SIFUDPP
Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi-Périnéologie
SOUS LA PRÉSIDENCE DU DR LOÏC LE NORMAND
LA BAULE
PALAIS DES CONGRÈS
DU 16 AU 18 SEPTEMBRE 2015

En quoi les stratégies diagnostiques, diffèrent elles suivant l'étiologie d'une neurovessie ?

J.J. Labat (Nantes),

Conflit d'intérêt

- Aucun conflit d'intérêt en rapport avec le sujet

Qu'est ce qu'une stratégie diagnostique d'une neurovessie?

- 1. Le patente présente un trouble VS: est – il d'origine neurologique?

- 2. Le patient présente une maladie neuro connue, explique-t-elle ses troubles VS?

- 3. Le patient présente une neurovessie suivie qui se modifie: pourquoi?

1.Le patente présente un trouble VS: est – il d'origine neurologique?

1. Y-a-t-il des troubles VS d'orientation?
2. Y-a-t-il des troubles associés évocateurs?
3. Y-a-t-il des signes urodynamiques évocateurs?
4. Y-a-t-il des signes qui vont contre une étiologie neurologique?
5. Y-a-t-il des arguments orientant vers une pathologie neuro spécifique?

1.1.Y-a-t-il des troubles VS d'orientation?

- Dysurie
- Rétention indolore
- Syndrome d'hyperactivité vésicale
- Association des deux chez la femme
- Des pertes du (des) besoins
- Incontinence urinaire
  - Diurne: HAV , urination
  - Nocturne: énurésie secondaire

1.2.Y-a-t-il des tr. associés évocateurs?

- Signes cliniques
  - Ano rectaux: constipation/ incont fécale (surtout chez l'homme)
  - Sexuels: troubles de l'érection récents et progressifs
  - Neurologiques
    - ✓Périnée: **Sensibilité périnéale, tonus anal,** contraction volontaire périnée, réflectivité?
      - Lignée périphérique :patho radiculaire sacrée?
      - **Périné hypertonique et figé**: central ou extrapyramidal?
    - ✓Extra périnéaux:
      - Syndrome pyramidal? Extrapyramidal?
      - Dysautonomie?

Quels signes associés

- ENMG
  - Lésion périphérique territoire sacré:
    - ✓Pas toujours spécifique
    - ✓Oriente l'imagerie vers la région lombo sacrée
    - ✓Compatible avec MSA / queue de cheval
  - PES/ PEM/PEV
    - ✓Souffrance médullaire, niveau médullaire
    - ✓Diffusion des lésions (SEP)

1.3. Y-a-t-il des signes urodynamiques évocateurs?

- Une vessie acontractile
- Une vessie insensible
- Une hyperactivité du détrusor avec dyssynergie vésico sphinctérienne
- **Des contractions vésicales ondulatoires (sous type de dyssynergie)**
- De très fortes contractions vésicales avec débit normal

1.4.Y-a-t-il des signes qui vont contre une étiologie neurologique?

- Une rétention douloureuse
- Des douleurs au remplissage vésical
- Un aspect obstructif typique avec forte contraction du détrusor et très bas débit

1.5. Y-a-t-il des arguments orientant vers une pathologie neuro spécifique?

- Quelles sont les **maladies neuro** pouvant être révélées par des troubles VS?
  - SEP
  - MSA
  - HPN
  - Dysraphisme spinal
  - Myélopathie cervicarthrosique
  - Syndrome de la queue de cheval : HD / CLE / tumeur

1.5.Y-a-t-il des troubles VS orientant vers une étiologie particulière et un bilan spécifique?

- **SEP:**
- La problématique
  - 2% des cas les troubles urinaires sont révélateurs
  - 10% des cas ils sont inauguraux (lors de la première poussée)
- Syndrome d'hyperactivité vésicale
- Dysurie
  - Par acontractilité vésicale
  - Par dyssynergie vésico sphinctérienne
  - ***L'association d'urgenturie à des blocages mictionnels / retard au déclenchement/ miction polyphasique***

1.5.Y-a-t-il des troubles VS orientant vers une étiologie particulière et un bilan spécifique?

- **MSA:**

- ✓ les troubles urinaires sont présents dès l'apparition du syndrome extrapyramidal/ cérébelleux/ pyramidal
- ✓ souvent précédés de troubles sexuels
- ✓ Dysautonomie: syncopes , hypotension ortgostatique
- ✓ **intérêt diagnostique de l'EMG périnéal**
- ✓ initialement hyperactivité du détrusor mais évolutivité rapide vers l'hypoactivité vésicale
- ✓ tenir compte de l'évolutivité neuro souvent rapide dans les décisions thérapeutiques (AS ne sera pas toujours possible, la sphinctérotomie moins utile quand le détrusor deviendra inactif….)

1.5.Y-a-t-il des troubles VS orientant vers une étiologie particulière et un bilan spécifique?

- **Hydrocéphalie à pression normale:**
- Syndrome d'hyperactivité vésicale
- Urination, énurésie secondaire
- Troubles de l'équilibre avec rétropulsion
- Troubles cognitifs récents
- Contexte post trauma cranio-encéphalique, méningite, chirurgie…

- **Diagnostic : TDM encéphalique**
- **Efficacité de la dérivation sur les troubles urinaires discutée**

1.5.Y-a-t-il des troubles VS orientant vers une étiologie particulière et un bilan spécifique?

- **Dysraphisme spinal:**
- **Dysurie, incontinence urinaire ancienne**
- **Importance de l'examen clinique:**
  - ✓ Présence d'une malformation cutanée de la région sacrée
  - ✓ Pieds creux (souvent déjà opéré)
  - ✓ Abolition d'un ROT achilléen
  - ✓ Troubles sensitifs du périnée
  - ✓ Hypotonie anale

  - ✓ **IRM lombo sacrée**

1.5.Y-a-t-il des troubles VS orientant vers une étiologie particulière et un bilan spécifique?

- **Myélopathie cervicarthrosique:**

- Syndrome d'hyperactivité vésicale, dyssynergie
- Syndrome cordonal postérieur (troubles de l'équilibre , de la marche)

Contexte, radio, **IRM médulaire, PES, PEM**

1.5.Y-a-t-il des troubles VS orientant vers une étiologie particulière et un bilan spécifique?

- **Canal lombaire étroit/ hernie discale/ tumeur sacrée:**
- Dysurie avec des mictions par poussée abdo souvent inconscientes dans les formes chroniques
- Acontractilité vésicale
- Douleurs associées :
  - ✓ Radiculaires
  - ✓ Sacrées
  - ✓ Se méfier des douleurs nocturnes, des douleurs paroxystiques , des hypoesthésie périnéales
  - ✓ **TDM et IRM sacrée**

2. Le patient présente une maladie neuro connue, explique-t-elle ses troubles VS?

- **Infection urinaire, lithiases !!!**
- **Maladie de Parkinson et dysurie** avec HAV. Syndrome obstructif UD: obstacle anatomique ou obstruction fonctionnelle?
  - Intérêt des **tests prothètiques**: amélioration du débit? Du syndrome d'HAV?
- Id prolapsus, HAV, Parkinson
  - **Test au pessaire**

3. Le patient présente une neurovessie suivie qui se modifie: pourquoi?

- Exemple **blessé médullaire**: de l'hyperactivité du détrusor à l'hypoactivité:
  - Modif neuro? Rechercher un **syrinx secondaire** (IRM médullaire)
  - Possibilité d'un phénomène de **vieillissement** de la vessie neuro
- Exemple **SEP**: de l'hypoactivité à l'hyperactivité
  - Nouvelle plaque , **évolutivité neuro** : Charge lésionnelle IRM encéphalique
  - Développement d'un **obstacle prostatique**

Conclusions: en quoi les stratégies diagnostiques, diffèrent elles suivant l'étiologie d'une neurovessie ?

On ne trouve que ce que l'on cherche

- Importance du contexte clinique, uro et neuro pour orienter les examens à visée diagnostique
- L'étiquette neuro n'explique pas toujours tout
- Certaines complications sont plus spécifiques de certaines étiologies