

Actualités en pelvipérinéologie

News in pelvi-perineology

P. Raibaut

© Springer-Verlag France 2010

La pelvipérinéologie est une discipline à part entière aux confluent de plusieurs spécialités : médecine physique et de réadaptation bien sûr, mais aussi urologie, gynécologie, gastrologie, pour certains pédiatries : elle prend donc bien sa place dans une prise en charge globale du patient, pratique chère aux médecins de rééducation.

Le Dr Jacques Kerdraon, dans un article passionnant, détaille pour les lecteurs de *La Lettre de MPR* les connaissances les plus récentes concernant les mécanismes de l'hyperactivité vésicale, donnée d'interrogatoire, à bien différencier de l'hyperactivité détrusorienne, donnée d'examen. Ces notions ont bien sûr un intérêt fondamental mais pas seulement. La neuroplasticité des afférents du réflexe mictionnel complète les données que nous avons sur les fibres de type C dans la genèse de l'hyperactivité détrusorienne lors d'une lésion médullaire. Elles sont aussi autant de pistes pour les thérapeutiques que nous utiliserons demain. Des essais sont déjà en cours pour tester des molécules agissant sur les voies afférentes du réflexe mictionnel : certaines seront prescrites demain chez les patient(e)s consultant pour une hyperactivité vésicale. Nous nous devons donc de connaître le rôle de l'urothélium, des facteurs de croissance nerveuse dans la voie afférente et la place des myofibroblastes capables de moduler l'information en provenance de la paroi vésicale.

Nous avons souhaité dans la catégorie mise au point fournir aux médecins de rééducation une adaptation en français (traduite par deux experts largement reconnus, les Prs Amarenco et Haab) de la terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire. Cet article présente la traduction française de la terminologie adoptée par l'International Continence Society (ICS) en 2002. Les définitions proposées sont en accord avec les termes utilisés dans la Classification internationale des maladies (ICD 10). La validation

linguistique a été faite au nom de l'Association française d'urologie (AFU) et de la Société internationale francophone d'urodynamique (SIFUD) : il est essentiel que nous utilisions tous les mêmes termes dans les descriptions des symptômes rapportés par les patients spontanément ou lors d'un examen, dans l'exposé des perturbations urodynamiques. Les termes d'urgenterie, d'hyperactivité vésicale et/ou détrusorienne, le caractère phasique ou terminal d'une contraction doivent être connus de chacun d'entre nous et employés à bon escient.

Il s'agit d'une spécialité en plein bouleversement, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Sur le plan diagnostique, si les techniques d'imagerie (IRM, UCRM, échographie) font maintenant partie de l'évaluation globale du patient, nous faisons de plus en plus appel aux méthodes permettant d'explorer le système nerveux autonome dans l'évaluation de patient(e)s présentant des troubles urinaires, anorectaux, génitosexuels, puisque l'essentiel de l'innervation viscérale périnéale est sous la dépendance du système nerveux autonome. Il est maintenant décrit des perturbations isolées du système nerveux autonome s'exprimant d'abord par des troubles périnéaux. Le Dr Katelyne Hubeaux rappelle dans son article les principes des explorations végétatives. Certaines sont simples, pouvant presque être réalisées lors de la consultation (recherche d'une hypotension orthostatique, test au froid, test de préhension dynamique). D'autres, plus délicates à mettre en œuvre, permettent de rechercher de manière précise et spécifique un dysfonctionnement du système nerveux autonome. L'étude de la variabilité de la fréquence cardiaque dans certains groupes de patients (hypertrophie prostatique, énurésie tardive, hyperactivité vésicale) a montré des perturbations de la balance orthoparasymphatique. Devant un trouble fonctionnel, lorsque aucune étiologie n'a été retrouvée, ni urologique ni neurologique dans le cas de trouble mictionnel, la recherche d'une perturbation du système végétatif doit aujourd'hui être réalisée avant de qualifier la symptomatologie d'idiopathique.

Cette spécialité a connu, au cours de la dernière décennie, une véritable révolution dans la prise en charge des patients avec le développement de la toxine botulique, notamment en

P. Raibaut (✉)

Service de rééducation neurologique et d'explorations périnéales,
hôpital Rothschild, AP-HP,
33, boulevard de Picpus,
F-75571 Paris cedex, France
e-mail : patrick.raibaut@rth.aphp.fr

injection intravésicale. Les discussions persistent toujours quant à la meilleure posologie à utiliser, le nombre d'injections le plus efficace, mais la toxine botulique a permis d'assurer réellement la continence des patients sous couvert de la pratique du toujours actuel sondage intermittent, le traitement des facteurs de risque de dégradation du haut appareil urinaire. Il s'agit d'un traitement souvent peu douloureux et le principal effet secondaire à gérer pour le praticien qui la met en œuvre est... la gestion de la file active des patients qui nécessitent une nouvelle injection tous les six mois. À côté de ce traitement, maintenant rentré dans la pratique quotidienne des centres de neuro-urologie depuis l'article princeps de B. Schurch, d'autres alternatives aux parasympatholytiques se sont développées dans la prise en charge des hyperactivités vésicales.

Le Dr Alexia Even Schneider rappelle les espoirs que nous fondons dans les techniques de neuromodulation depuis une vingtaine d'années, leur efficacité parfois spectaculaire et les interrogations suscitées par le mécanisme réel d'action de la neuromodulation ainsi que, il faut bien le reconnaître, certains échecs de cette technique. En tout état de cause, l'expérience enseigne, et le Dr Even Schneider insiste là-dessus, à juste titre, qu'il est indispensable d'asseoir la décision d'implantation sur des tests que l'on espère les plus rigoureux possibles sous réserve, et que ces tests montrent une amélioration d'au moins 50 % des données cliniques du catalogue mictionnel avec éventuellement réapparition des troubles au décours de l'arrêt du stimulateur transitoire.

Le Dr Laurence Peyrat, de l'équipe d'urologie de l'hôpital Tenon, détaille pour les lecteurs de la lettre le panel des traitements chirurgicaux lorsque les traitements médicaux conservateurs ont échoué. Il faut bien sûr connaître ces différentes techniques et savoir les proposer : en cas d'échec de la toxine botulique, par exemple, chez un patient blessé médullaire motivé et observant la technique du sondage

intermittent, il faut évoquer une entérocystoplastie. Cette intervention reste la référence en cas d'hyperactivité détrosorienne réfractaire à tout traitement médical. Elle nécessite, outre une équipe d'urologie compétente et habituée, une équipe d'aval, par exemple, de rééducation pour la gestion postopératoire de ces patients neurologiques. Il faudra être capable de prendre en charge ces patients à la suite de l'intervention avec maintien de la sonde urinaire à demeure pendant 15 jours, s'assurer de la reprise du transit (l'iléus est la complication la plus fréquente), prévenir, dépister ou traiter les redoutables complications de décubitus...

La réalisation d'un geste de dérivation des urines (cystostomie continente) pour permettre le geste du sondage par voie abdominale est bien admise pour les patients blessés médullaires dont le déficit neurologique et les possibilités fonctionnelles sont fixés. Ces gestes de dérivation pour utiles qu'ils soient (déficit neurologique ou spasticité des adducteurs, enfouissement du méat chez la femme ne permettant pas le sondage par voie périnéale) restent toujours d'indication délicate en cas de pathologie évolutive sur le plan neurologique et donc fonctionnel comme la sclérose en plaques. Une évaluation multidisciplinaire (chirurgien, médecin, mais aussi kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue) est souvent indispensable. Enfin, les dérivations urinaires de type non continentes (de type Bricker) permettent d'obtenir un système urinaire à basse pression assurant l'épargne rénale lorsque le cathétérisme intermittent n'est plus envisageable.

Le Dr Frédérique Le Breton et moi-même, en tant que coordonnateurs, ainsi que tous les auteurs, vous souhaitons une excellente lecture de cette *Lettre* que nous espérons la plus instructive et profitable possible !

En tant que coordinateurs, nous souhaitons remercier l'équipe des éditions Springer réunie autour du Dr Véronique Salvator-Witvoet pour l'aide qu'ils ont apportée à la réalisation de ce numéro.