

Troubles vésico-sphinctériens dans la SEP



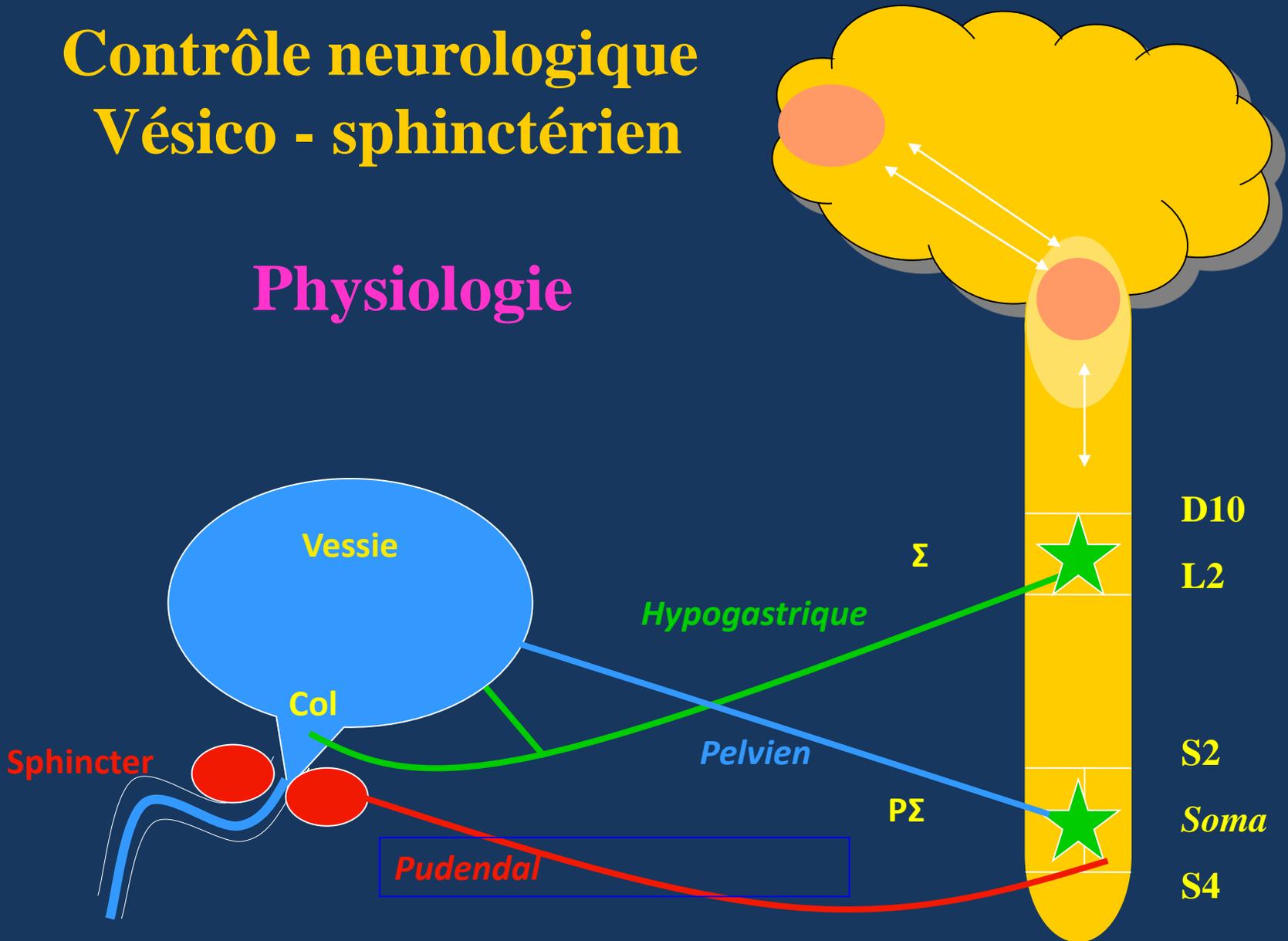
Nader HADIJI

7/10/2017

Journée Rhônealpine d'information sur la SEP

Contrôle neurologique Vésico - sphinctérien

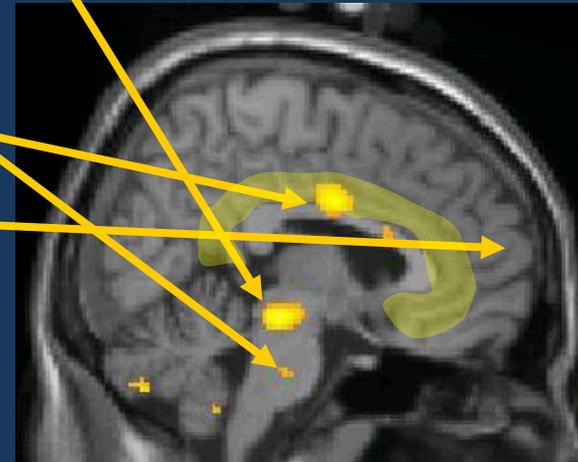
Physiologie



Miction normale: aisée + volontaire + complète

Certaines zones cérébrales augmentent leur activation avec le remplissage

- 1 Subst grise périaqueductale (PAG)
- 2 Region médiane du pont
- 3 Gyrus Cingulaire Moyen
- 4 Lobes frontaux

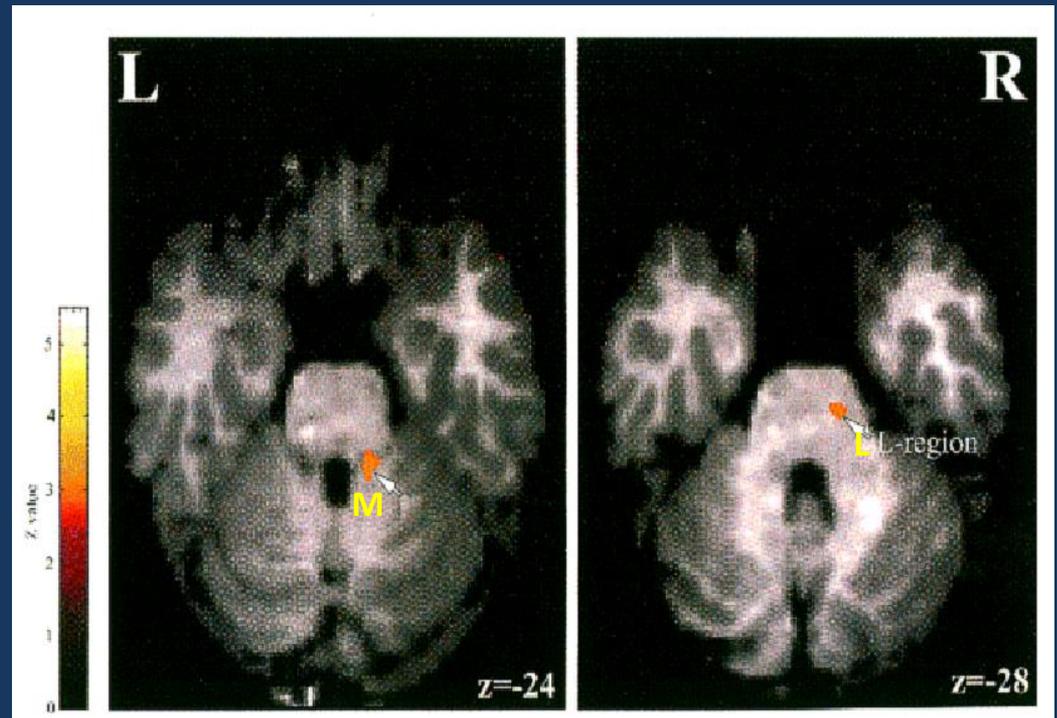


(Athwal et al, Brain 2001)

Le réflexe mictionnel est mis en jeu par commutation de l'activité depuis le PAG vers les centres pontiques activateurs de la miction

Tegmentum pontique:

- Région dorso médiale ou région « M ». Stimulation détermine une miction complète et coordonnée chez le chat
- Région plus latérale ou centre « L » impliqué dans la continence et contrôle tonique du sphincter.

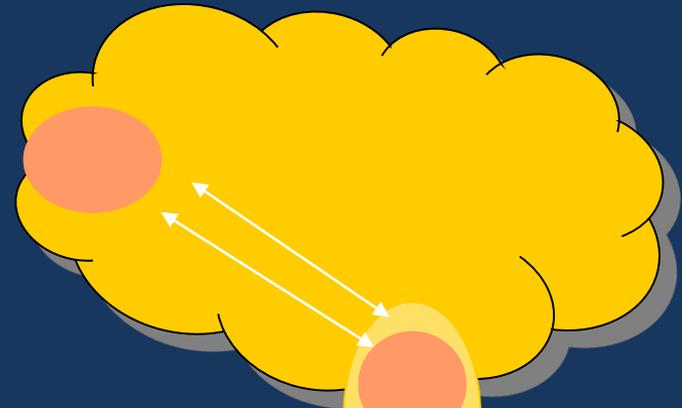


Miction appropriée

Miction inappropriée

(Griffiths et al ,2002)

Lésions supra pontiques



Lésions infra pontiques



D10



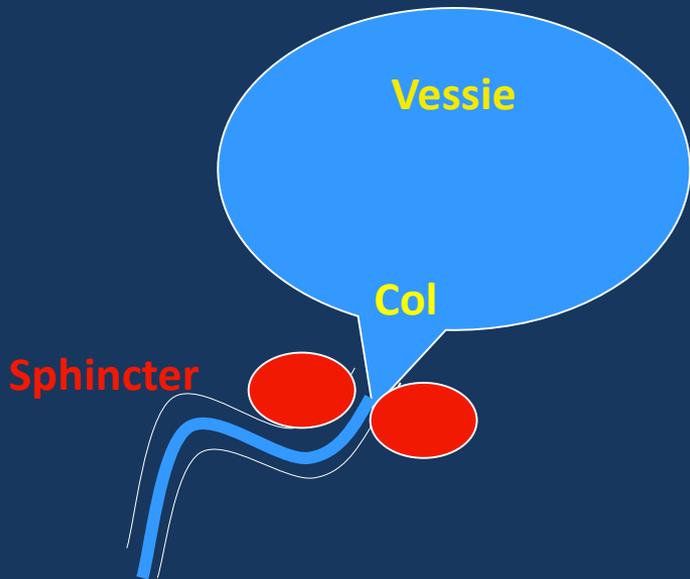
L2

S2



Soma

S4



Différents tableaux cliniques:

- **Hyperactivité vésicale (HAV):** PK, urgenturie/nycturie +/- fuites=37 à 99%
- **Dysurie / rétention:** déclenchement, jet saccadé interrompu, RPM=34 à 79%
- **Mixte: HAV + Dysurie=50%**

- **Délai moyen d'installation des signes: 6 ans (10% la première poussée)**
 - À 10 ans: 80 à 90%
 - Jusqu'à 40% de complications urologiques à 18 ans

Evaluation-diagnostic-suivi (questionnaires ciblés)

Adapté + personnalisé + évolutif

Objectif : médical + social

=

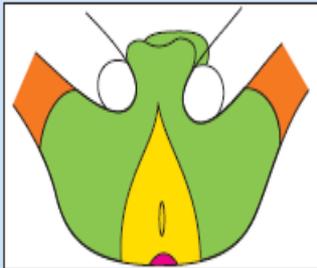
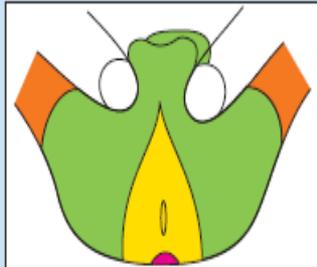
Recommandation GENULF (2007) + FLUE-MS (2011/ Amarenco)

Orientation en Neuro-urologie:

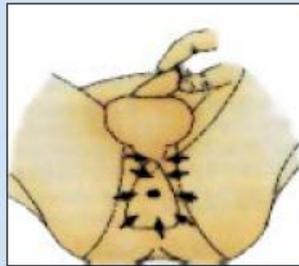
risque ou pas, régularité du suivi

Epines irritatives??

Examen neuro-périnéal



- S2 : face postérieure de la cuisse
- S3 : organes génitaux externes
- S4 : zone périnéale
- S5 : zone rétroanale



Le réflexe bulbo-caverneux/"clitoridien" S2/S3 : le pincement du gland ou du clitoris entraîne une contraction des muscles bulbo-caverneux ou de la vulve et, par diffusion, une contraction du sphincter anal.

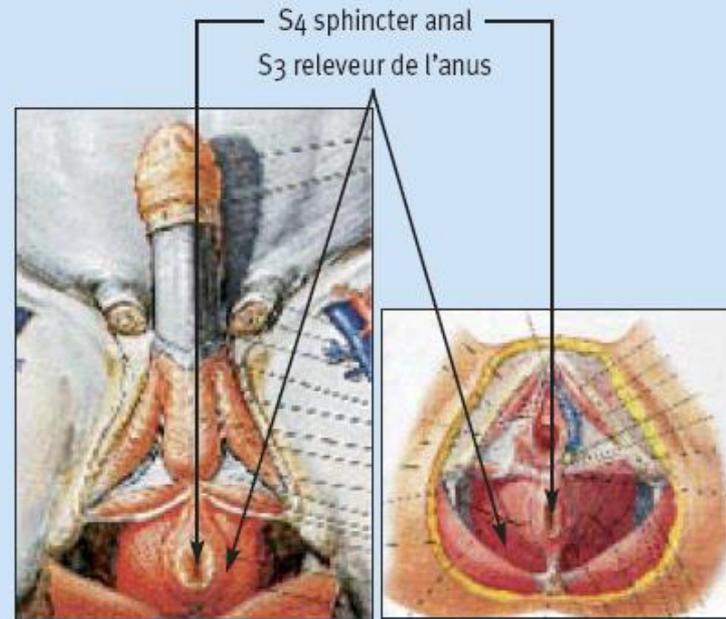


Le réflexe anal-nociceptif S3-S4 : la stimulation de la large anale dans les quatre cadrans provoque la contraction de la partie correspondante du sphincter anal.



L'évaluation du myélomère S2 par le réflexe de Rossolimo : la percussion de la tête des métatarsiens provoque la flexion des orteils.

- Évaluation d'une contraction volontaire analytique.



- Appréciation du tonus, du sphincter anal par toucher rectal associé à un étirement de la marge anale.

La sensibilité du périnée est normale, altérée, abolie

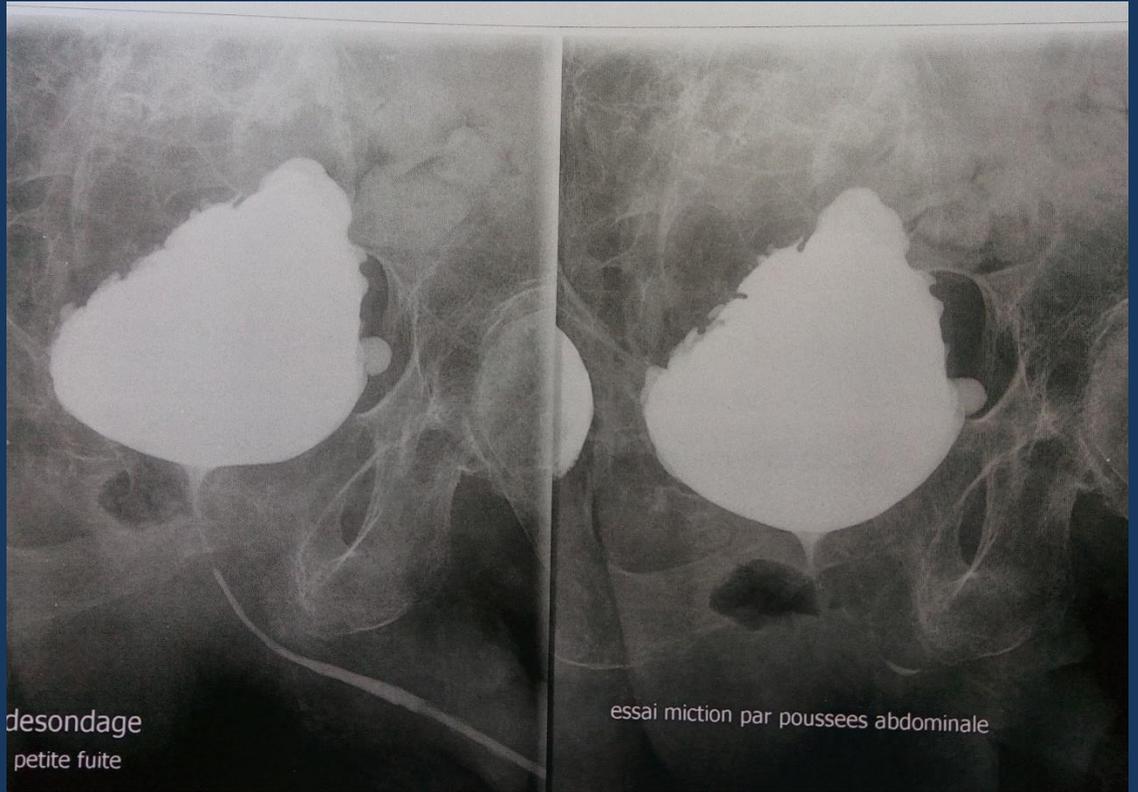
Les réflexes sont normaux, diminués, abolis, exagérés, diffusés.

La commande motrice est normale, diminuée, abolie. Le tonus anal est normal, diminué, aboli, exagéré.



Anomalie urodynamique chez 50% des asymptotiques

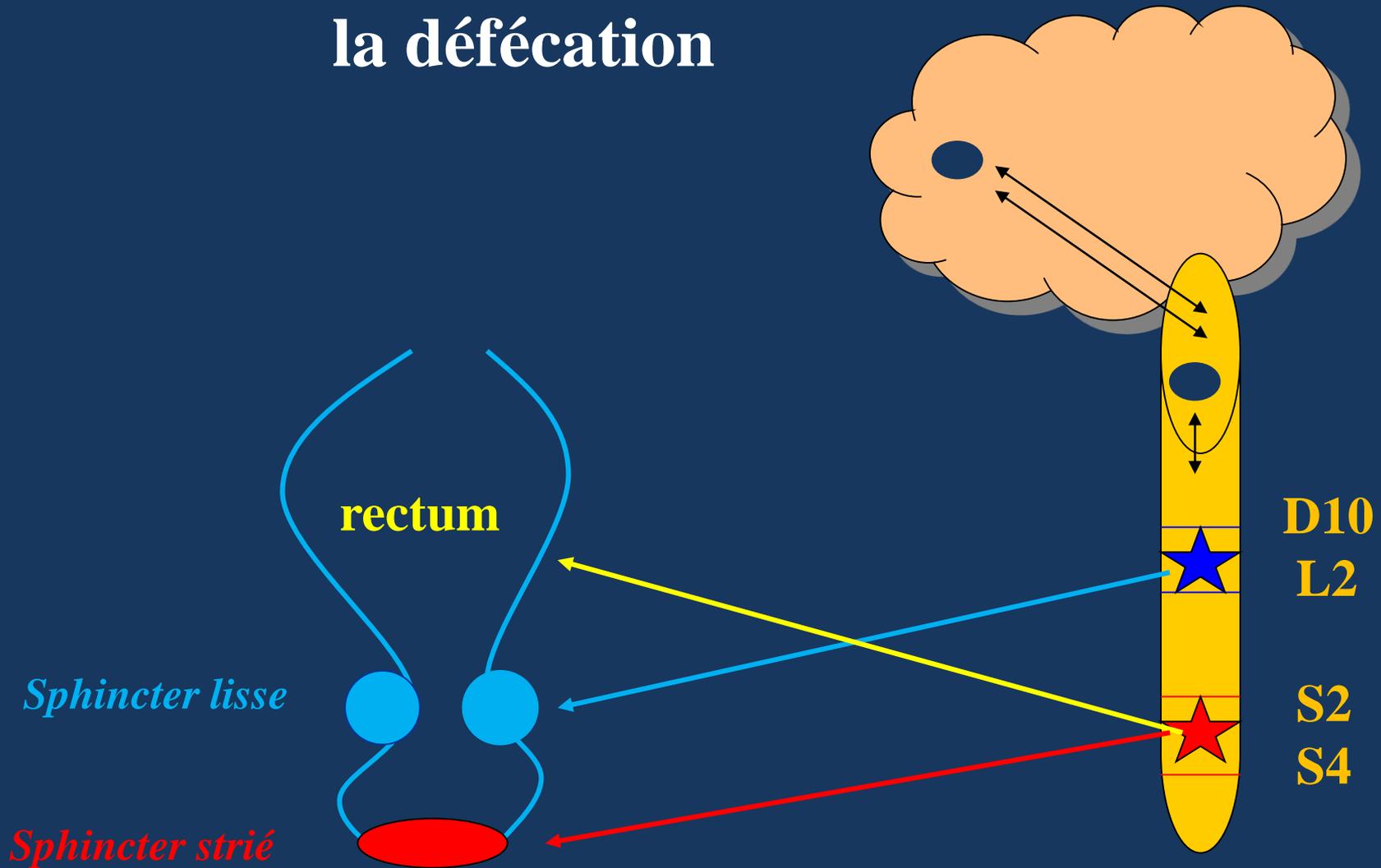
Pas de parallélisme entre les signes cliniques urinaires et les données urodynamiques



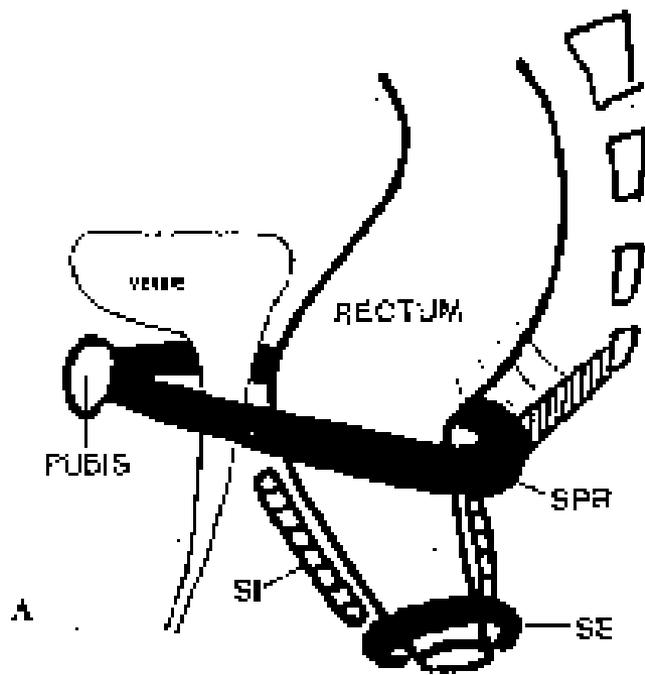
UCR= Cystographie
rétrograde

Troubles colo-rectaux dans la SEP

Contrôle neurologique de la défécation



Défécation normale: aisée, complète et non douloureuse



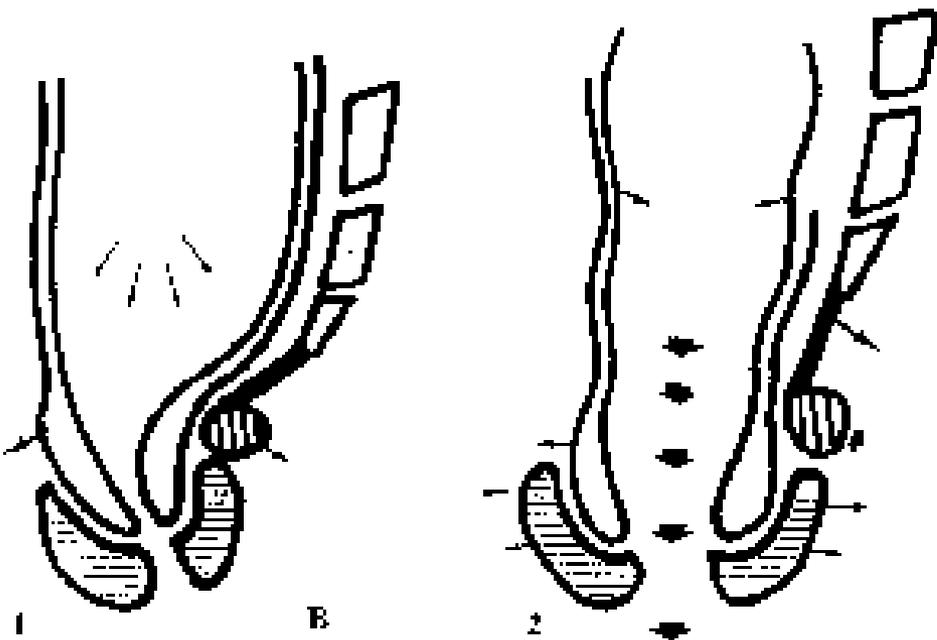
A. Repos

la sangle du pubo-rectal cravate le rectum au-dessus de l'appareil sphinctérien

B. Défécation

1. l'arrière des fèces entraîne un relâchement du SI et contraction du SE (réflexe recto-anal inhibiteur).

2. expulsion : relâchement des deux sphincters et de la sangle du pubo-rectal ; contractions péristaltiques.



EVALUATION DES DYSFONCTIONNEMENTS COLO-RECTAUX

- **Interrogatoire – catalogue d'exonération**
- **Questionnaires**
- **Bilan d'autonomie: bilan neuro bilan**
- **Clinique du périnée**
- **Temps de transit colique**
- **Manométrie rectale**

Entretien

- **Sensation de besoin**
- **Fréquence d'exonération, constipation**
- **Mode d'exonération**
- **Consistance des selles**
- **Incontinence fécale, fréquence, ballonnements, douleurs abdominales**
- **Complications: hémorroïdes, prolapsus...**
- **Temps passé pour l'exonération**

Echelle de Bristol (Lewis SJ, 1997)

Type de selles	Description
	1. Selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles).
	2. Selles en forme de billes collées.
	3. Selles en forme de boudin, structure friable.
	4. Selles en forme de boudin, structure douce et lisse.
	5. Selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles).
	6. Selles molles à très molles aux contours imprécis.
	7. Selles aqueuses sans structure (totalement liquides).

SCORE FONCTIONNEL DIGESTIF DES MALADES NEUROLOGIQUES

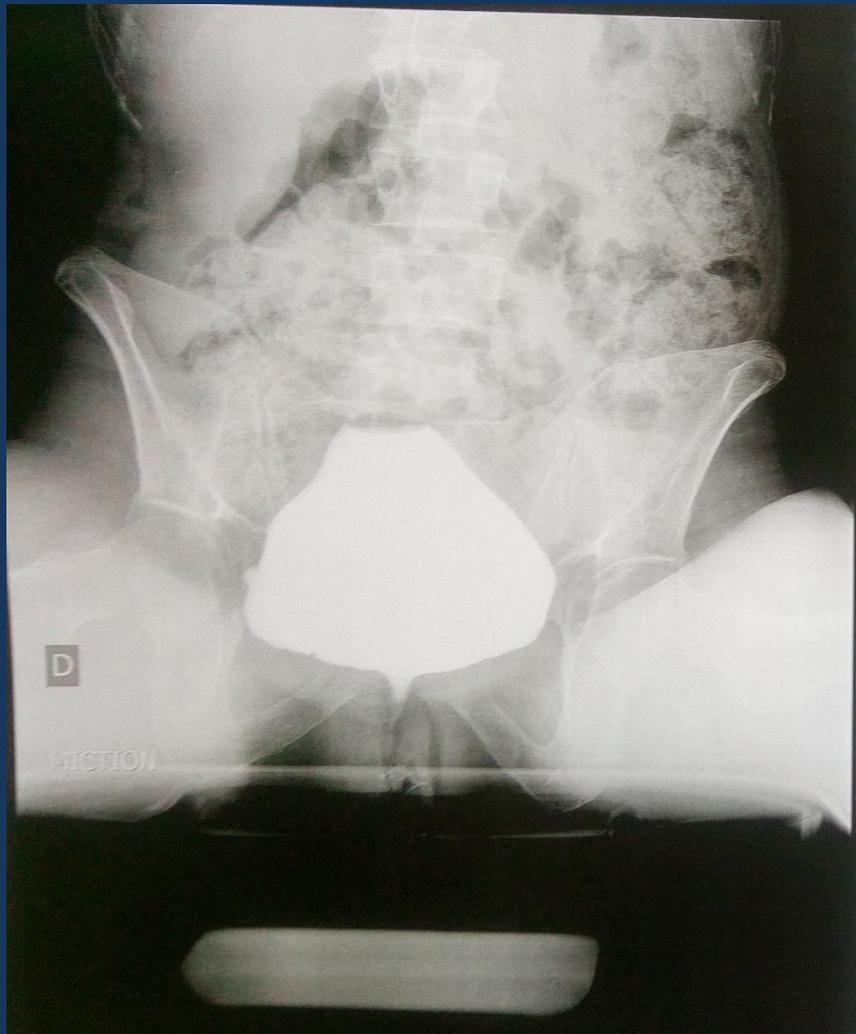
(SCORE NBD)*

Question	réponse	score
Avec quelle fréquence allez vous à la selle?	Chaque jour	0
	2 à 6 fois par semaine	1
	Moins d'une fois par semaine	6
Quel temps passez-vous en moyenne aux toilettes à chaque fois ?	Moins de 30 minutes	0
	De 30 à 60 minutes	3
	Plus d'une heure	7
Resentez vous une sensation de malaise, mal à la tête ou transpirez vous au moment de la défécation ?	Non	0
	Oui	2
Prenez vous des médicaments en comprimés pour la constipation ?	Non	0
	Oui	2
Prenez vous des médicaments en sachets pour la constipation	Non	0
	Oui	2
Avez-vous besoin de mettre le doigt dans l'anus pour aller à la selle	Moins d'une fois par semaine	0
	Plus d'une fois par semaine	6
Avez-vous des pertes incontrôlées de selles par l'anus ?	Moins d'une fois par mois	0
	1 à 4 fois par mois	6
	1 à 6 fois par semaine	7
	Quotidiennes au moins	13
Prenez vous des médicaments pour l'incontinence ?	Non	0
	Oui	4
Avez-vous des pertes incontrôlées de gaz ?	Non	0
	Oui	2
Avez-vous des problèmes de peau autour de votre anus ?	Non	0
	Oui	3
	Total	1/47

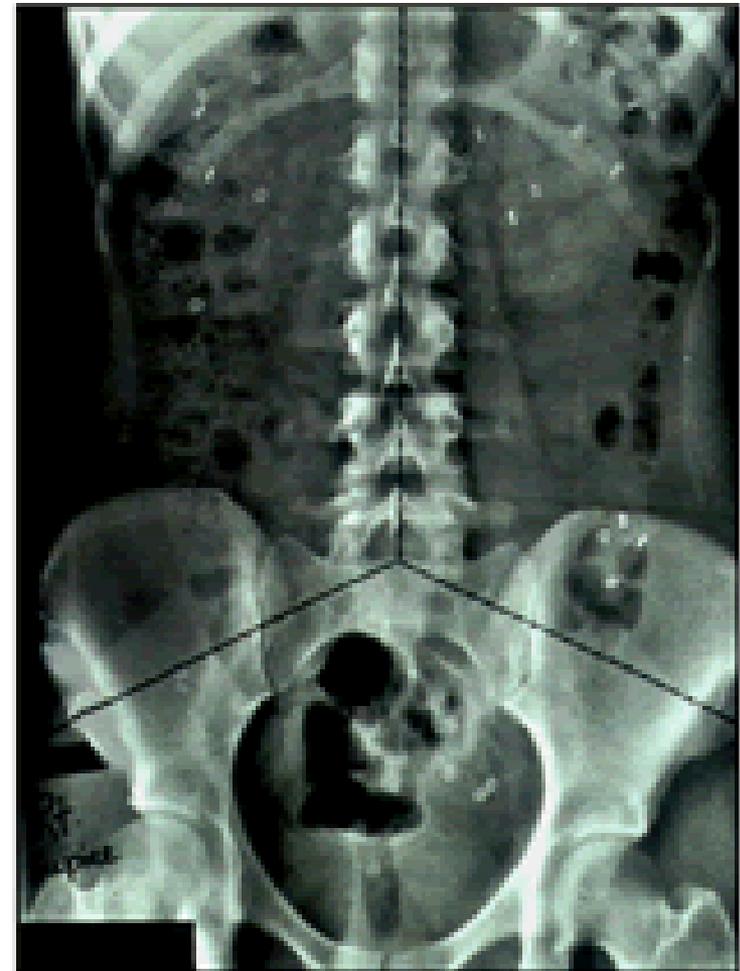
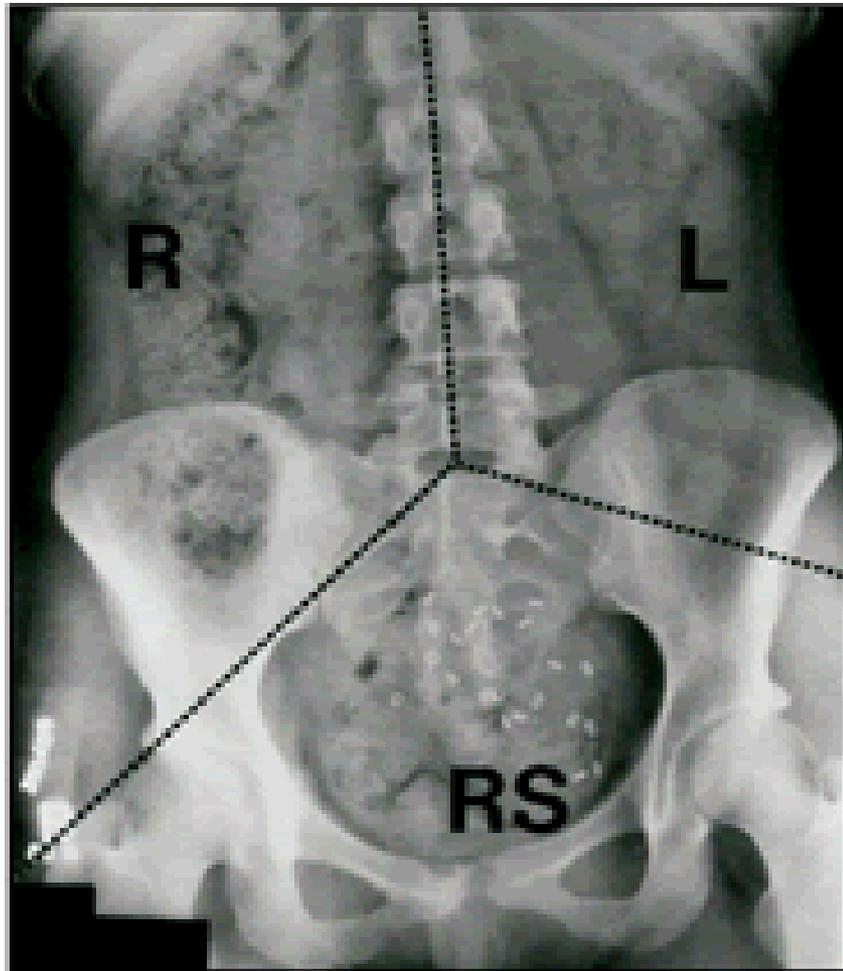
Interprétation du score NBD :

0 à 6/47	très minime
7 à 9/47	minime
10 à 13/47	modérée
14 et plus/47	sévère

* (Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Laurberg S. Neurogenic bowel dysfunction score. Spinal Cord 2006 ; 44:625-31).



Colonic Transit Study to Identify Subtype of Constipation



MANOMÉTRIE ANORECTALE?

Réflexe recto-anal inhibiteur

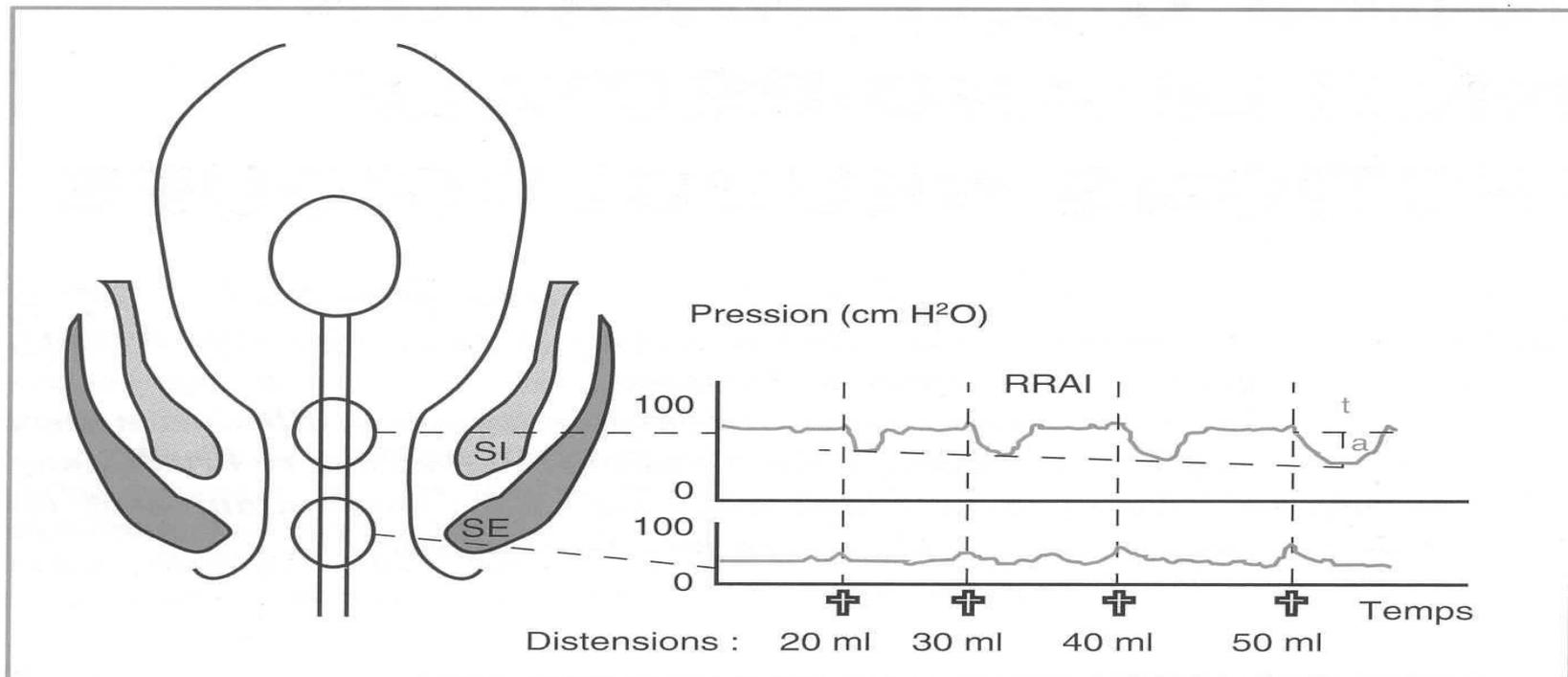


Fig 2 : Manométrie ano-rectale : Etude du RRAI (t = durée • a = amplitude) de la contraction réflexe du sphincter anal externe (tracé inférieur)

PRISE EN CHARGE CONVENTIONNELLE COLORECTALE

Diététique – massages – exercices

Pharmacologie

Laxatifs de lest et osmotiques, lubrifiants

Éviter laxatifs stimulants et péristaltogènes

Équilibre colique précaire