

Troubles neuro périnéaux et sclérose en plaques

1ere partie

Dr Frédérique LE BRETON

Service de Neuro-Urologie et d'Explorations Périnéales, hôpital Tenon. Paris



Troubles urinaires de la sclérose en plaques

Epidémiologie

-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 délétère : pb de qualité de vie dans stratégie diagnostic et thérapeutique



Epidémiologie des TVS

Prévalence des TVS

- **30 à 96,8%**. Hétérogénéité des TVS lié au type évolutif, durée de la maladie, handicap et 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**
- Présence de TVS inauguraux :
 - Plus grand nombre de TVS ultérieurs
 - Tableau urodynamique plus marqué
 - Évolution prolongée des TVS
- TVS dès la première poussée dans 10% cas (0 à 14%)

[Medline revue littérature 1960-2011. 326 articles M Deseze]



Clinique

- Importance de l'interrogatoire spécifique SEP
 - Type de SEP: rémittente? Progressive?EDSS
 - Date de la dernière poussée
- Atcd gynécologique, obstétricaux, radiothérapie, cancer...
- Interrogatoire spécifique TVS/TAR/TGS
 - Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale, Dysurie (Score USP)
 - Constipation, Dyschésie (NBD)
 - Diminution libido...
 - Gène clinique +++ Qualiveen, PGI S, EVA

Il n'y a pas de symptomatologie clinique spécifique

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

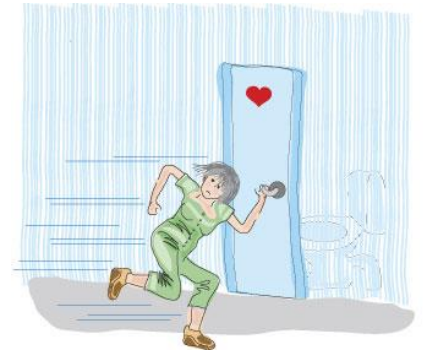


Clinique

- **Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (Over active bladder)**

Signes irritatifs : médiane 65% (37-99% des cas)

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



- **Signes obstructifs : 34 à 79% cas**

- Dysurie, difficulté au déclenchement mictionnel,
- Poussée abdominale, miction en plusieurs jets
- Sensation de vidange vésicale incomplète
- Rétention urinaire chronique (25%cas)



Clinique

S irritatifs + S. Obstructifs fréquents : 1 patient/2

59% ♂, 51% ♀ (Giannantoni 1998)

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 corrélée à la typologie clinique :

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

Nécessite d'une prise en charge comportant :

-interrogatoire, calendrier mictionnel

-Bilan urodynamique et bilan iconographique



Clinique

Symptomatologie clinique

Variable au cours du temps

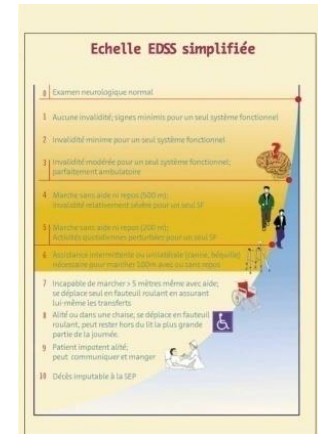
Non corrélée au type et sévérité de l'atteinte

Peu corrélée à typologie urodynamique

Sévérité des TVS

- corrélée à EDSS, durée d'évolution de SEP
- corrélée à la sévérité du sd pyramidal
- corrélée avec présence d'un syndrome cérébelleux

Répercussion majeure dans la vie quotidienne (qualiveen, PGI, SF 36).



EVALUATION DES TVS

RETENTISSEMENT SOCIAL

- **Catalogue mictionnel :**
 - Mesure du nombre de miction, quantité d'urines
- **Mesure du handicap :**
 - Score EDSS (Échelle de Kurtzke)
 - Environnement socio familial, professionnel.
 - Évolution de la maladie (poussée récente?)
- **Échelles**
 - **Score de symptômes (USP)**
 - **Score de qualité de vie (Qualiveen, PGI S, EVA)**
 - Échelles dépression, MMS



Nom-Prénom :
Date de naissance :
N° de dossier :

Prochain RDV le :

CATALOGUE MICTIONNEL

A remplir 3 jours consécutifs avant votre prochain rendez-vous

Date	Heure	Volume urine (ml) Si miction conservée	Volume résiduel / sondage (ml)	Fuites - Oui = O Non = N

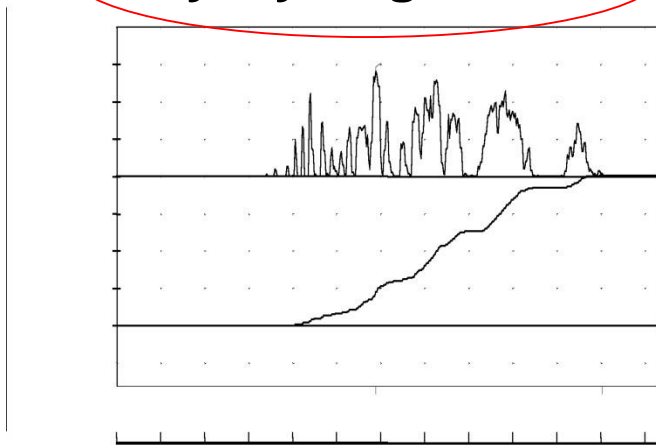


Typologie urodynamique

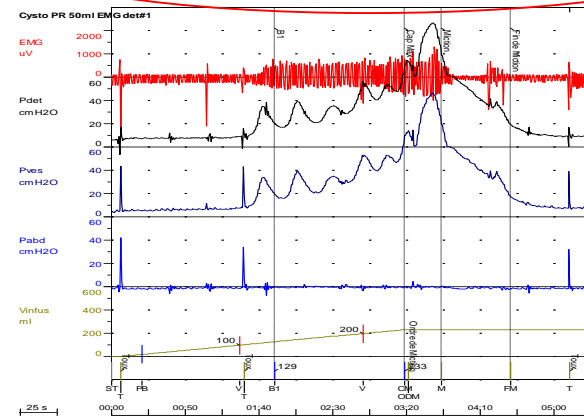
1^{er} tableau (70% des patients)

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

dyssynergie VS



hyperactivité détrusor



Débitométrie : attente, miction en plusieurs jets, Créde, résidu....

Cystomanométrie : détrusor hyperesthésique, contraction désinhibée, diminution capacité vésicale

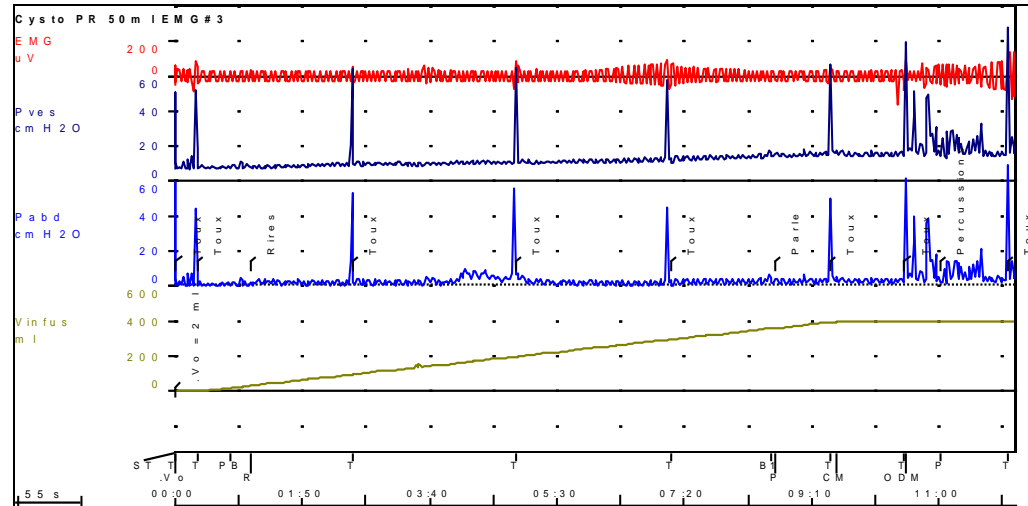
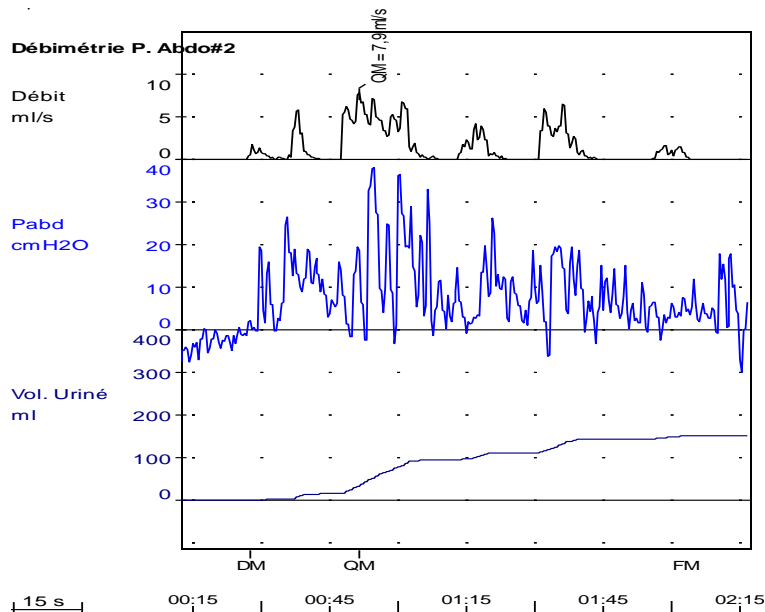
Défaut de compliance: 2% à 10%



Typologie urodynamique

2ème tableau (20-30% des patients)

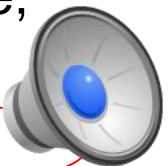
- DYSURIE – Rétention
- Nycturie
- Possible miction par regorgement : PKU, IUI



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

Cystomanométrie : détrusor hypoesthésique, hypocontractile, hypercompliant

hypoactivité détrusor



Typologie urodynamique

- Faible corrélation clinique et urodynamique
- Activité détrusorienne normale: 1% à 34%
- Evolution au cours du temps
 - DVS stable
 - Hypoactivité vers une hyperactivité détrusorienne
- Influence possible:
 - sexe: régime de pressions plus élevé homme
 - Statut neurologique: HAD et DVS croissante avec EDSS, Barthel, sd pyramidal; moins avec l' hypocontractilité
 - Durée d' évolution prévalence augmentée de la DVS (48% après 109 mois)
 - De la présence d' une poussée
- Pas d' influence spécifique de l' âge ou de la forme évolutive



Bilan morphologique

Echographie pelvienne (vessie pleine)

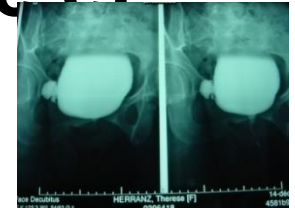
- Recherche signes de lutte (épaississement paroi vésicale) calcul, adénome prostatique (diagnostic différentiel)
- Mesure du résidu post mictionnel.
- Recherche d'un retentissement t
appa dilataion p
- Séqu onéphrites



Bilan morphologique

- **UCRM/ urétrocystographie rétrograde et mictionnelle**

- vessie de lutte, diverticules
- reflux vésico-urétéral



RVU grade 2
unilatéral



RVU grade 2
bilatéral



RVU grade 4 bilatéral



Autres examens

- **Biologie**

- Créatinine, Urée (mesure de la fonction rénale)
- Clairance créatinine
- ECBU

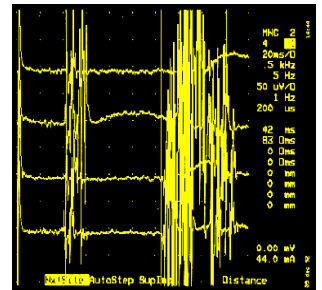
- **Cystoscopie:**

- Recherche de causes locales (sténose, HBP, tumeur)
 - Surtout si SAD, hématurie, AS long court, IU répétition



- **Electrophysiologie périnéale :**

- recherche dénervation périphérique, altération latence sacrée.



- **Scintigraphie rénale :**

- apprécie le fonctionnement du parenchyme rénal

