



Le patient neurologique et ses prolapsus...

M. Le Fort, L. Le Normand , J.J. Labat,
B. Reiss, B. Perrouin-Verbe





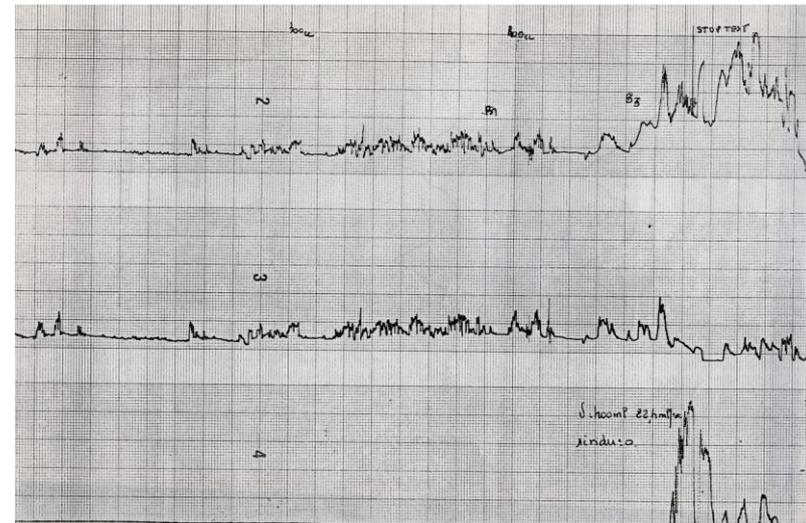
- prolapsus pelvien = pathologie fréquente
- pourtant risque de méconnaissance / dysfonctions pelvi-périnéales des pathologies neurologiques
- traitement anatomique *et/ou* traitement fonctionnel
- pas de littérature spécifique





1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

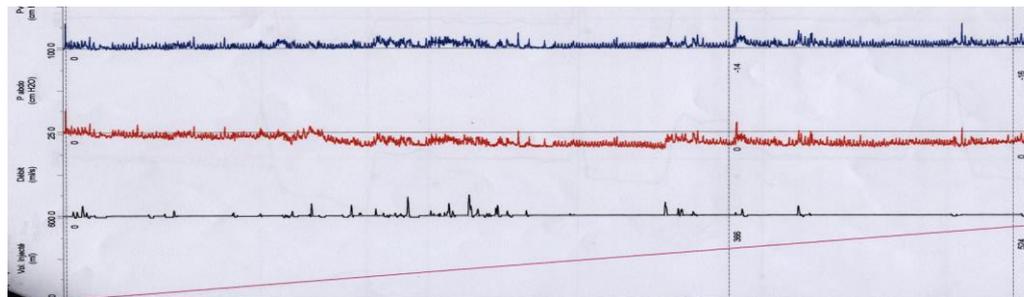
- ATCD obstétricaux :
 - **énurésie** jusqu'à l'âge de 14 ans
 - **3 AVB**: PN = 3,600 à 4,300 kg ; **déchirure** lors du 1^{er}
- **1987** : consulte en dehors de tout contexte neurologique (43 ans)
 - syndrome clinique d'hyperactivité vésicale
 - cystocèle grade 2
 - 10 séances de RPS
=> amélioration partielle





1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

- 30 août 2000 : ischémie médullaire (étiologie?)
 - paraplégie T1, AIS D, tableau spinal antérieur
 - rétention urinaire initiale : SAD puis ASIP
 - syndrome clinique d'HAV avec incontinence
- => instauration d'un TTT anticholinergique
- BUD secondairement (18/10): inactivité détrusor
 - cystocèle de grade 2

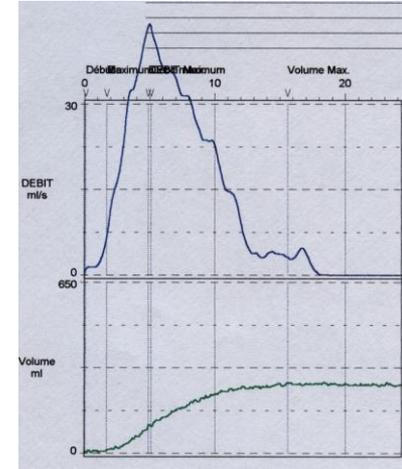




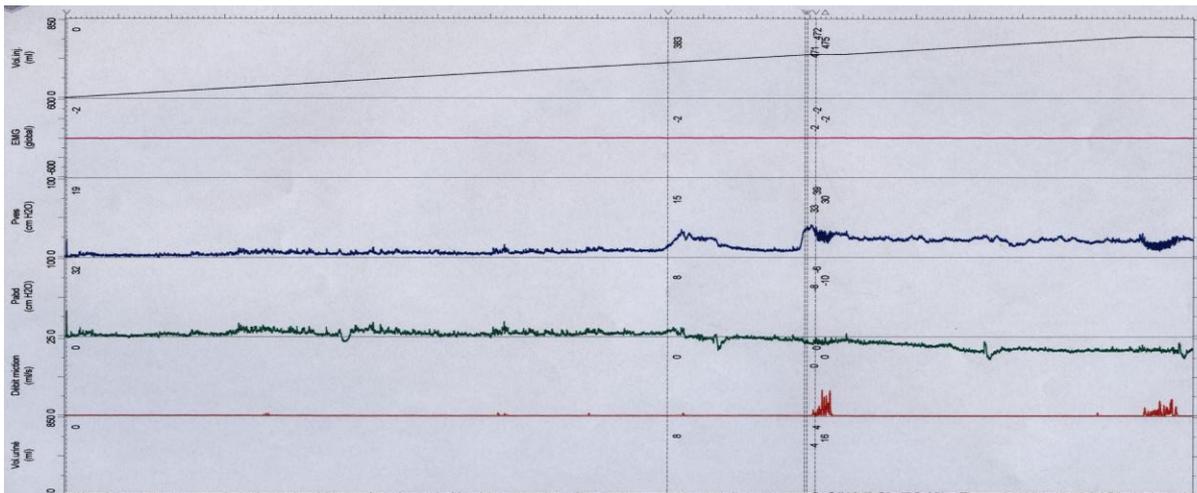
1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

2000 - 2001 :

- infections urinaires itératives
- révision de la technique des autosondages
- gros volumes sur inversion de diurèse
=> Minirin : mal toléré et arrêté



Sept 2001

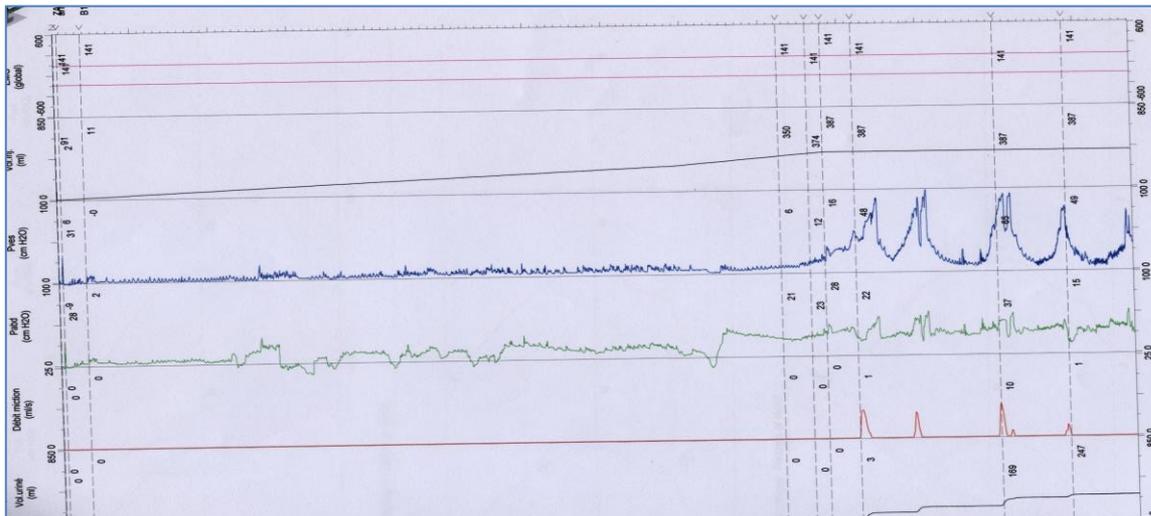




1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

- reprise de mictions spontanées,
- arrêt du TTT anticholinergique, pas d'HAV gênante
- RPM fluctuants <100 ml
- pas d'infection urinaire
- gestion intestinale+++ , **surveillance régulière**

Jan 2005





1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

- **2006-2009 :**
- HAV et dysurie (mictions en trois temps)
RPM + significatifs
- aspect urodynamique stable
- cystocèle de grade 3, hystérocèle similaire,
rectocèle de grade 1
- proposition de reprise des autosondages : refus
- discussion staff neuro-urologique : surveillance





1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

- **2010 :**

consultation multidisciplinaire de clinique du périnée (06/01/10)

visualisation d'une fuite urinaire d'effort et aussi réflexe

temporiser...





1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

- **2010 :**

consultation multidisciplinaire de clinique du périnée (06/01/10)

visualisation d'une fuite urinaire d'effort et aussi réflexe

temporiser...

puis, selon l'aggravation de la gêne, traiter en 3 étapes:

- **cure du prolapsus génital sans geste préventif de l'IUE**
- **si survenue II° d'une IUE gênante: soutènement sous-urétral**
- **si hyperactivité vésicale: TTT anticholinergique et contrôle RPM**
=> reprise des autosondages intermittents propres?





1^{er} cas : Mme R H, née en 1944

- **5 juin 2013 :**

2^{ème} consultation multidisciplinaire de clinique du périnée

proposition de promontofixation antérieure et postérieure
sous coelioscopie

comme prévu : pas de bandelette sous-urétrale

opérée le 15/01/14 : confort nettement ressenti par la patiente
surveillance +++ , clinique et urodynamique

risque de récurrence si dysurie/dyschésie neurologique?





2^{ème} cas : Mme L, née en 1967

- fracture Burst L2 (chute 3^{ème} étage en décembre 2012)
- paraplégie Th12, AIS A (complète), flasque
- IRM confirme l'atteinte médullaire
- autosondages sur vessie acontractile
- évacuation digitale des selles





2^{ème} cas : Mme L, née en 1967

- boule vulvaire lors des transferts
- ménorragies
- consultation gynécologique en octobre 2013
- cystocèle 1 – hystérocèle 3 – rectocèle 2
- endomètre épaissi
- hystérectomie + Richter « serré » le 11/11/2013





2^{ème} cas : Mme L, née en 1967

- avril 2014 :
patiente gênée par une « descente d'organe »
- pas d'objectivation clinique de récurrence
y compris en situations favorisantes
(transferts sans planche et fin de journée)
- symptomatologie subjective neurogène?





2^{ème} cas : Mme L, née en 1967

- IRM dynamique pelvienne non démonstrative
- révision des techniques ASIP et TR
- et traitement antalgique lourd...
- situation stabilisée mais suivi +++





3^{ème} cas : Mr J, né en 1973

- spina bifida
- vessie compliante, inactive
- insuffisance sphinctérienne
- mictions spontanées sans résidu post-mictionnel
- incontinence urinaire d'effort

⇒ sphincter artificiel le 27/07/2005
mictions spontanées





3^{ème} cas : Mr J, né en 1973

- spina bifida
- sur le plan ano-rectal :
 - extractions digitales des selles
 - chirurgie sur prolapsus rectal en 1998
- octobre 2006 :
 - rectorragies abondantes / récurrence du prolapsus
 - coloscopie : ulcère solitaire du rectum





3^{ème} cas : Mr J, né en 1973

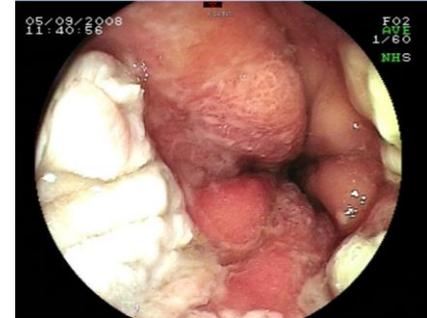
- spina bifida
- mai – juillet 2007 :
- 3 échecs de cæcostomie per-endoscopique en vue de d'irrigations coliques antérogrades
- renforcement du TTT conservateur (diététique)
- manœuvres digitales et irrigations rétrogrades





3^{ème} cas : Mr J, né en 1973

- spina bifida
- septembre 2008 :
- nouvelle épisode de rectorragies et déglobulisation
- éviter les poussées abdominales :
 - révision de la technique d'exonération
 - apprentissage autosondages intermittents propres
- suivi annuel satisfaisant depuis





DISCUSSION

- **Symptomatologie directe et indirecte :**
 - symptômes directs « anatomiques » :
extériorisation, saignements, infection urinaire, dysparéunie...
 - symptômes indirects « fonctionnels » :
 - syndrome obstructif (dysurie, dyschésie ano-rectale)
 - vs syndrome irritatif (hyperactivité vésicale ou rectale)
 - difficulté de distinction selon le contexte neurologique :
 - dyssynergie vésico-sphinctérienne et pathologie médullaire
 - HAV fréquente en cas d'AVC contrairement à la dysurie*



* Dromerick AW - Arch Phys Med Rehabil. 2003



DISCUSSION

- **Interférences :**

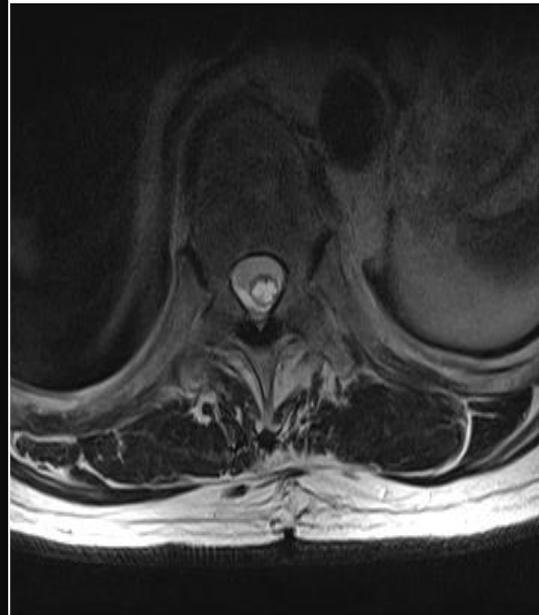
- risques liés aux poussées abdominales : dysurie, dyschésie...
 - aggravation du prolapsus
 - apparition d'une pathologie surajoutée : hémorroïdes, ulcérations...
 - aggravation neurologique : syringomyélie II°





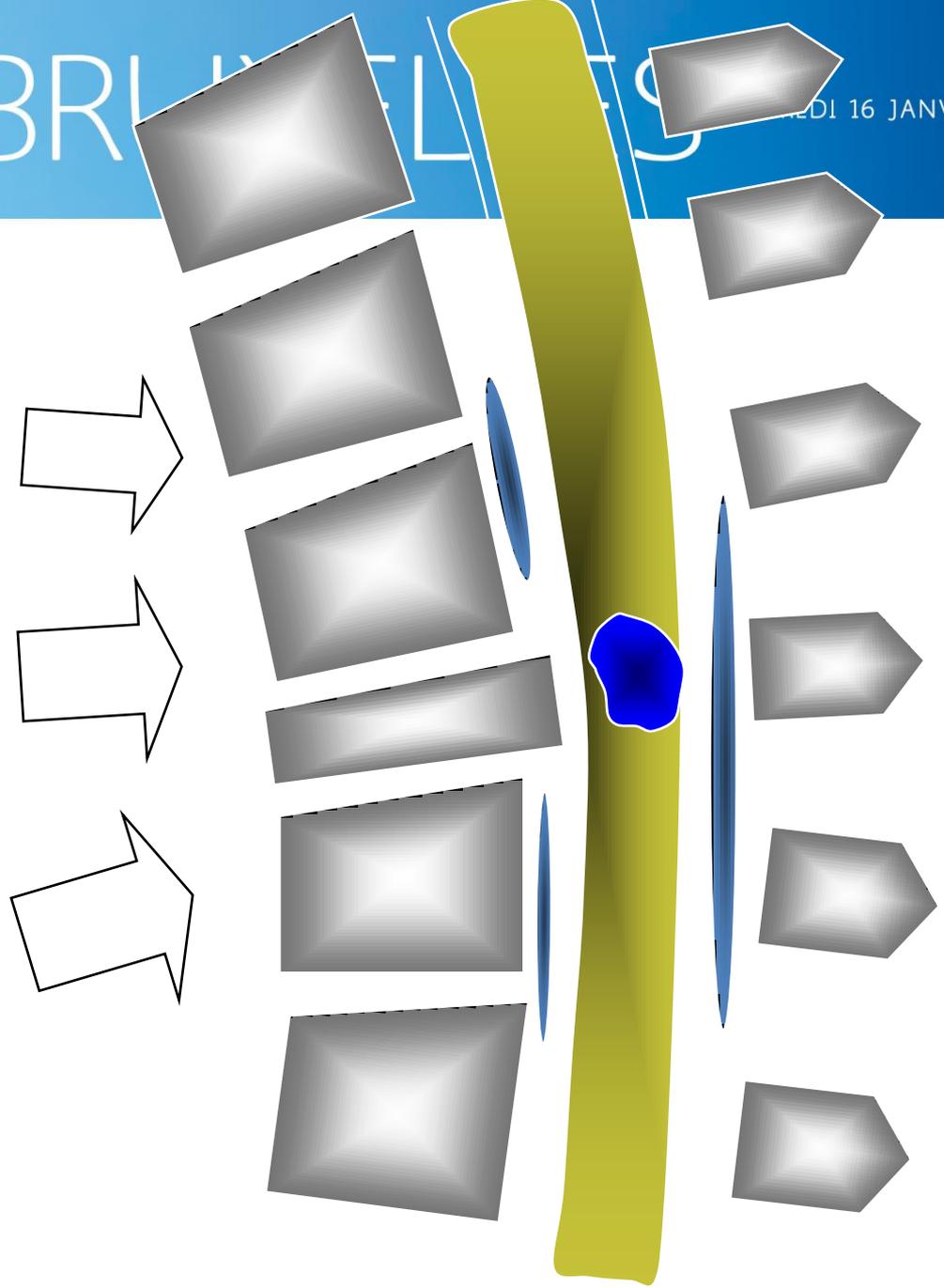
DISCUSSION

- **Un risque méconnu : la syringomyélie secondaire**





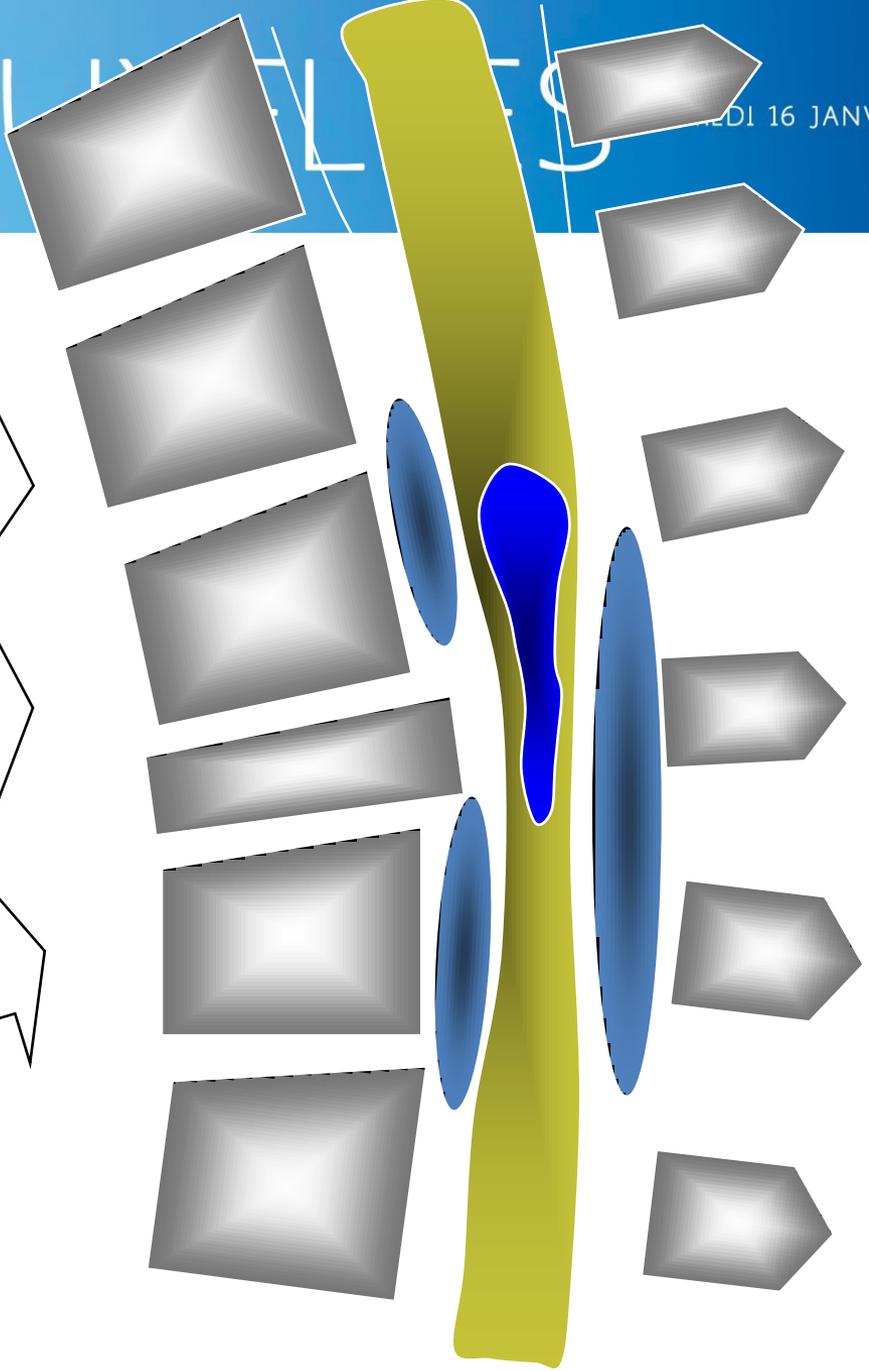
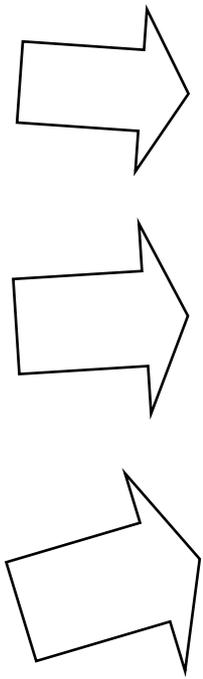
VALSALVA



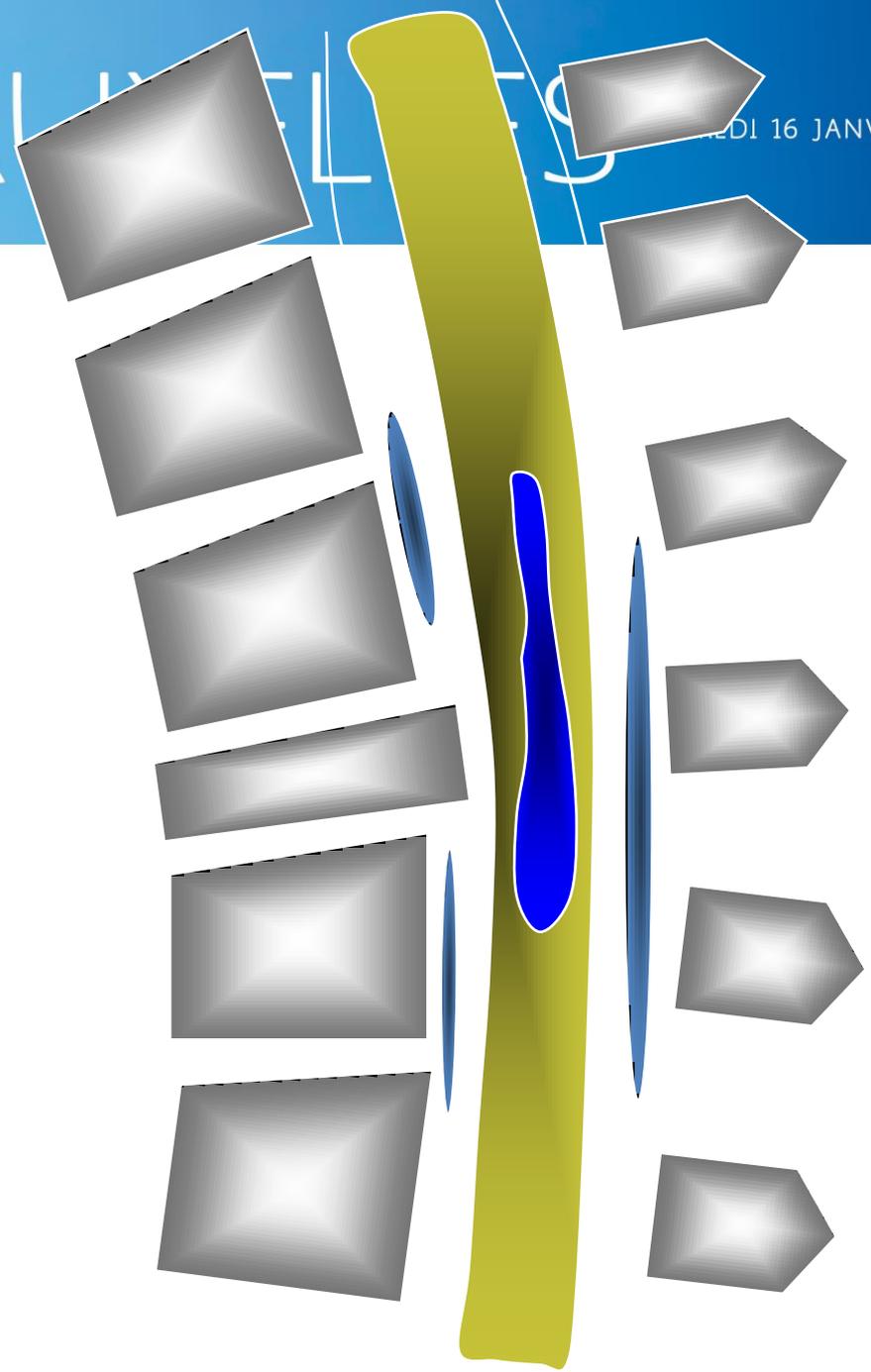
« SLOSH »



VALSALVA



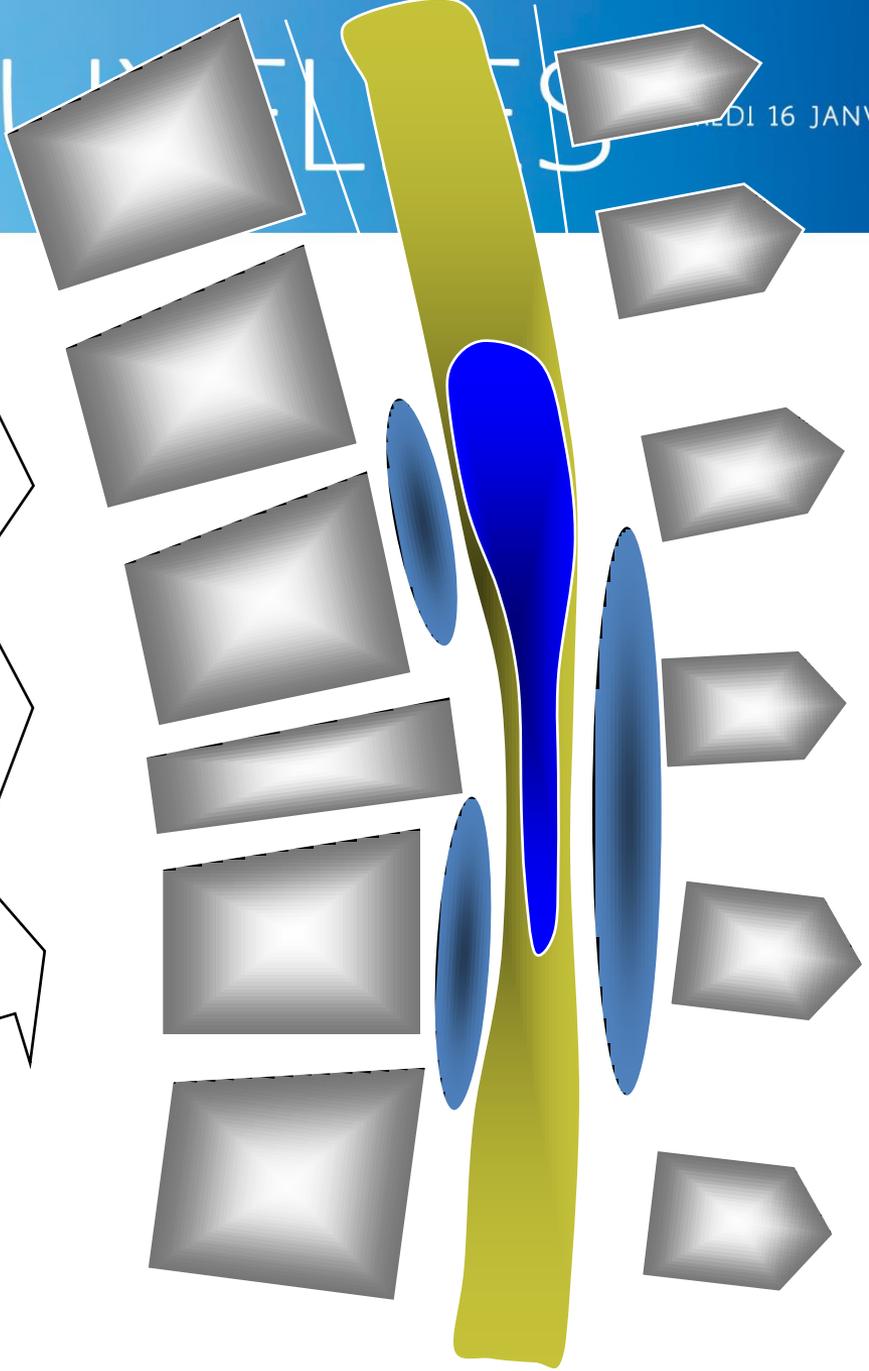
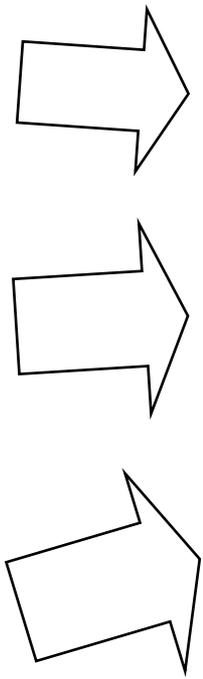
« SLOSH »



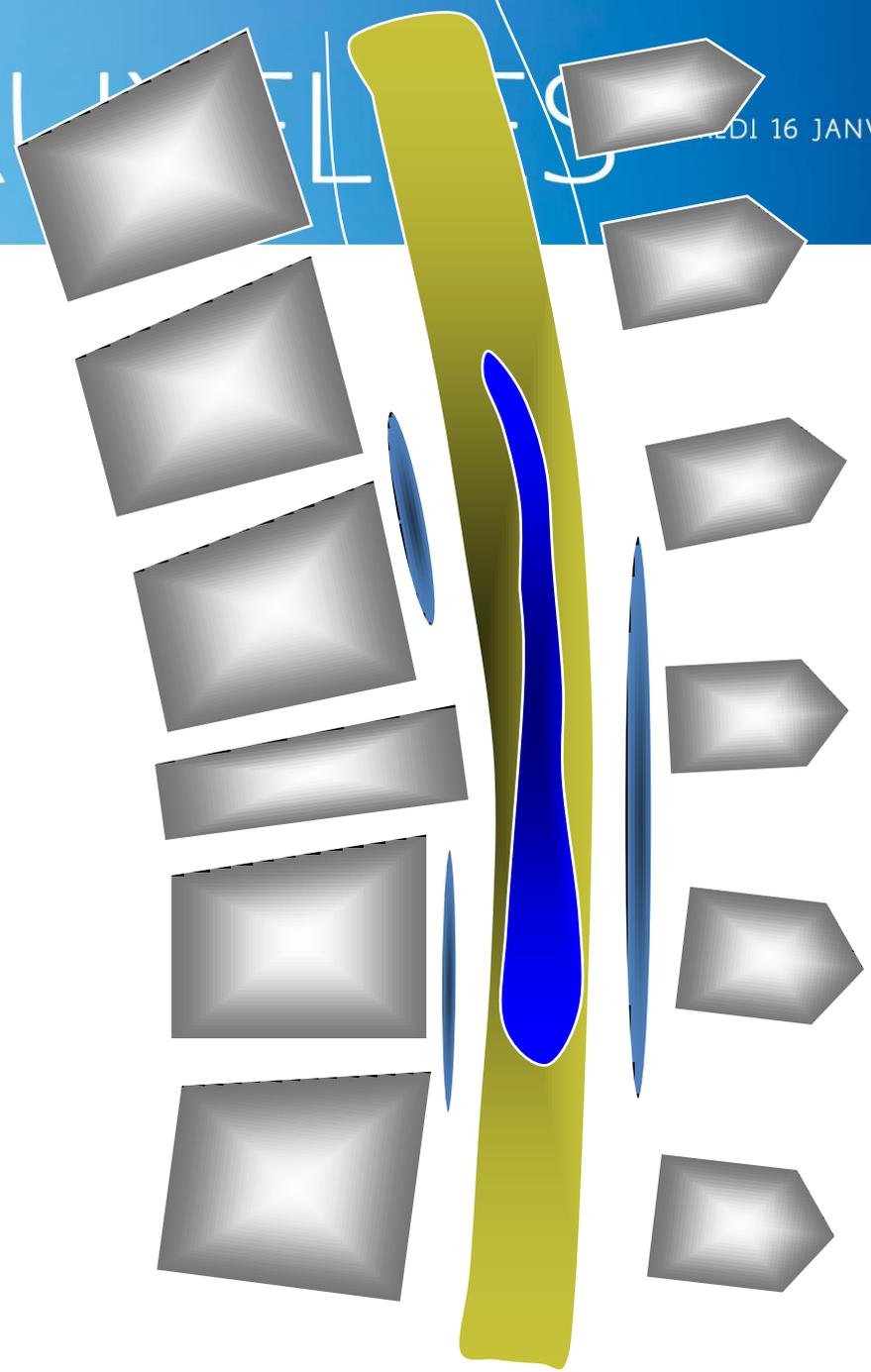
« SUCK »



VALSALVA



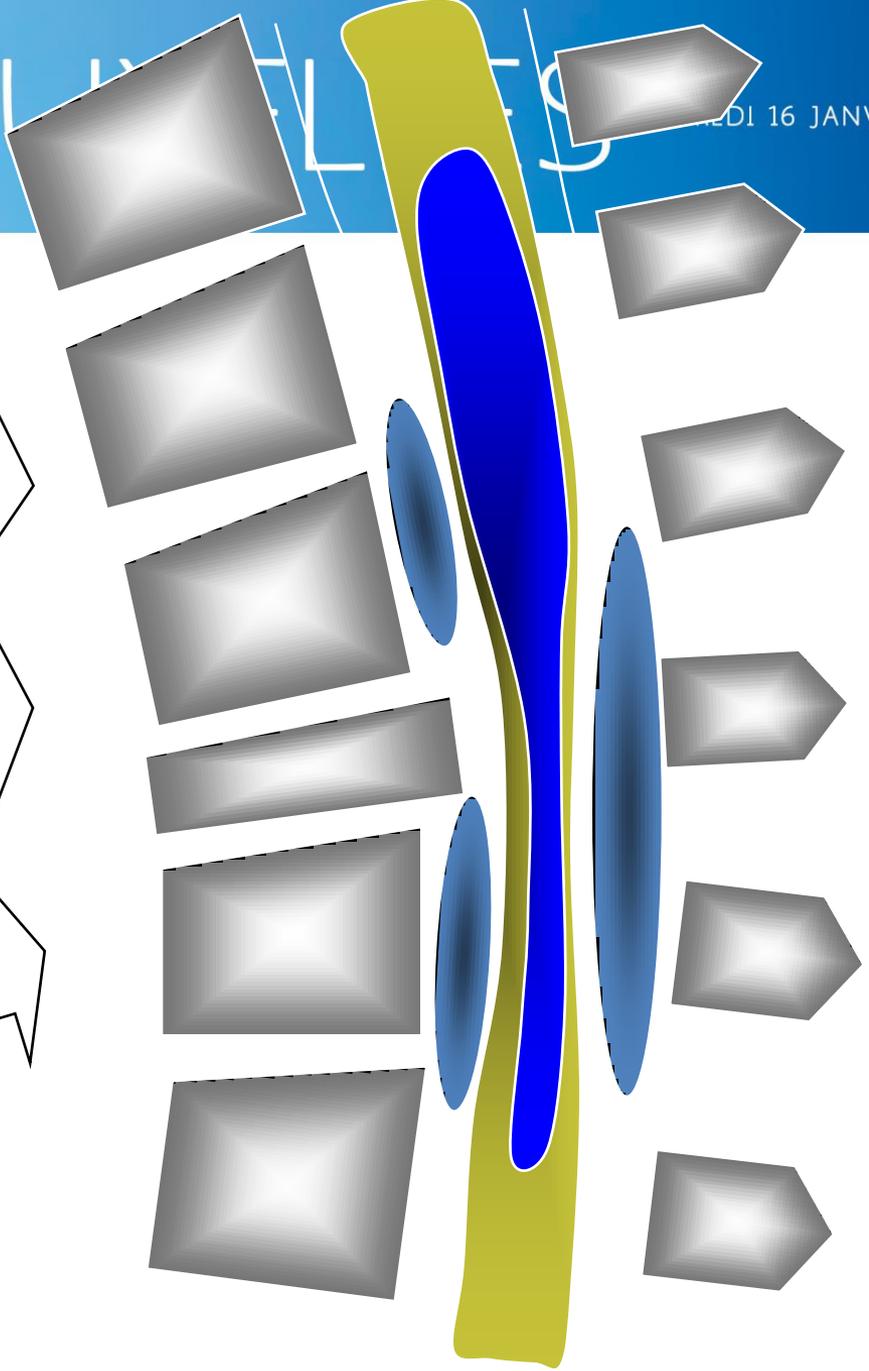
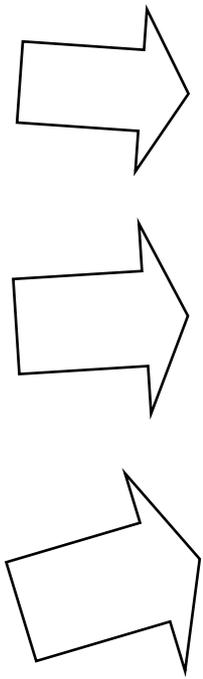
« SLOSH »



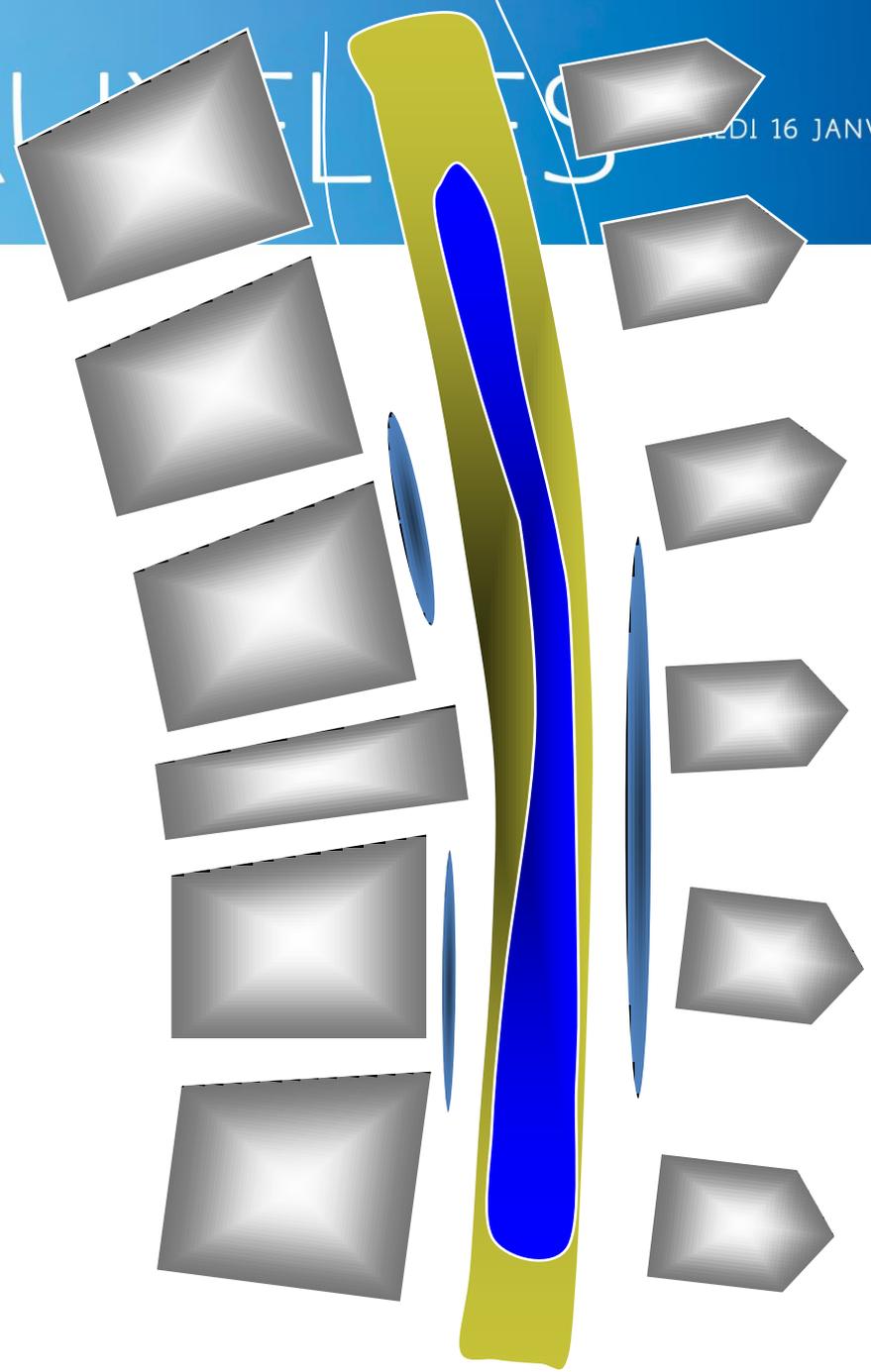
« SUCK »



VALSALVA



« SLOSH »



« SUCK »



DISCUSSION

- **Interférences :**

- risques liés aux poussées abdominales : dysurie, dyschésie...
 - aggravation du prolapsus
 - apparition d'une pathologie surajoutée : hémorroïdes, ulcérations...
 - aggravation neurologique : syringomyélie II°
- choix thérapeutiques :
 - effet « pelote », incontinence urinaire et son TTT
 - hyperactivité vésicale e/o détrusor et soutènement sous-urétral





DISCUSSION

- **Eléments complémentaires :**
 - antécédents antérieurs à l'atteinte neurologique :
 - prolapsus déjà connu
 - symptomatologie urinaire comme une énurésie
 - situations particulières :
 - accouchement :
 - syrinx aigu sur un syndrome du cône médullaire
 - queue de cheval et risque de prolapsus génital e/o rectal
 - contexte médico-légal : prolapsus imputable ?





CONCLUSION

- facilité relative du diagnostic vs lien / gêne fonctionnelle
- intégration d'une perception « normative » des patients
- difficulté des choix thérapeutiques : multidisciplinarité

