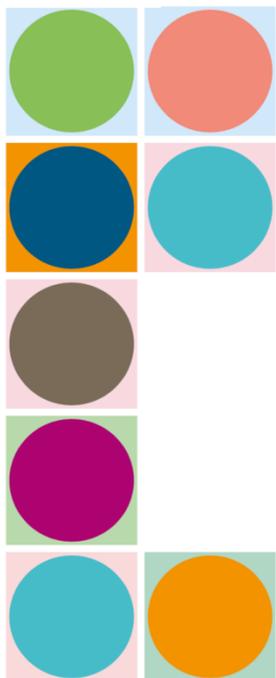


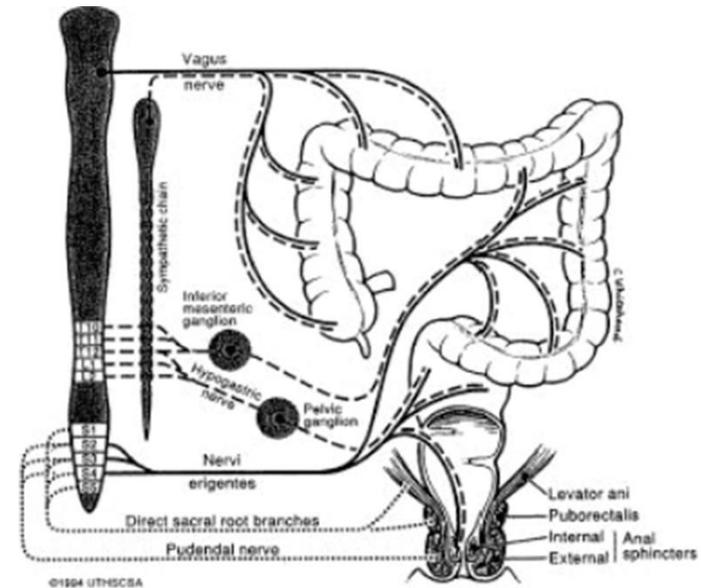
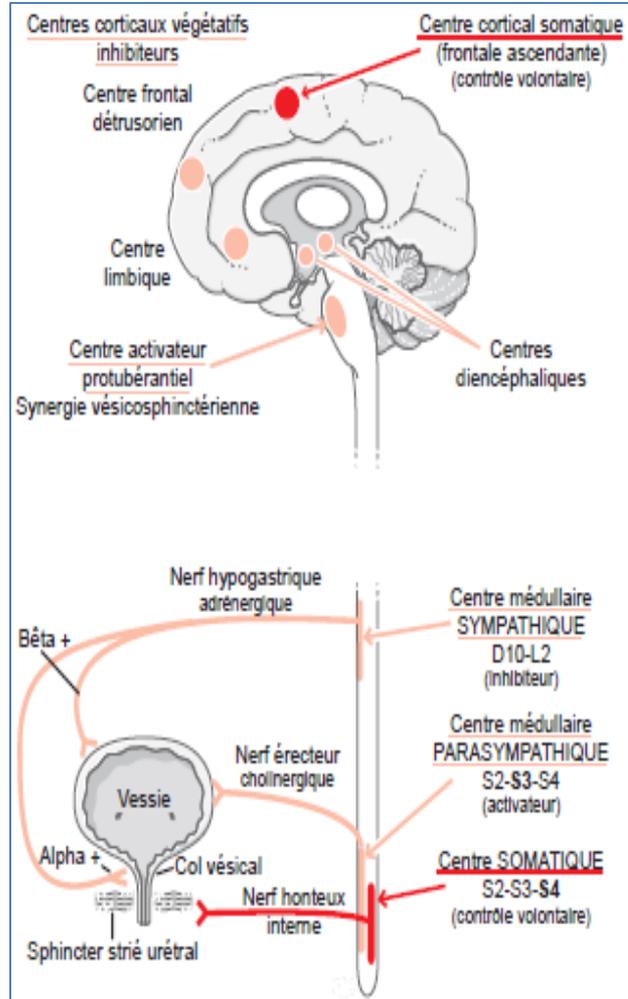
# Troubles vésico- sphinctériens et ano- rectaux dans la SEP

**C DELLECI**

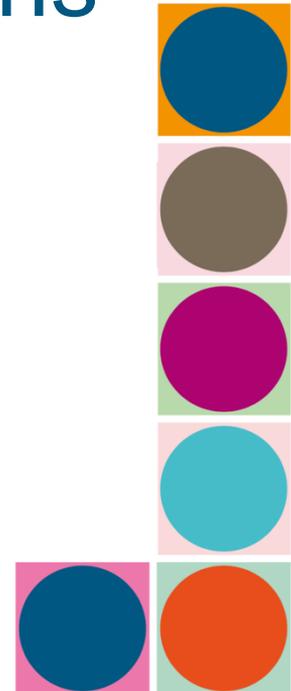
**Service de Médecine Physique et de  
Réadaptation**



# Pourquoi?



# Troubles vésico-sphinctériens



# INTRODUCTION



- Troubles vésico-sphinctériens
  - ↳ **Quasi systématiques** au cours de l'évolution de la SEP
    - En moyenne 80% (32 à 97%)
  - ↳ Polymorphes, variables au fil du temps
  
- **3 préoccupations:**
  - Symptômes ➔ Qualité de Vie du patient
  - Risque de complications
  - Autonomie : majore le handicap

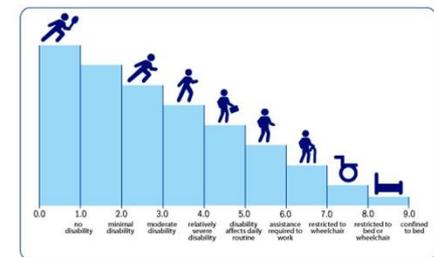
de Seze, Multiple Sclerosis 2007; 13: 915-928

Castel-Lacanal, Neurourology and Urodynamics 2015; 34:32–36

# Quand?



- TVS inauguraux dans 10% cas
- Délai d'apparition : 6 ans (5 à 9,5 ans)
- Corrélation entre la durée d'évolution de la SEP et la présence et la gravité des TVS
- Pas de symptomatologie spécifique selon âge, durée et forme évolutive
- Prévalence des symptômes corrélée à l'EDSS



de Seze, Multiple Sclerosis 2007; 13: 915-928

Giannantoni, Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 437- 41

Castel-Lacanal, Neurourology and Urodynamics 2015; 34:32–36

# Quoi?

- **Incontinence 50,9% (7 à 95%)**
- **Symptômes irritatifs dominants (37 à 99%) / Hyperactivité vésicale**
  - Urgenturie
  - Fuites sur urgenturie (19 à 80% cas)
  - Pollakiurie diurne, nycturie (37 à 99%)
  - Impériosités circonstancielles (eau, froid, émotion)
- **Symptômes 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)
- **Les deux?**
  - 59% hommes
  - 51% femmes



Ruffion, Neuroepidemiology 2013; 41:3-4  
de Seze, Multiple Sclerosis 2007; 13: 915-928  
Giannantoni, Neurourol Urodyn 1998; 17: 89-98

# Attention!



- **Symptomatologie clinique mal corrélée à la sévérité de l'atteinte vésico-sphinctérienne**
  - RPM non perçu par la moitié des patients rétentionnistes
  - Faible corrélation clinique et urodynamique
  - Pas de lien entre symptômes et pronostic uro-néphrologique
- **Importance du respect des recommandations de suivi**



Amarenco, Rev Neurol 1995; 151:722-30  
de Seze, Multiple Sclerosis 2007; 13: 915-928

# Complications Uro-néphrologiques

- Infection urinaires basses : 30%
- Altérations morphologiques du bas appareil : 30%
- Cancer de vessie : 0,3%
  - $\propto$  HR 1,71 (IC à 95 % 1,54-1,89)
- Infections urinaires hautes : 8% (18%\*)
- Dilatation du haut appareil : 8%
- Reflux vésico-urétéral : 5%
- Lithiase urinaire : 2 à 11%
- Insuffisance rénale : 0 à 10%



- 0 à 40% des patients dans la littérature
- Chez les patients symptomatiques: 54 % \*



de Seze, Multiple Sclerosis 2007; 13: 915-928

\*Castel-Lacanal, Neurourology and Urodynamics 2015; 34:32–36

$\propto$  Pierret, Neurology 2024; 103:e209885

# Infections urinaires et SEP



- 30-50 % des hospitalisations
- Facteurs de risque
  - Durée évolution et EDSS
  - HAD /DVS
  - Résidu post-mictionnel
  - Sexe féminin
  - SAD > Sondage intermittent
  - Influence évolution SEP, immunosuppresseurs / cystotoxicité
- Colonisation urinaire
  - Pas d'antibiothérapie sans argument clinique.

Phé , Multiple Sclerosis Journal 2016; 22(7):855-861.



# Echelles/Scores

## Echelle MHU

Mesure du Handicap Urinaire

Gérard Amarengo & all. (1)

IMPERIOSITE MICTIONNELLE	absente	délat de sécurité entre 10 et 15 mn. ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	délat de sécurité entre 5 et 10 mn	délat de sécurité entre 2 et 5 mn	délat de sécurité < 2mn
FUITE URINAIRE PAR IMPERIOSITE	absente	moins d'une fois par mois	plusieurs fois/mois	plusieurs fois/semaine	plusieurs fois/jour
FREQUENCE MICTIONNELLE DIURNE	intervalle mictionnel > 2 h.	intervalle mictionnel de 1h30 à 2h	intervalle mictionnel de 1 h.	intervalle mictionnel de 1/2 heure	intervalle mictionnel < 1/2 heure
FREQUENCE MICTIONNELLE NOCTURNE	0 ou 1 miction par nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-8 mictions/nuit	plus de 8 mictions/nuit
INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT	absente	lors des efforts violents (sport, course)	lors des efforts moyens (quinte de toux, étournement, 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/semaine)	- énurésie (plusieurs /semaine)	- fuites permanentes gttes à gttes - énurésie (=1/jour)
DYSURIE RETENTION	0	dys attente, terminale	- poussées abdominales - jet haché	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation résidu	- cathétérisme
SCORE	0	1	2	3	4

## Questionnaire QUALIVEEN (version courte)

N° de centre \_\_\_\_\_

Visite N° \_\_\_\_\_

N° du patient \_\_\_\_\_

Initiales du patient \_\_\_\_\_

## Questionnaire QUALIVEEN

### Comment répondre au questionnaire :

Les questions suivantes concernent les problèmes urinaires que vous pouvez avoir, la façon dont vous vous en occupez et dont vous les vivez.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seul(e). Prenez tout le temps qu'il vous sera nécessaire. Il n'y a pas de réponse juste ou fautive. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation. Nous vous rappelons que vos réponses resteront strictement anonymes et confidentielles.

Répondez aux questions en pensant à la façon dont vous urinez en ce moment.

Nous vous remercions de votre participation.

> Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

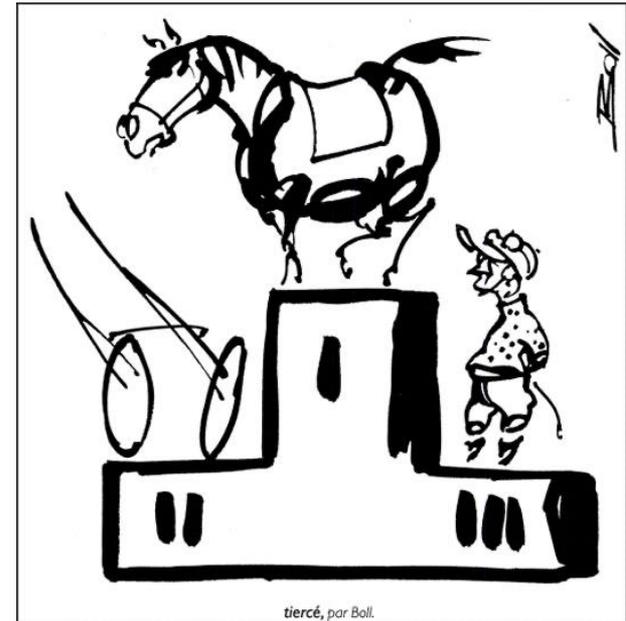
### LES INFORMATIONS CONTENUES DANS CE QUESTIONNAIRE SONT STRICTEMENT ANONYMES ET CONFIDENTIELLES

Toute reproduction partielle de ce questionnaire est interdite. La reproduction intégrale, sans aucune modification ou omission, est soumise à l'accord préalable des Laboratoires Coloplast. La demande d'accord est à adresser au directeur médical des Laboratoires Coloplast, Les Jardins du Golf, 6 rue de Rome, 93561 Rosny sous Bois, Cedex - France, +33.1.56.63.17.10, frsme@coloplast.com. Toute publication se référant à la présente échelle ou à son utilisation devra faire mention du nom de marque QUALIVEEN.

Référence validation de la mise à jour du questionnaire Qualiveen :Bonniaud V, Parratte B, Amarengo G, Jackowski D, Guyatt G, Measuring quality of life in multiple sclerosis patients with urinary disorders using the Qualiveen questionnaire. Arch Phys Med Rehabil. 2004 Aug;85(8):1317-23. QUALIVEEN est une marque déposée par Coloplast AS, 3050 Humlebaek, - DK.

# Les examens essentiels

- BUD
- Echographie Vésico-Rénale
- Biologie: fonction rénale  
(clairance de la créatinine)



# Bilan Uro-Dynamique

## **Objectif:**

Étude du fonctionnement qualitatif et quantitatif de la continence et de la miction

## **Trois composantes:**

Cystomanométrie

Profilométrie urétrale

Débitométrie urinaire

Praticien spécialisé  
médecin, infirmière, 30 à 60  
minutes, urines stériles



# Examens morphologiques

- **Echographie vésico-rénale**
  - Résidu post-mictionnel +++
  - Epaisseur de la vessie, corps étrangers dans la vessie
  - Dilatation des cavités pyélocalicielles
  
- **Cystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM):**
  - Morphologie de la vessie et de l'urètre
  - Caractère complet et harmonieux de la miction
  - Recherche de **reflux vésico-urétéral**



# Facteurs de risque uro-néphrologiques



## ■ Quatre facteurs de risque de niveau de preuve établi (NP1)

- Durée d'évolution de la maladie > 15 ans
- Régime de hautes pressions endo-vésicales en BUD
- Amples contractions non inhibées du détrusor au BUD
- Port d'une sonde à demeure

## ■ Trois facteurs de risque possible (NP2) :

- Age supérieur à 50 ans
- Sexe masculin
- Existence d'une dyssynergie vésico-sphinctérienne

## ■ Pas d'influence démontrée autres facteurs

**Patient à risque :**  
**≥ 1 facteur de niveau 1**  
**et/ou**  
**≥ 2 facteurs de niveau 2**



# RECOMMANDATIONS GENULF /AFU (2016)

pour le suivi des neurovessie dans la SEP



## ■ BILAN INITIAL

- Patient Asymptomatique sur le plan urinaire :
  - Recherche de signes cliniques
  - Mesure de résidu post-mictionnel (échographie)
  
- Patient Symptomatique :
  - Calendrier mictionnel sur 24h à 72h
  - Echographie vésico-rénale
  - BUD
  - Clairance de créatinine (MDRD / urines de 24h)

# RECOMMANDATIONS GENULF /AFU (2016)

pour le suivi des neurovessie dans la SEP

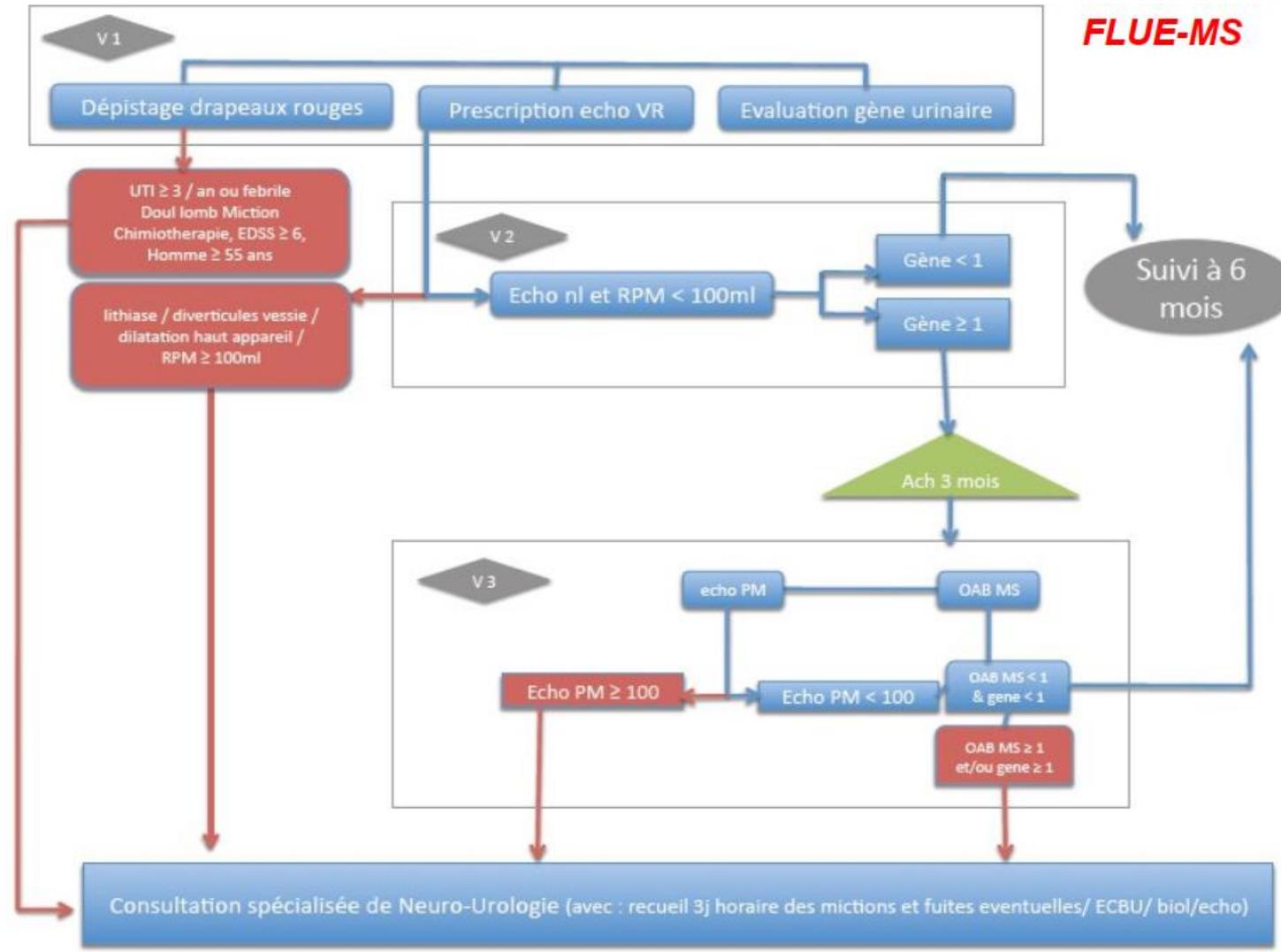


## ■ BILAN de SUIVI

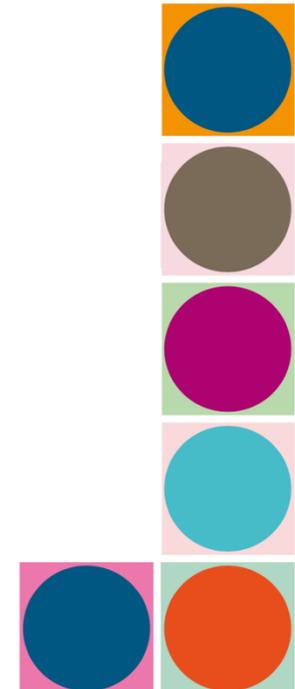
- Patients sans risque (< ou = 1NP2):
    - Bilan annuel : Calendrier mictionnel, débitmétrie, echo VR
    - BUD tous les 3 ans
- SEP > 15 ans  
hautes pressions vésicales,  
HAD  
SAD +/- homme > 50 ans si DVS
- Patients à risque (> Ou = 1NP1 +/- 2NP2)
    - Suivi spécialisé recommandé
    - Bilan annuel : calendrier mictionnel, BUD, Echo VR, Clairance créat, score qualité de vie
    - Bilan morphologique tous les 3 ans : UCRM

# Algorithme et Drapeaux rouges

**FLUE-MS**



# Troubles colo-rectaux



# Fréquence des troubles colorectaux



Chez les patients neurologiques constipation et incontinence anale sont souvent **ASSOCIEES**, et sont très **FREQUENTES** (42 à 75% des blessés médullaires sont concernés, jusqu'à 68% des SEP)

- 30% passent > 1h à la procédure d'exonération<sup>1,2</sup>
- 5% ont au moins 1 fuite fécale mensuelle<sup>1,2</sup>

---

1-Klotz R. Spinal Cord 2002

2-Glickman S, Kamm MA. Lancet 1996

# Définition de la constipation

Critères de Rome III



- Insatisfaction lors de la défécation : selles peu fréquentes et/ou difficultés pour exonérer
  
- Critères diagnostiques:
  - **Moins de trois selles par semaine**
  - Existence de **selles dures**
  - Et/ou des **difficultés d'évacuation**  
(efforts de poussée, gêne au passage des selles, sensation d'évacuation incomplète, temps d'exonération anormalement prolongé, utilisation de manœuvres digitales)
  
- Constipation chronique : si les symptômes évoluent depuis **> 6 mois**

**Attention en cas d'émission de selles liquides, cela n'élimine pas une constipation = fausse diarrhée**

# Un retentissement important

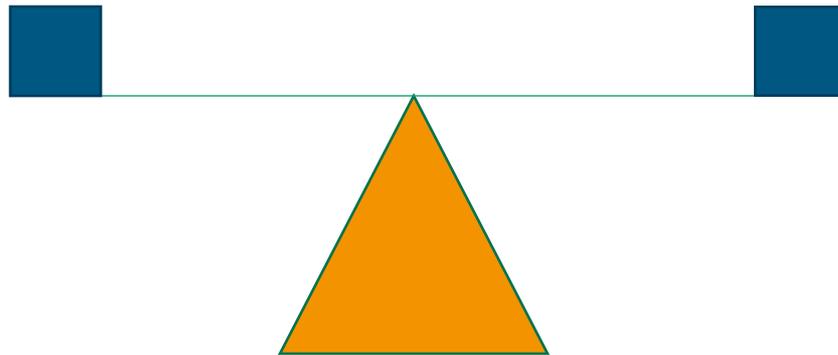


- **Les troubles colo-rectaux = une des principales causes de ré-hospitalisation**
  
  - **A l'origine de multiples complications :**
    - **Douleurs abdominales / ballonnements / inconfort**
    - **Mégacôlon, prolapsus, hémorroïdes, fissures anales**
    - **Fécalomes** Majoration de la **spasticité**
    - **Infections urinaires**
    - Aggravation des **fuites urinaires**
  
  - **Dégradation significative de la qualité de vie**
    - **Source de détresse pour 54 à 62% des patients**
    - **A l'origine de restrictions des activités sociales**
-

# Traitements troubles urinaires

■ De l'incontinence

■ De la rétention



# Traitements troubles urinaires



## ■ De l'incontinence

- Rééducation périnéale
- Stimulation tibiale postérieure
- Médicaments (anticholinergiques/bétastimulants)
- Toxine botulique
- Chirurgie

# Traitements troubles urinaires



## ■ De la rétention

- Médicaments (alphabloquants)
- Sondage
- Chirurgie

# Traitements troubles urinaires



## ■ Des infections

- Prévention

- Vidange
- Boisson
- Compléments alimentaires
- Transit

- Traitement antibiotique

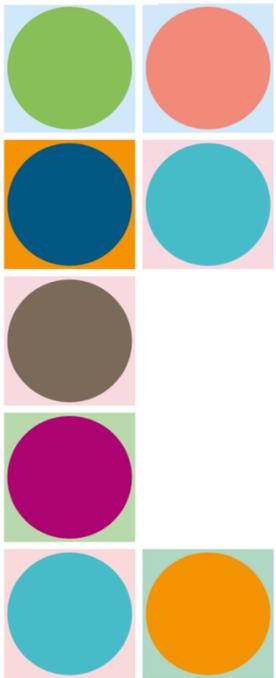
# Traitements troubles intestinaux

- Mesures hygiéno-diététiques
- Régularité
- Activité
  
- Laxatifs
- Suppositoires
- Lavements
- Irrigations

# Message final



- Difficulté d'accepter des examens ou des traitements pour une gêne que l'on ne ressent pas
- Soignant pense au risque de complications, patient souhaite une amélioration des symptômes
- Enjeu de la qualité de vie, anticipation des problèmes +++



**MERCI**

