

brochure destinée au patient atteint de sclérose en plaques ou à son entourage

Pr Gérard Amarenco
Service de Neuro-Urologie et d'Explorations Périnéales
Hôpital Tenon, APHP, Unité Er6 UPMC, Paris

Les troubles vésico-sphinctériens de la SEP



Les troubles vésico-sphinctériens de la SEP

Les troubles urinaires de la sclérose en plaques (SEP) sont d'une extrême fréquence quelles que soient les modalités d'expression de cette maladie. Toujours pénalisants en terme de qualité de vie et de retentissement psychologique voire social, ces troubles urinaires peuvent se compliquer, mais plutôt rarement par rapport aux troubles sphinctériens des lésions traumatiques médullaires. Leur prise en charge est habituellement conditionnée par un bilan clinique, biologique, radiologique et urodynamique permettant d'évaluer leur retentissement et leur(s) mécanisme(s) physiopathologique(s).

Les différents troubles urinaires

Les signes "irritatifs" ou "syndrome clinique d'hyperactivité vésicale" sont fréquents (80% des cas) et définis par des urgences mictionnelles (besoin soudain, irrépressible d'uriner) accompagnées ou non de fuites urinaires sur urgence par faible délai de sécurité, d'une pollakiurie (augmentation de la fréquence des mictions) et d'une nycturie (1 ou plusieurs levers nocturnes avec ou sans fuites). Cette hyperactivité vésicale est habituellement le fait de contractions anarchiques trop précoces de la vessie.

A ces troubles irritatifs peuvent s'associer une mauvaise vidange vésicale (poussée abdominale, miction fractionnée en plusieurs jets, résidu post mictionnel) avec au stade ultime une rétention urinaire plus ou moins complète.

Les conséquences des troubles vésico-sphinctériens

• Les enjeux fonctionnels

Le retentissement psycho-fonctionnel, familial et social des troubles urinaires est en effet considérable. La prise en charge actuelle des neuro-vessies a un réel impact positif sur cette problématique de "confort" permettant d'ailleurs une meilleure acceptation des contraintes de soins assurant ainsi la préservation du haut appareil.

• Les enjeux vitaux

Diverticules vésicaux, reflux vésico-rénal, insuffisance rénale sont les complications à prévenir qui grèvent le pronostic vital de la vessie neurologique de la sclérose en plaques.

"L'insuffisance rénale est la complication principale qui peut altérer le pronostic vital."

Sa prévention est essentielle par l'obtention d'une vessie à basse pression et d'une vidange périodique. La lithiase vésicale (calculs rénaux) dépend du mode mictionnel, les patients les plus à risque étant ceux en cathétérisme permanent (sonde à demeure ou cathéter sus-pubien).

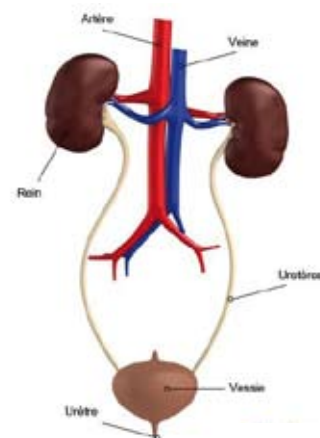
Les infections posent un problème fréquent, la rétention chronique, complète ou incomplète, étant source d'infections urinaires à répétition avec un risque de dissémination parenchymateuse (pyélonéphrite).

L'évaluation des troubles vésico-sphinctériens

L'évaluation est d'abord clinique avec un interrogatoire aidé de questionnaires spécifiques (scores de symptômes et de qualité de vie) permettant un dépistage et une quantification des troubles urinaires, de leur type et de leur retentissement. Les autres évaluations sont para-cliniques. La réalisation d'une échographie vésicale et rénale à la recherche d'un résidu post mictionnel est facile, non traumatisante et très utile dans la stratégie diagnostique et thérapeutique.

En outre, cette échographie permet de juger d'un éventuel retentissement sur la vessie (épaississement du détrusor, diverticules) ou sur les reins (reflux, dilatation, séquelles de pyélonéphrites).

La réalisation d'examen biologiques (urée, créatinine, clearance de la créatinine, CBU, ...) permet l'analyse du retentissement rénal et la mesure des pressions intra-vésicales pour préciser au mieux le mécanisme des fuites et/ou de la rétention en vue d'adapter la prise en charge. Ainsi, l'hyperactivité vésicale clinique est souvent le fait d'un hyperfonctionnement du muscle vésical (contractions anarchiques trop précoces) ; la rétention urinaire le fait d'un manque de coordination entre la contraction vésicale et le relâchement sphinctérien pendant la miction.



QUOI DE NEUF ?

Les nouvelles approches thérapeutiques de l'hyperactivité vésicale au cours de la sclérose en plaques

L'hyperactivité vésicale est responsable de troubles urinaires caractérisés par des urgences mictionnelles, des fuites sur impériosité, une augmentation de la fréquence des mictions et des levers nocturnes.

Cette hyperactivité est classiquement traitée par des médications qui ont pour but de stabiliser les contractions anarchiques du muscle vésical (anti-cholinergiques) en bloquant le neurotransmetteur qui préside à la contraction vésicale.

Mais ces médications par voie orale sont parfois mal supportées car peu spécifiques de la sphère vésicale (sécheresse de la bouche, constipation) et parfois peu efficaces laissant persister fuites et/ou impériosités et hyperactivité manométrique de la vessie, réel facteurs de risque.

“Des solutions alternatives sont désormais disponibles en cas d'échec de ces traitements.”

Traitements par toxine botulique

L'injection de toxine botulique dans le muscle vésical est une des solutions.

La toxine botulique est une neurotoxine produite par une bactérie, le Clostridium. **Elle agit en bloquant la transmission du message nerveux** entre le nerf et le muscle empêchant ainsi la contraction musculaire. Ce produit est utilisé depuis plusieurs années en neurologie pour supprimer des mouvements anormaux, des spasmes ou des raideurs musculaires.



Depuis dix ans, la toxine botulique est ainsi utilisée en urologie pour traiter les incontinences urinaires par hyperactivité de la vessie.

Cette injection se fait dans le muscle vésical (une trentaine d'injections régulièrement réparties) sous contrôle cystoscopique, c'est-à-dire à l'aide d'un cathéter comportant une caméra et introduit par les voies naturelles (le canal urinaire) dans la vessie.

La durée des injections est d'environ 10 à 30 minutes. Elles peuvent être réalisées sous anesthésie locale (intra-vésicale), éventuellement sous anesthésie générale.

La toxine botulique constitue une alternative à des interventions chirurgicales (agrandissement de la vessie, stimulation électrique des racines sacrées).

Elles permettent de supprimer les contractions vésicales pour une durée de 6 à 9 mois. Le fait que les contractions vésicales soient diminuées conduit à devoir vider la vessie régulièrement à l'aide d'une sonde (auto-sondages).

Traitements par stimulation électrique

L'hyperactivité vésicale peut aussi être calmée par des stimulations directes de surface d'un nerf situé sur le pied en arrière de la maléole (neuromodulation périphérique).

Cette stimulation électrique non douloureuse effectuée 20 minutes par jour permet la modification au niveau médullaire et probablement encéphalique du réflexe mictionnel et partant améliore urgences et fuites urinaires.

La contrainte de soin (stimulation journalière) conduit parfois à proposer une stimulation directe des racines nerveuses sacrées mais nécessitant alors une intervention chirurgicale.



Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques

14 rue Jules Vanzuppe
94200 Ivry sur Seine
01 43 90 39 39 - www.arsep.org

2010