

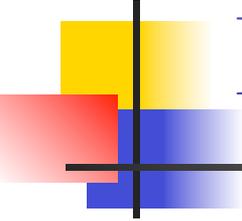
Sclérose en plaques



Nathalie MAGRO
*Infirmière Coordinatrice
du Réseau Rhône Alpes
Sclérose En Plaques*

Avec la participation de Maryse CELLIER

Intervention du samedi 26 juin 2010



Introduction

La sclérose en plaques est une maladie du système nerveux central touchant le cerveau, la moëlle épinière et les nerfs optiques.

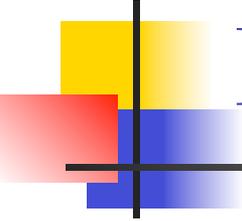
Les symptômes urinaires de la SEP peuvent être isolés mais, le plus souvent, ils accompagnent d'autres manifestations de la maladie telles que :

- les troubles moteurs,**
- sensitifs,**
- oculaires**
- vestibulaires.**

En général, plusieurs symptômes urinaires sont présents en même temps ou peuvent se succéder progressivement.

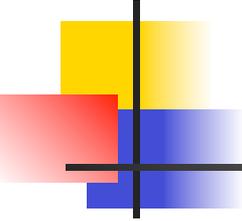
En réalité, les troubles concernant la vessie et le sphincter dépendent de la localisation des plaques de démyélinisation.





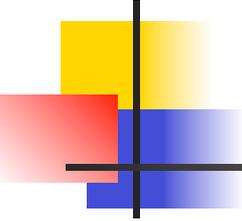
Les troubles urinaires

- ❑ Présents chez plus 80 à 90 % des patients souffrant d'une SEP depuis plus de 10 ans.
- ❑ Ces troubles urinaires sont le plus souvent liés à l'existence de plaques de démyélinisation touchant les voies neurologiques qui contrôlent le fonctionnement de la vessie.
- ❑ Dans 6-14% des cas ils peuvent être le signe révélateur de la maladie
- ❑ Ils sont fréquemment associés aux troubles ano-rectaux et sexuels.



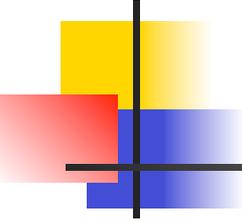
Les symptômes associés

- Spasticité +++
- Troubles sensitifs
- Constipation
- Troubles sexuels
- Symptômes paroxystiques



Les symptômes urinaires

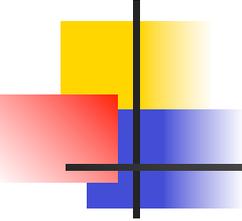
- **L'impériosité mictionnelle**
- **La pollakiurie**
- **La dysurie**
- **La sensation de vidange incomplète**
- **L'incontinence urinaire**
- **Les infections urinaires**



L'impériosité mictionnelle

Elle se caractérise cliniquement par une sensation de besoin urinaire intense qu'on appelle sensation de miction impérieuse, avec un risque imminent de fuite urinaire si elle n'est pas satisfaite.

Cette impériosité mictionnelle peut parfois s'accompagner de pertes d'urines, le plus souvent incontrôlables ; il s'agit d'une incontinence urinaire par impériosité.

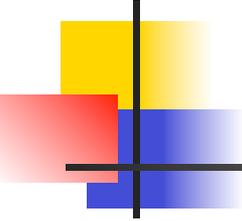


La pollakiurie

C'est l'augmentation de la fréquence des mictions pendant la journée (diurne) ou pendant la nuit (nocturne).

Pour définir une pollakiurie, il faut d'abord se renseigner sur le volume de boisson bu par le patient.



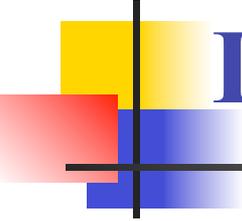


La dysurie

C'est la **difficulté à déclencher la miction**, associé ou non à une difficulté à uriner

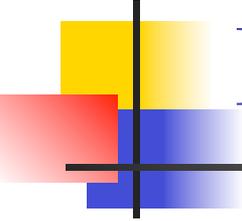
se traduisant par un jet urinaire discontinu et/ou de faible pression.

Souvent elle entraîne le besoin de **contracter les muscles abdominaux** pour assurer une vidange vésical.



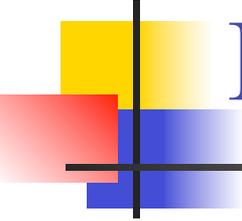
La sensation de vidange incomplète

C'est l'impression de ne pas avoir vidé complètement sa vessie après une miction.



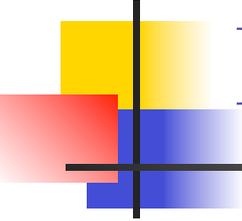
L'incontinence urinaire

Il s'agit de la perte d'urine provoquée par une impériosité déjà décrite ci-dessus ou qui se manifeste par des pertes urinaires insensibles qu'on ne remarque qu'en allant aux toilettes et en retrouvant ses sous-vêtements déjà mouillés.



Les infections urinaires

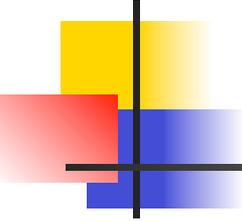
Celles-ci peuvent survenir de façon isolée ou bien se répéter fréquemment, surtout quand il existe un contexte de vidage vésical incomplet.



Les symptômes urinaires

Ces différents symptômes urinaires peuvent être isolés, mais ils sont le plus souvent associés entre eux.

Ils peuvent survenir au cours d'une poussée de la maladie ou s'installer de manière insidieuse et progressive.



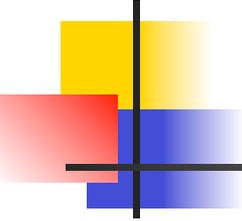
Epine irritative

D'autres problèmes peuvent être une source d'aggravation des troubles urinaires, en particulier de l'incontinence tels que :

- ▶ **Infections urinaires**
- ▶ **Fécalomes**
- ▶ **Escarres**
- ▶ **Hémorroïdes**
- ▶ **Ongles incarné, panaris**

Le Bladder-Scan



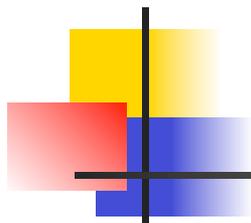


Conclusion

Les troubles urinaires sont responsables d'un retentissement **psychologique majeur** car ils sont une **source de handicap social et professionnel**.

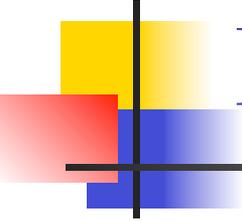
Ils s'accompagnent souvent d'une **anxiété** voire d'une **dépression**, ainsi que d'une **diminution de l'estime de soi**.

Ceux-ci ne doivent donc pas être négligés, que ce soit par le neurologue ou le patient lui-même.



LE BILAN URO-DYNAMIQUE



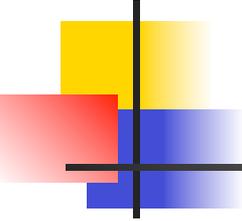


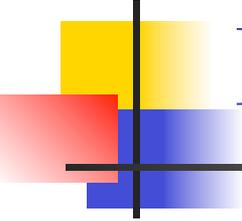
Le bilan uro-dynamique

Définition :

C'est l'étude des pressions de la vessie et de l'urètre et du débit urinaire au cours de la miction.

Le bilan uro-dynamique est essentiel afin de comprendre le fonctionnement vésico-sphinctérien à l'origine de la symptomatologie clinique et de proposer au patient un traitement adapté.

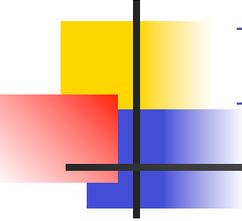
- 
-
- Chez l'enfant (troubles mictionnels, énurésie...)
 - Chez la personne âgée (incontinence)
 - Chez l'homme pour la chirurgie de l'incontinence urinaire
 - Chez la femme pour la chirurgie de l'incontinence et le prolapsus génital
 - Chez le patient neurologique



Le bilan uro-dynamique

Avant l'examen:

- Réaliser ECBU
- Faire pratiquer dans un centre de radiologie une échographie vésicale et rénale
- Remplir les fiches quotidiennes de mictions sur 3 jours
- Evacuation rectale aussi complète que possible (MICROLAX ®) la veille au soir
- Il n'est pas nécessaire d'être à jeun

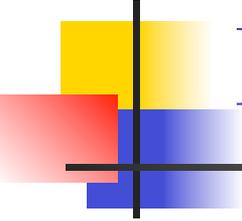


Le rôle de l'IDE avant le BUD

- Vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique de l'examen (résultat ECBU, allergies...)
- Expliquer les différentes étapes de l'examen, ainsi que la durée
- Informer sur le type de matériel utilisé
- Expliquer la position dans laquelle le patient sera installé

Le patient doit être mis en confiance et rassurer pour obtenir une miction le plus naturelle possible.

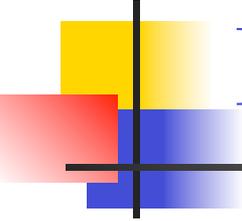
Il faut tout au long de l'examen respecter sa pudeur.



Le bilan uro-dynamique

L'examen comporte trois parties :

1. La débitimétrie
2. La profilométrie
3. La cystomanométrie



La débitimétrie

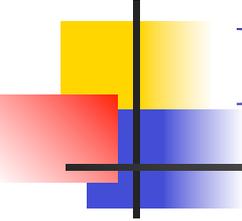
C'est ce qui permet de mesurer la puissance du jet ainsi que la régularité de la miction.

Ce test permet également d'évaluer le volume d'urine restant dans la vessie après une miction.

Il est important d'informer le patient de veiller à uriner normalement sans forcer afin de ne pas fausser les mesures.

Évaluation de la miction :

- en termes quantitatifs (volume, durée, débit maximum et résidu)
- en terme qualitatifs (courbe du débit)



La débitimétrie

Le patient arrive la vessie pleine, et il lui est demandé d'uriner assis sur une chaise percée.

L'urine est recueillie en dessous dans un bocal posé sur un pèse-personne électronique.

Ce système enregistre le débit mictionnel instantané lors d'une miction dans *des conditions normales*.

La débitimétrie : le matériel

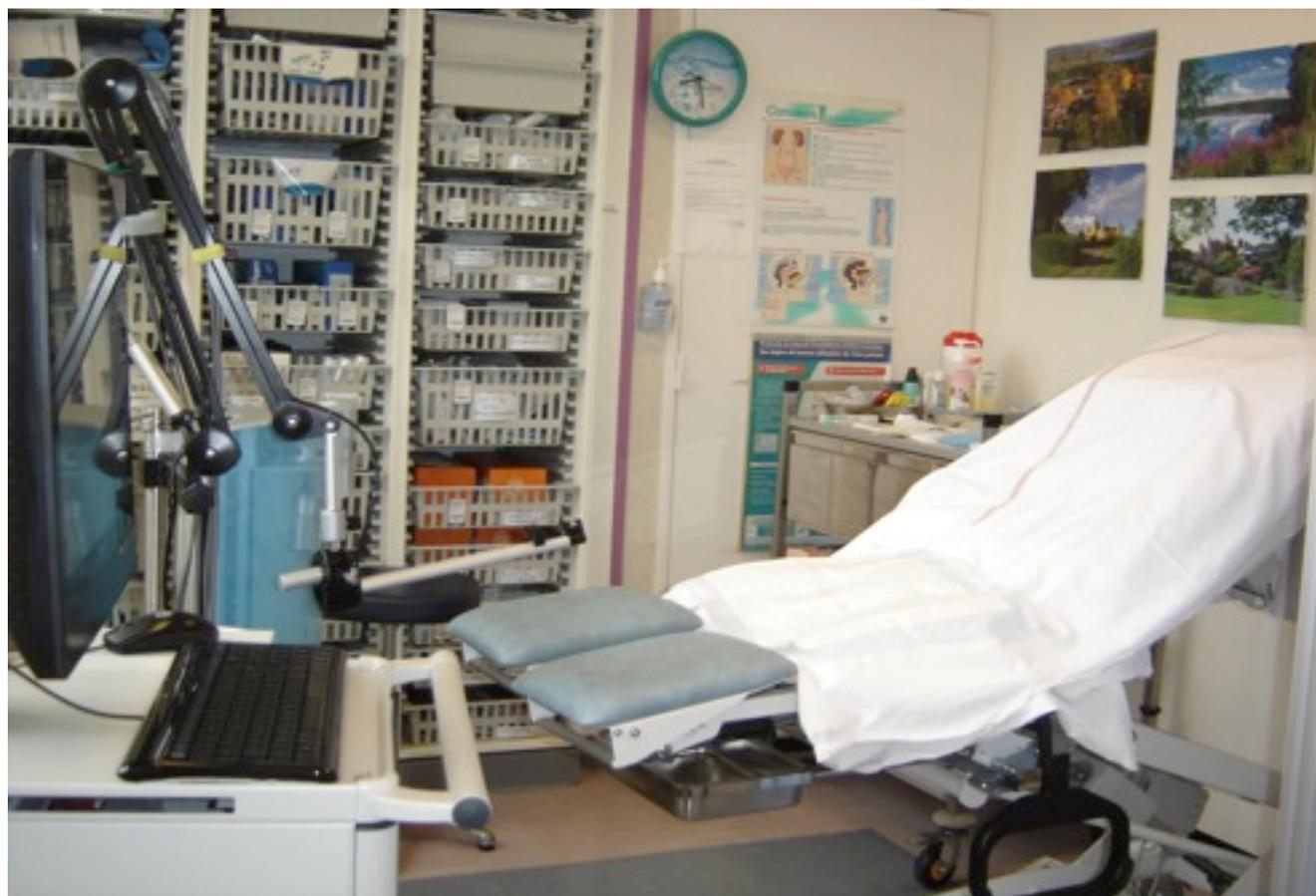
Entonnoir

Recueil des urines

Mesure du débit



La salle d'examen du BUD

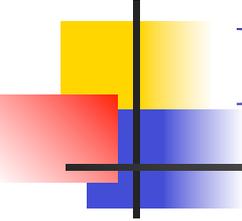


La baie urodynamique



Le chariot de soins





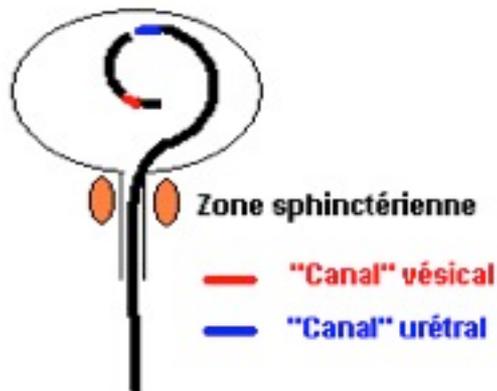
La profilométrie

Elle est réalisée lors du retrait de la sonde précédemment placée dans la vessie, elle mesure les variations de pression tout au long de l'urètre et permet d'évaluer l'activité du sphincter.

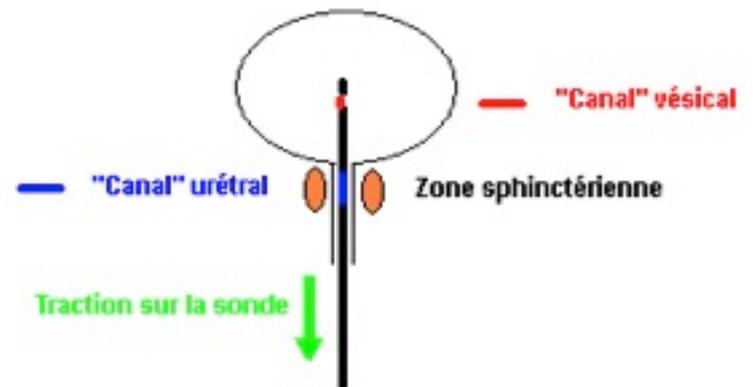
La profilométrie : Sonde sur bras tracteur



La profilométrie sphinctérienne



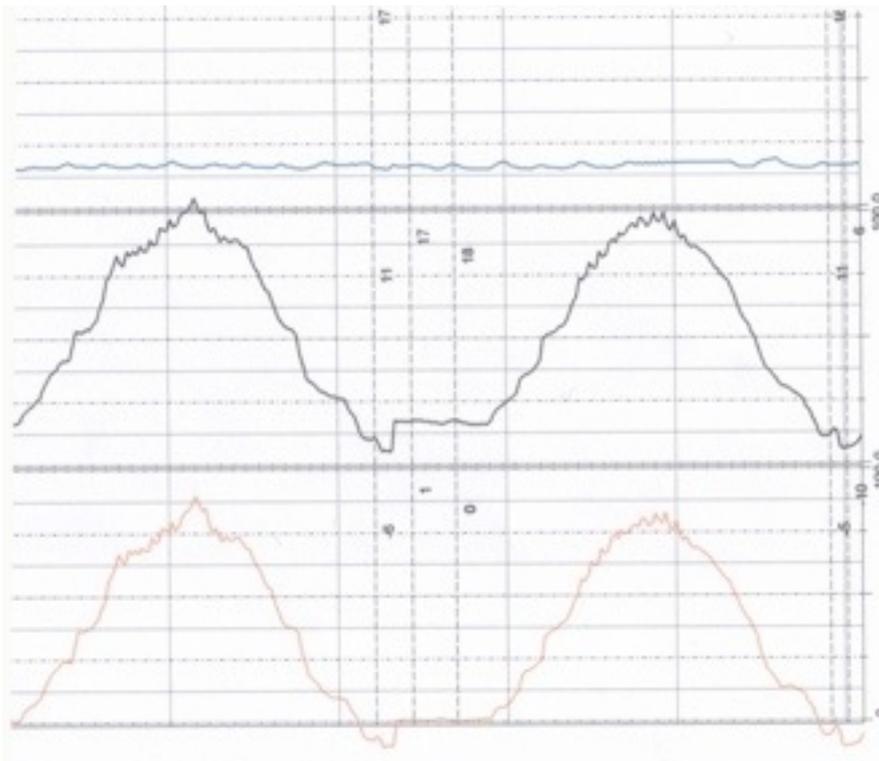
Temps 1 - Les deux canaux sont dans la vessie



Temps 2 - "Canal" urétral sur le sphincter

La profilométrie sphinctérienne

Chez la femme



Pression vésicale

Pression urétrale

PCUM : Pression de clôture
urétrale maximum

La profilométrie sphinctérienne

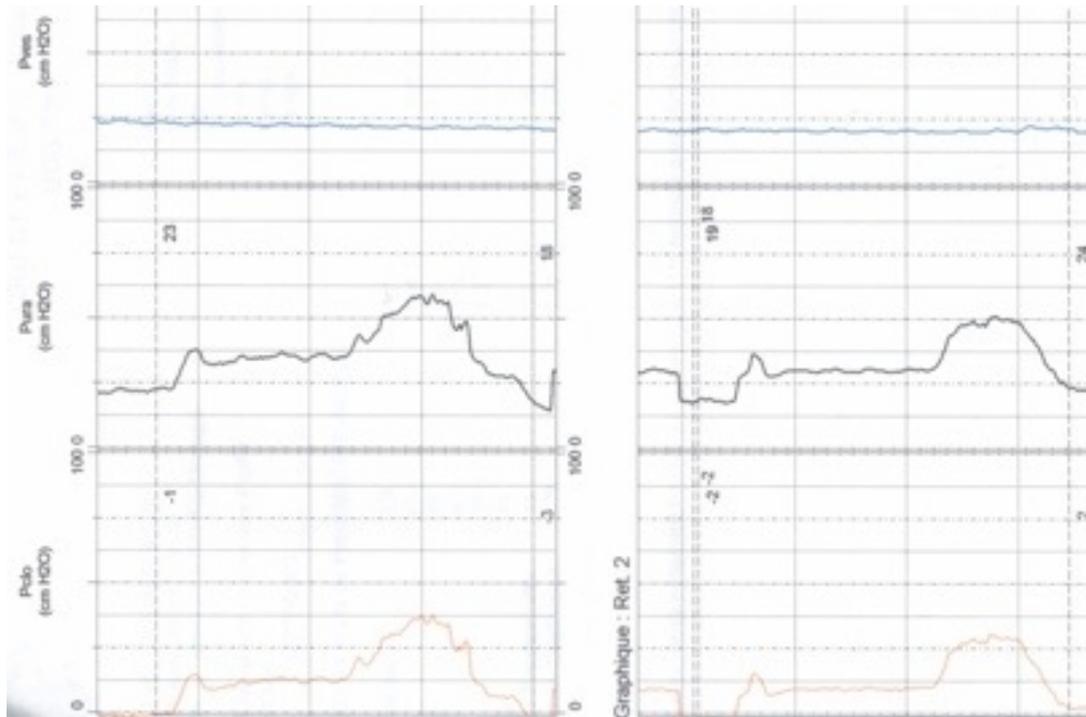
Chez l'homme

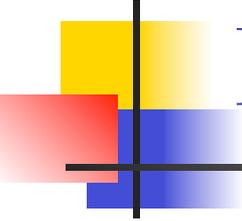
Pression vésicale

Pression urétrale

Plateau prostatique

PCUM: pression de
clôture urétrale
maximum



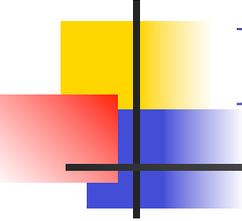


La cystomanométrie

Elle mesure les variations de pression dans la vessie lors de son remplissage et de sa vidange.

Il s'agit d'un acte non douloureux mais pouvant être désagréable pour certains patients.

Le geste nécessite la mise en place d'une sonde urinaire (stérile, à usage unique) afin de remplir la vessie avec un produit radio-opaque et de mesurer les pressions.

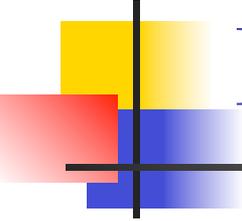


Le bilan uro-dynamique

Cystomanométrie : sensibilité vésicale

4 niveaux de perception de la réplétion vésicale

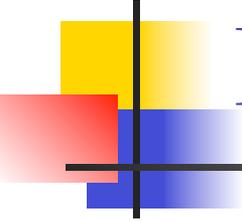
1. Toute première sensation: 100 à 150 ml
2. Besoin sans urgence : 200 à 250 ml
3. Besoin urgent : 300 à 350 ml
4. Besoin douloureux ou fuite : +/- 400 ml



Le bilan uro-dynamique

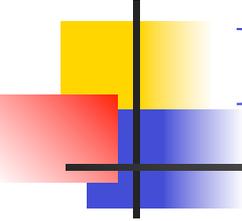
L'analyse de l'ensemble des courbes obtenues sur l'ordinateur permet de préciser le mécanisme des troubles urinaires et d'adapter un traitement.





Deux possibilités

- soit la vessie est hyperactive
- soit la vessie est rétentionniste

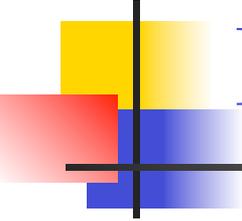


La vessie hyperactive

C'est une vessie avec des contractions involontaires qui apparaissent dès qu'une quantité d'urine normale, et parfois même peu importante, s'accumule dans la vessie.

Une vessie hyperactive provoque le plus souvent des symptômes tels que la **pollakiurie** et **l'incontinence urinaire par impériosité**.

Elle est présente dans 34 à 99%.

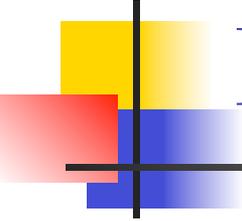


La vessie rétentionniste

C'est une vessie dont **la vidange est incomplète** à cause du sphincter qui n'est pas complètement relâché, accompagnée ou non de troubles de la contractilité vésicale.

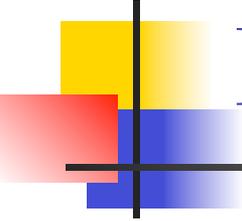
Une vessie en rétention peut-être responsable de **dysurie** et de **pollakiurie**, ainsi que d'infections urinaires à répétition.

Les résidus post-mictionnels persistants sont source de multiplication bactérienne.



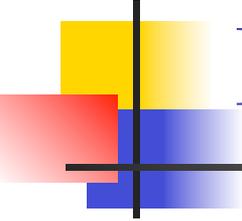
Le bilan uro-dynamique

Les anomalies urodynamiques ne sont pas corrélées avec le type, la durée, l'évolution de la SEP, l'âge des patients, le degré du handicap.



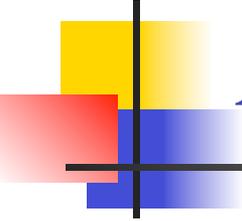
Le traitements per-os

- **Les anticholinergiques** sont utilisées afin de diminuer l'hyperactivité vésicale.
- **Les alpha-bloquants** sont souvent proposés pour faciliter la miction, mais les résultats sont inconstants et transitoires



Les traitements

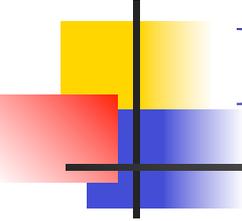
- **La rééducation fonctionnelle périnéale :**
Peu d'indication dans les troubles vésico-sphinctériens de la SEP
- **Les auto-sondages :**
Unique traitement permettant de compléter une vidange vésicale incomplète



Autres

- **Les injections intra-vésicales :**

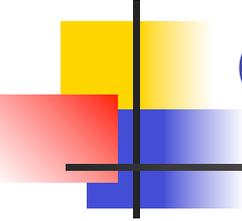
(ex : Toxine Botulique) permettent de juguler l'hyperactivité vésicale résistant aux anticholinergiques mais l'apprentissage préalable des auto-sondages est obligatoire.



Le bilan uro-dynamique

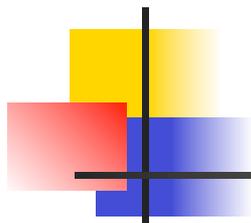
Après l'examen :

- A titre préventif, le patient peut prendre de la NOROXINE® selon décision médicale.
- A l'issue du BUD, les recommandations hygiéno-diététiques seront rappelées afin de prévenir tout risque infectieux. Il est conseillé de boire 1,5l à 2l d'eau.
- Le service restera à la disposition du patient pour répondre à toute inquiétude éventuelle.

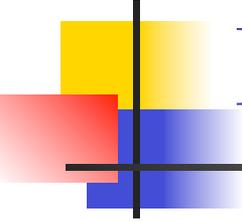


Conclusion

L'exploration uro-dynamique, quoique invasive, est la plupart du temps bien supportée quand le patient a reçu les explications adaptées et a été mis en confiance par l'ensemble de l'équipe.

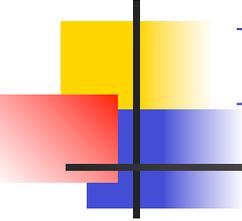


LES TROUBLES SEXUELS



Les troubles sexuels

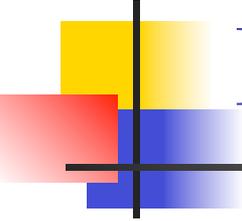
Il n'y a pas de corrélation entre les différents troubles sexuels et l'âge du patient, la durée d'évolution de la SEP et la sévérité du handicap.



Les troubles sexuels

Chez l'homme :

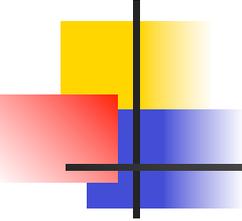
- Troubles de l'érection
- Troubles de l'éjaculation (perte d'éjaculation, éjaculation retardée, éjaculation prématurée)
- Diminution de la libido (contexte fatigabilité...)
- Troubles sensitifs des organes génitaux



Les troubles sexuels

Chez la femme :

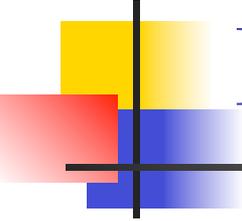
- Baisse du désir sexuel
- Trouble de la lubrification vaginale
- Perte sensitive au niveau génital
- Paresthésies et/ou dysesthésies périnéales



Les traitements

Troubles de l'érection :

- Ttt per-os : VIAGRA® , CIALIS® , LEVITRA®
- Injections intra-caverneuses: EDEX® , CAVERJECT®
- Corticothérapie (lors des poussées)
- Pompe à vacuum



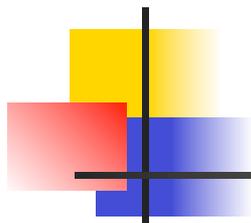
Les traitements

Troubles de l'éjaculation :

- Vibromasseur
- Prélèvement chirurgical de sperme
- Électro-éjaculation

Chez la femme :

- ECTRIS® (pas encore commercialisée et peu d'études chez la femme en neurologie)
- Traitements locaux (lubrifiants hydro-solubles)
- Vibromasseurs



Merci de votre écoute

Traitement des symptômes associés

Symptômes	Traitements
Spasticité	LIORESAL®, DANTRIUM®, MYOLASTAN®
Troubles urinaires	Hyperactivité du détrusor : CERIS®, DITROPAN®, DRIPTANE® (anticholinergiques) surveillance du résidu post-mictionnel Hyperactivité du sphincter lisse : XATRAL®, OMIX®, JOSIR® (alpha-bloquants) Auto-sondages urinaires Dérivation urinaire (Bricker) Traitement des infections urinaires symptomatiques +++

Traitement des symptômes associés

Symptômes	Traitements
Troubles sexuels	VIAGRA® , CIALIS®, LEVITRA® Injection intra-caverneuses : EDEX®
Symptômes paroxystiques	TEGRETOL®, NEURONTIN®, LYRICA®
	Kinésithérapie, centre de rééducation, appareillages, bains froids
Constipation	Conseils hygiéno-diététiques (boissons suffisantes, régime riche en fibres) Laxatifs : DUFHALAC®, MOVICOL®, FORLAX® Suppositoires : EDUCTYL® MESTINON® 1cp m s, sondes rectales, lavements MICROLAX®, NORMACOL®