 - Fonction « detrusorienne » : cystomanometrie
 - Fonction « sphinctérienne »
 - Profilométrie, VLPP
 - Miction : debimétrie, résidu, pression/débit

Bilan IUE/vessie neurologique

- Possibilité d'auto-sondage
- Bilan vessie neurologique : echo, cystoscopie, UCRM

Bilan IUE/vessie neurologique clinique

- Interrogatoire
 - Mécanisme incontinence ?
 - hyperactivité associée ?
 - Catalogue mictionnel
 - Questionnaires validés (MHU...)
 - Pad test

CATALOGUE MICTIONNEL

- Intérêt dans l'hyperactivité vésicale ++++
 - Horaire des mictions
 - Volume des mictions
 - Horaire des fuites
 - Comportement comparatif diurne / nocturne
 - Diurèse
- Outil indispensable
- Sur 2 à trois jours

Contenu d'un bon questionnaire pour l'incontinence

- Type clinique (effort, impériosités, spontanée etc)
- Fréquence
- Importance ou volume
- Autre troubles de la fonction du bas appareil urinaire
- Autoquestionnaire
- Hétéroquestionnaire

Mesure du Handicap Urinaire (MHU)

- Toutes formes d'incontinence urinaire de la femme
- 7 questions / réponses de 0-4
- Score de 0-28; 4 sous-scores
 - » Impériosités (0-8)
 - » Effort (0-8)
 - » Pollakiurie (0-8)
 - » Dysurie (0-8)

Amarengo, 1992

MHU

Échelle MHU					
	absente	délai de sécurité entre 30 et 15 mn ou caractères immédiatement pressés du besoin d'uriner sans fuite	délai de sécurité entre 5 et 30 mn	délai de sécurité entre 2 et 5 mn	délai de sécurité < 2mn
Impériosité mictionnelle	absente	délai de sécurité entre 30 et 15 mn ou caractères immédiatement pressés du besoin d'uriner sans fuite	délai de sécurité entre 5 et 30 mn	délai de sécurité entre 2 et 5 mn	délai de sécurité < 2mn
Fuite urinaire par impériosité	absente	moins d'une fois par mois	plusieurs fois par mois	plusieurs fois par semaine	plusieurs fois par jour
Fréquence mictionnelle diurne > 2 h	intervalle mictionnel > 2 h	intervalle mictionnel de 30p à 2h	intervalle mictionnel de 1 h	intervalle mictionnel de 1/2 heure	intervalle mictionnel < 1/2 heure
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction par nuit	2 mictions par nuit	3-4 mictions par nuit	5-6 mictions par nuit	plus de 6 mictions par nuit
Incontinence urinaire à l'effort	absente	lors des efforts violents (sport, course)	lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	lors des faibles efforts (toux isolée, marche accroupissement, mouvement brusque)	au moindre changement de position
Autre incontinence	0	- en gouttes post-mictionnelles - énurésie (> 1/mois)	- paroxysme émotionnel - énurésie (1 fois par semaine)	- énurésie (plusieurs fois par semaine)	- fuites permanentes - goutte à goutte - énurésie - 1 ou 2 fois par nuit
Dysurie rétention	0	dys attente, terminale	- poussées abdominales - jet haché	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation de résidu.	- cathétérisme
Score	0	1	2	3	4

Bilan IUE/vessie neurologique clinique

- Maladie neurologique
 - Appréciation de son potentiel d'évolutivité
 - Possibilité d'auto-sondage (atteinte membres supérieurs)

Examen clinique

- Position gynécologique
- Vessie remplie
- Efforts de poussée (mobilité urétrale)
- Efforts de toux
- Trophicité vulvovaginale
- Muscles releveurs
- Prolapsus associé
- Examen neurologique périnéal

Bilan IUE/vessie neurologique clinique



- Diagnostic : examen clinique

Bilan IUE/vessie neurologique clinique



- Examen clinique :
 - Hypermobilité urétrale?
 - Test soutènement de l'urètre moyen
 - Test de Bonney

Bilan IUE/vessie neurologique clinique

- Identifie le **mécanisme incontinence** : interrogatoire, examen, questionnaire
- Recherche l'**hypermobilité urétrale** et évalue le **test de soutènement**
- Fait le point sur la **maladie neurologique**
- Évalue la **gène**

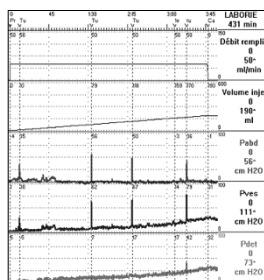
Bilan IUE/vessie neurologique bilan urodynamique

Indispensable chez la patiente neurologique

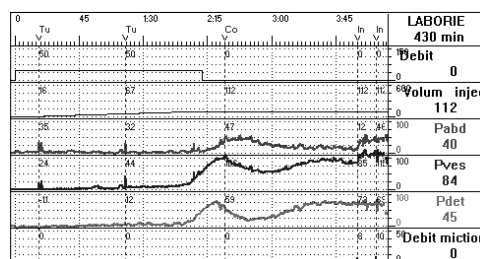
Bilan IUE/vessie neurologique bilan urodynamique

- Cystomanométrie
 - Élimine/recherche une hyperactivité detrusor non contrôlée
 - Élimine/recherche un trouble de la compliance
 - Ces 2 éléments contre-indiquent une prise en charge chirurgicale
 - Y-a-t-il des fuites
 - Au cours du remplissage
 - Lors des efforts de toux
 - Associées à des contractions vésicales
 - Permet examen vessie pleine

Éliminer un trouble de la compliance
 $\text{Compliance vésicale} = \Delta \text{ volume} / \Delta \text{ pression}$



Éliminer une hyperactivité detrusorienne

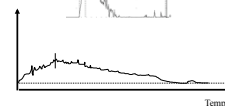
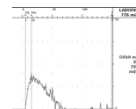


Bilan IUE/vessie neurologique bilan urodynamique

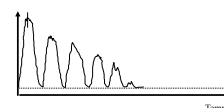
- Débitmétrie/Pression/débit
 - Recherche une obstruction

Que rechercher sur une débitmétrie

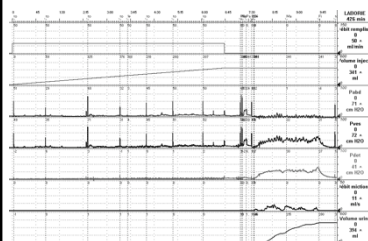
- Interprétable? (Volume > 150ml)
 - N=Courbe « en cloche »
 - Qmax > 15ml/sec



- Signes d' obstruction



Qu' est ce qu' on regarde sur l' étude pression débit (instantané mictionnel)



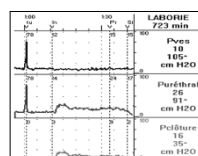
- Syndrome obstructif sous-vésical

Bilan IUE/vessie neurologique bilan urodynamique

- Profilométrie
 - Recherche une insuffisance sphinctérienne
- Principe: miction sur débitmètre, avec sondes en place pour évaluer de manière synchrone la pression detrusorienne
 - Temps final de la cystomanométrie

Qu' est ce qu' on recherche sur la profilométrie

- Pression de clôture (N>30cmH2O)
Incompétence sphinctérienne



Bilan IUE/vessie neurologique bilan urodynamique

- Recherche une **contre-indication** au minimum transitoire à la chirurgie : hyperactivité detrusor, trouble de la compliance
- Recherche des signes évocateurs d' **insuffisance sphinctérienne**
- Recherche des facteurs de risque de **retention post-opératoire** (évaluer le risque d' auto-sondage)

Bilan IUE/vessie neurologique

- Evaluer la possibilité d' autosondage
 - Acceptation de la patiente
 - Possibilité de réalisation

Bilan IUE/vessie neurologique

Bilan de la vessie neurologique et de son suivi

Au terme du bilan que faire?

IUE/vessie neurologique traitement

- Rééducation perineale
 - Traitement de première intention
 - Pas de données spécifiques dans la littérature

IUE/vessie neurologique traitement

- Chirurgie
 - Echech rééducation
 - Si patiente gênée
 - CI :
 - **Hyperactivité detrusor non contrôlée**
 - **Trouble de la compliance**
 - **Auto-sondage refusée ou impossible**
 - **Maladie neurologique très évolutive**
 - **Vessie neurologique non suivie**

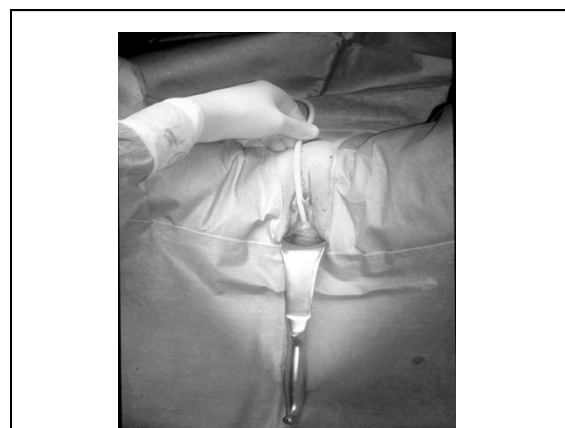
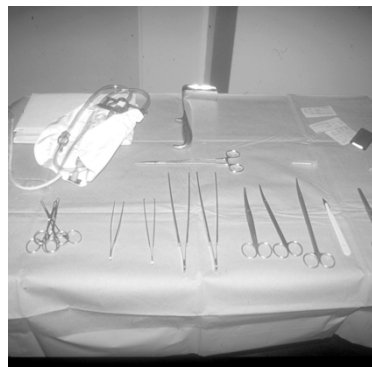
IUE/vessie neurologique traitement

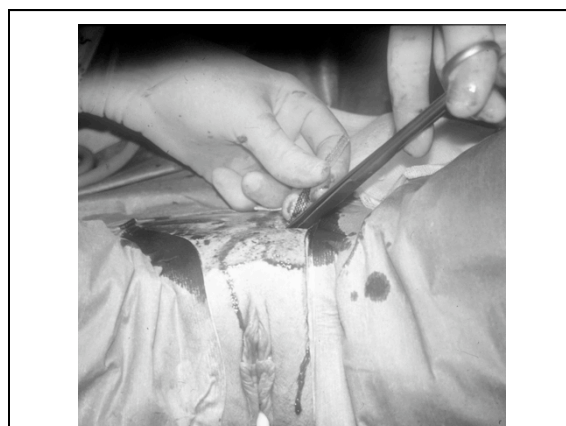
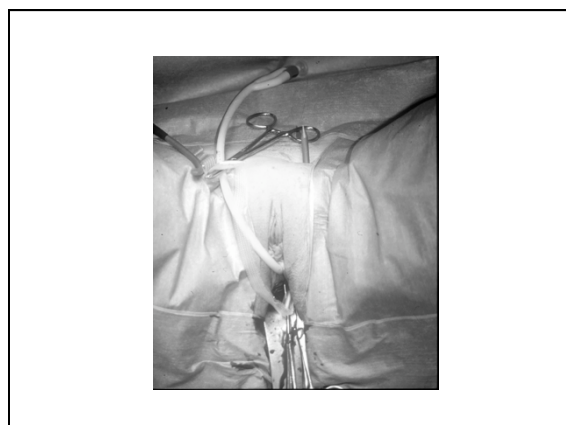
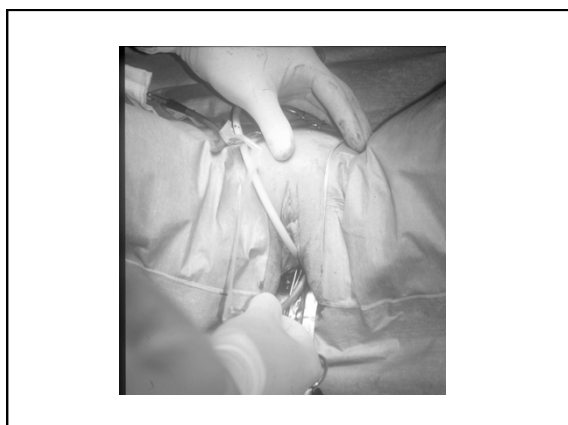
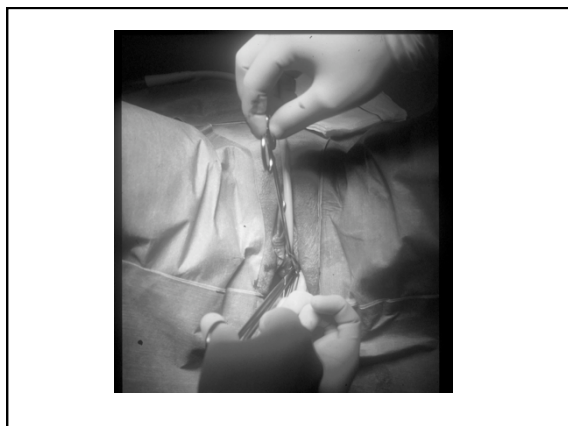
- **Chirurgie** : 2 possibilités
 - Bandelette sous urétrale
 - Chirurgie insuffisance sphinctérienne : **sphincter artificiel**, Ballon, injection

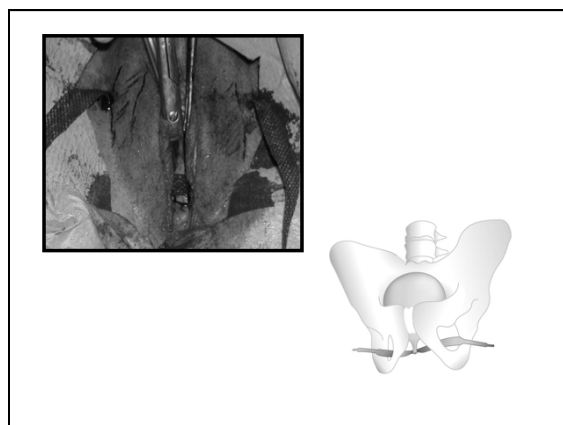
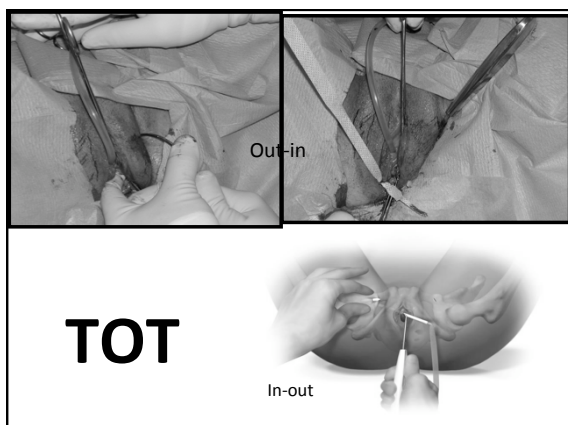
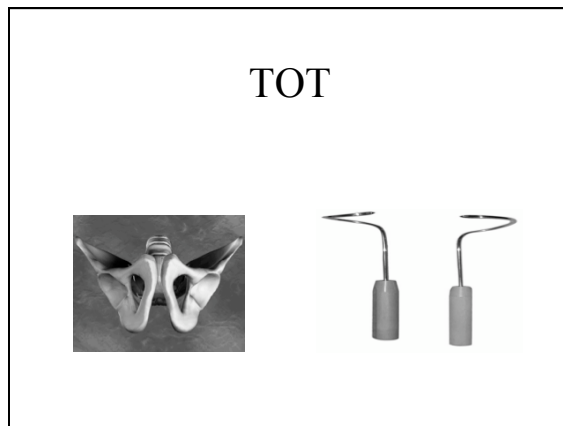
IUE/vessie neurologique traitement

- Bandelette sous-uretrale
 - Principe: rétablir le hamac en dessous de l' uretre
 - TVT rétropubien / TOT

TVT rétropubien







**IUE/vessie neurologique
traitement chirurgical**

- Bandelette sous urétrale si
 - Absence contre-indication
 - Hypermobilité urétrale
 - Si manœuvre de soutènement de l'urètre positive
- Bandelette possible si insuffisance sphinctérienne associée

**IUE/vessie neurologique
traitement**

- Quelle technique?
 - Peu d'étude
 - Etude plutôt en faveur bandelette rétropubienne
 - Haab et al. Prog urol 2007
 - Résultats TVT rétropubien et vessie neurologique similaires aux résultats TVT et insuffisance sphinctérienne
 - Hamid et al spinal cord 2003
 - Galiano
 - Djelouat et al prog urol 2002

COMPLICATIONS 1455 pts, Nilson 2002

- Perforation de vessie 38/1000
- Pertes sanguines > 200 cc : 19/1000
- Plaie vasculaire : 0.7/1000
- Plaie nerveuse : 0.7/1000
- Plaie urethrale : 0.7/1000
- Défaut de cicatrisation/érosion : 7/1000

Complications post-opératoires BSU

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| • TVT | • TOT |
| – Dysurie : 10-15% | – Dysurie : 0-10% |
| – Rétention : 5% | – Rétention : 2-8% (Jimenez-poza) |
| – Hyperactivité de novo : 5-15% | – Hyperactivité de novo : 2-5% |
| – Erosion | – Erosion : 1-16% (Poza-Tahseen) |
| | – Douleur : 2-20% (Torres) |

IUE/vessie neurologique traitement

- | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| • Résultats TVT vessie non neurologique | • Résultats TVT retropubien/vessie neurologique |
| – Recul : 10 ans | – Hamid et al |
| – Guérison 85 – 90% des cas | • 12 patientes dont 11 vessie périphériques |
| – Stabilité des résultats | • A 27 mois 80 % patientes sèches |
| – Facteurs de risque d'échec | • Même abs d'auto-sondage post-op |
| • Antécédent de chirurgie pour IUE | – Galiano |
| • Urètre peu mobile | • 71% de guérison |
| | • Pas d'hyperactivité de novo! |
| | – Pas de complication spécifique opératoire |
| | – Pas d'étude à long terme |

IUE/vessie neurologique traitement Recommandations post-opératoires

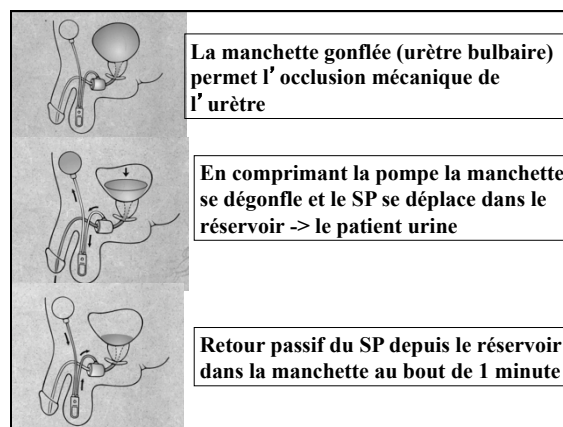
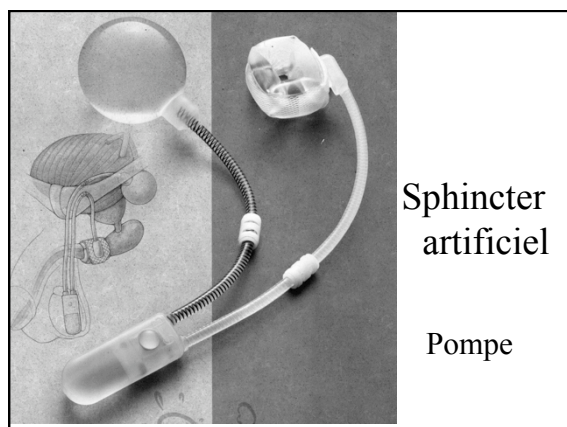
- Non spécifique
- Convalescence : 10-15 jours
- Premier mois
 - Pas d'effort important
 - Traitement constipation
 - Pas de bain
 - Pas d'activité sexuelle
- Visite de contrôle un mois post op

Les autres traitements chirurgicaux de l'IUE incompétence sphinctérienne

- Sphincter artificiel
- Injections periuretrales
- Ballons ACT


Sphincter artificiel

- Absence de contre-indication
 - Hyperactivité detrusor non contrôlée
 - Trouble de la compliance
 - Auto-sondage refusé ou impossible
 - Maladie neurologique très évolutive
 - Vessie neurologique non suivie
- Si urètre fixe et manœuvre de soutènement négative
- Pas de spécificité technique chez la femme neurologique




Sphincter artificiel

- Abord vaginal et abdominal
- Pas de spécificité technique




Sphincter artificiel

- Résultats : 87(1) à 96% (2) de guérison
 - 1 : Ligot et al. 1985
 - 2 : Cuesta et al. 2001
- Taux de révision : 9 (3) à 54% (4)
 - 3 : Appel et al. 1988
 - 4 : Light et al. 1985
- Complications : infection, érosion de l'urètre, atrophie de l'urètre, problème mécanique
- Auto-sondage 64(5) à 78(6)%
 - 5 : Levesque et al. 1996
 - 6 : Singh et Thomas et al. 1996
- Enterocystoplastie post sphincter : 40% (5)



Sphincter artificiel

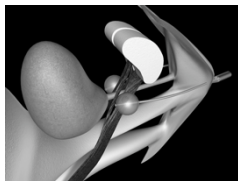
- Résultats similaires aux patientes non neurologiques
- Complications plus importantes dans la population neurologique



Autres techniques

Les ballons ACT

- En cours d'évaluation chez le patient neurologique



Autres techniques Injections peri-urétrales

- Mombreux agents « utilisés » : teflon silicone acide hyaluranique..
- Injection à proximité du sphincter en sous-muqueux
- Taux amélioration moyen 50% Taux continence total 20%
- Dégradation avec le temps
- Meilleur résultat si insuffisance sphinctérienne modérée
- En fait non recommandé chez le neurologique

IUE/vessie neurologique conclusions

- La prise en charge pose des problèmes spécifiques
- L' évaluation pré-opératoire clinique et urodynamique est primordiale
- L' evaluation de la pathologie causale et de la vessie neurologique est indispensable
- La vérification de la possibilité et de l' acceptation de l' auto-sondage est nécessaire

IUE/vessie neurologique conclusions

- La chirurgie est contre-indiquée si
 - Hyperactivité detrusor non contrôlée
 - Trouble de la compliance
 - Auto-sondage refusée ou impossible
 - Maladie neurologique très évolutive
 - Vessie neurologique non suivie

IUE/vessie neurologique conclusions

- BSU
 - A proposer s' il existe une hypermobilité urétrale avec manœuvre de soutènement de l' urètre positive
 - Résultats similaires aux patientes non neuro avec PC basse
 - Proposer plutôt TVT retropubien

IUE/vessie neurologique conclusions

- Sphincter
 - Si insuffisance sphinctérienne et urètre fixe
 - Résultats similaires à la population non neurologique