



Société Interdisciplinaire Francophone
d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie

SOUS LA PRÉSIDENTE DU DR LOÏC LE NORMAND

LA BAULE

PALAIS DES CONGRÈS

DU 16 AU 18 SEPTEMBRE 2015



EN QUOI LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES DIFFÈRENT ELLES SUIVANT L'ÉTIOLOGIE D'UNE NEUROVESSIE ?

L. Le Normand (Nantes)

1

Mêmes Objectifs thérapeutiques

- **Assurer la sécurité pour la haut appareil**
 - Par le maintien de pressions vésicales basses : hyperactivité detrusorienne / Défaut de compliance vésicale
 - Par une vidange régulière et complète de la vessie
 - En évitant les drainages continus vésicaux (infections , lithiasse vésicale et rénale)
- **Assurer le confort du patient**
 - Autonomie
 - Continence
 - Miction
 - Autres aspects que vésico-sphinctériens : anorectal, sexuel, douleurs, locomoteur, neuro,...

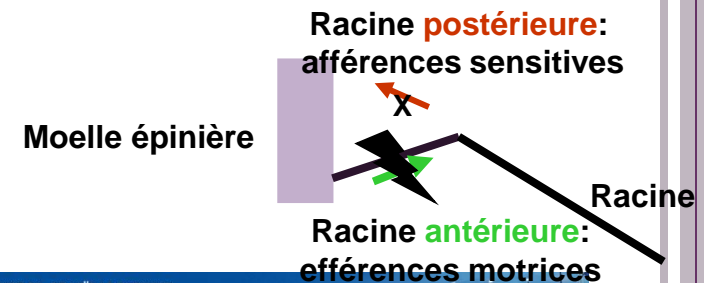
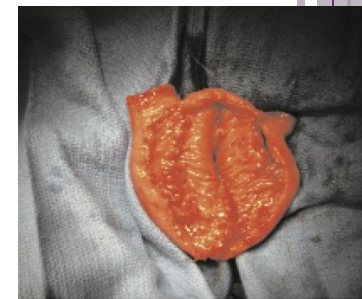
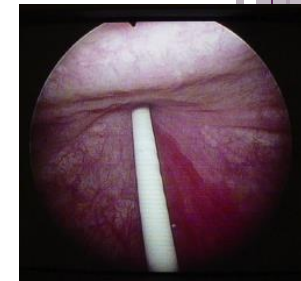


SOUS LA PRÉSIDENTIE DU DR LOÏC LE NORMAND
LA BAULE
PALAIS DES CONGRÈS
DU 16 AU 18 SEPTEMBRE 2015



LES MOYENS : POUR LE MAINTIEN DE PRESSIONS VÉSICALES BASSES

- Anticholinergiques
 - Toxine botulique
 - Enterocystoplastie
 - Brindley (déafférentation chirurgicale)
- Dépend du mode mictionnel, du caractère complet ou non de la lésion
 - Si mictions préservées : la résistance urétrale lors de la miction doit être faible et la miction la plus complète possible



LES MOYENS : ASSURER UNE VIDANGE RÉGULIÈRE ET COMPLÈTE DE LA VESSIE

- Mictions volontaires
- Mictions réflexes
- Miction électro-stimulées
- Auto-sondages intermittents
 - Par l'urètre
 - Par une cystostomie continente
- Hétéro-sondages intermittents
- Drainage vésical permanent
- Dérivation urinaire externe



LES MOYENS : LA CONTINENCE

- Pressions vésicales basses (cf)
- Vidange vésicale régulière et complète
- Traitement de l'incontinence d'effort
 - Bandelette sous urétrale chez la femme
 - Fronde aponévrotique
 - Ballons ACT®
 - Sphincter artificiel
- Étui pénien
- Stomie
- Drainage vésical continu



L'AUTONAUTUMIE

- Dépend :
 - du type de lésions
 - Du niveau neurologique
 - Des possibilités de transfert
 - De troubles cognitifs
 - De la compliance du patient aux traitements
 - Du sexe
 - Des handicaps associés (achondroplasie, obésité ...)
 - De l'âge



EVOLUTIVITÉ DE L'ATTEINTE NEUROLOGIQUE

- À fort potentiel évolutif :
 - SEP, MSA, parkinson...
- A faible potentiel évolutif
 - Trauma médullaire
 - Hernies discales
 - Neuro-vessie congénitale
- Une évolutivité importante de la maladie doit faire réfléchir à faire des traitements lourds dont l'efficacité ne serait pas pérenne (exemple cystostomie continente et SEP)



A QUI PRÉSERVER LES MICTIONS VOLONTAIRES?

- Sensibilité vésicale préservée
- Contraction vésicale efficace
- Absence ou peu de dyssynergie
 - SEP , traumatisme médullaire incomplet (AISD)
- Poussée abdominale efficace sur vessie flasque et résistance urétrale basse (paraplégique basse, queue de cheval, SEP, neuro-vessie congénitale...)
 - **Attention aux décompensations de la statique périnéale!**



A QUI PROPOSER UN NEUROSTIMULATEUR DE BRINDLEY

- Lésion neurologique stable
- Complète (AIS A)
 - Pas de sensibilité sacrée,
 - Pas d'érection réflexe efficace
- Qui va pouvoir être appareillable ou peut être transféré sur des toilettes
- Sans risque d'incontinence d'effort suite à la déafférentation
 - Tétra ou para complet



A QUI PROPOSER DES MICTIONS RÉFLEXES

- Aux hommes pouvant être efficacement appareillable par un étui pénien.
- Si contraction vésicale efficace, résidus post-mictionnels faibles et bien tolérés
- Vessie à basse pression au cours du remplissage
- Si les auto-sondages ne sont pas réalisables
- Dyssynergie peu marquée ou traitée par sphinctérotomie
 - L'équilibre peut se modifier dans le temps+++ (évolution de la contractilité, obstacle prostatique, sphinctérien, urétral...)

SEP, tétraplégiques, paraplégiques



A QUI PROPOSER LES AUTO-SONDAGES

- Ceux qui en sont capables sur le plan physique et cognitif
- Y compris par voie abdominale par cystostomie continente si nécessaire
 - Après réanimation du MS (Tétraplégique traumatique)
 - Mais en prenant compte de l'évolutivité de la maladie neurologique (SEP)
- Si les pressions vésicales restent basses
- Si le patient est continent entre les sondages : sinon traiter l'incontinence
 - SEP, Para et tétraplégiques bas, vessies flasques, neurovessies congénitales
- Les Hétéro-sondages répondent mal à l'objectif d'autonomie



A QUI PROPOSER UNE DÉRIVATION URINAIRE EXTERNE?

- Pas d'autre mode mictionnel possible
 - Troubles cognitifs
 - Ou auto-sondages impossibles à réaliser
 - Appareillage impossible (femme, rétraction de verge)
 - Défaut de contraction vésicale (lésion neurologique, épuisement du detrusor)
- Qui peuvent supporter l'intervention
 - Ne pas trop attendre
 - SEP, Tétraplégie, paraplégie, MSA, neuro-vessie congénitale...



A QUI PROPOSER UN DRAINAGE VÉSICAL AU LONG COURS

- Si aucune autre solution n'est possible
- Patient trop fragile pour subir une intervention lourde
 - Anticiper l'évolution du handicap (SEP, MSA)
- Espérance de vie courte
 - Patients âgés
- C'est le mode de drainage qui est grevée du taux de complication le plus élevé à long terme



CONCLUSION

- Ce n'est pas que l'étiologie de la neuro-vessie qui guide le traitement
- Le raisonnement est le même quelle que soit l'étiologie
 - Assurer la protection du haut appareil urinaire
 - Assurer le confort et l'autonomie du patient
- En prenant en compte
 - Du degré de son handicap
 - De l'évolutivité de sa maladie neurologique
 - Qui dépendent en grande partie de l'étiologie de la neurovessie

