

UE5.2 – Handicap pelvi-périnéal

Troubles vésico-sphinctériens

Trouble de la continence	Trouble du besoin	Troubles de la miction
- Incontinence à l'effort : toux, éternuement, port de charge, sport = <i>stress incontinence</i> - Incontinence sur urgenturie (=sd d'hyperactivité vésicale) : précédée d'un besoin brutal, d'emblée max, difficilement répressible, spontanément ou déclenchée par certains stimuli = <i>urge incontinence</i>	- Normal = progressivement croissant jusqu'au besoin pressant - Diminué ou absent - Urgenturie = désir soudain, impérieux et irréprouvable d'uriner	- Dysurie (= difficulté à l'évacuation du contenu vésical) : jet faible, hâché, poussée abdominale, sensation de résidu - Rétention d'urine +/- complète
	Troubles ano-rectaux	Troubles génito-sexuels
	- Besoin - Constipation - Dyschésie ano-rectale - Continence	Libido, érection, éjaculation, orgasme, sensibilité, dyspareunie, lubrification

○ Evaluation :

- **Catalogue mictionnel**
- **Pad test** : pesée des couches avant/après
- Questionnaires : symptômes (**USP**), gêne et qualité de vie (**Qualiveen, Ditrovie**)

○ Examen clinique

Type de périnée	Sensibilité	Réflexes du cône	Tonus du sphincter anal	Commande motrice
Central	+/-	↑	↑	↓
Périphérique	↓	↓	↓	↓

○ Bilan urodynamique :

- **Débitmétrie, cystomanométrie, profilométrie**
- Conditions : urines stériles, pas d'anesthésie, peu invasif, indolore, 30min

Rééducation périnéale

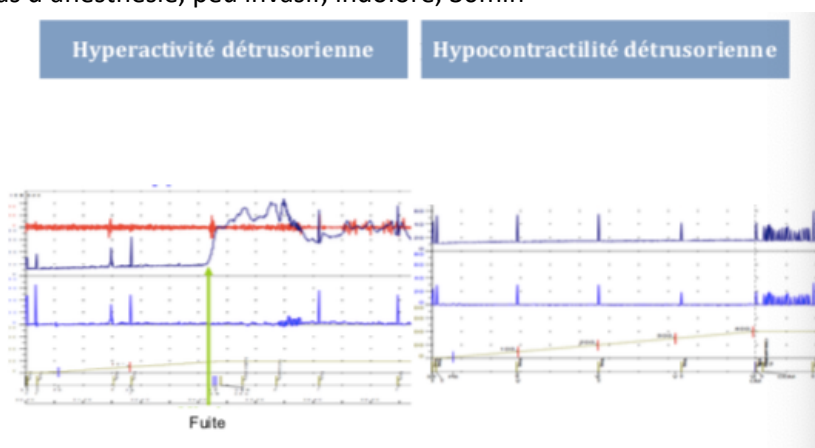
○ Objectifs :

- Prise de conscience des muscles périnéaux
- Renforcement analytique des muscles périnéaux
- Apprentissage du verrouillage à l'effort
- Apprentissage du rfx périnéo-détrusorien inhibiteur
- +/- travail de relaxation des muscles périnéaux

○ Acteurs de la rééducation : kiné, sage-femme, médecin

○ Techniques :

Techniques non instrumentales	Techniques instrumentales
- Techniques manuelles Renforcement musculaire Inhibition de la contraction vésicale par la contraction des muscles du plancher pelvien (rfx périnéo-détrusorien inhibiteur) Rééducation comportementale (MHD)	Electrostimulation endocavitaire (intravaginale, intrarectale) : CI grossesse, PM, cancer Biofeed back : travail en autonomie : le patient doit modifier le signal externe visualisé (« faire monter ou descendre une colonne lumineuse, correspondant à la contraction des muscles périnéaux »)

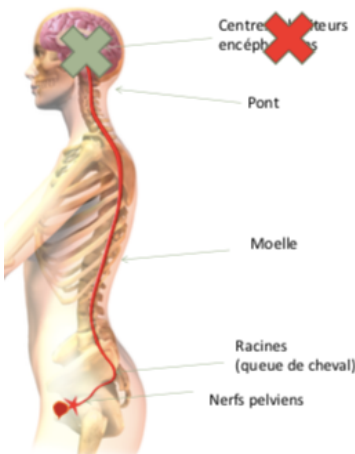
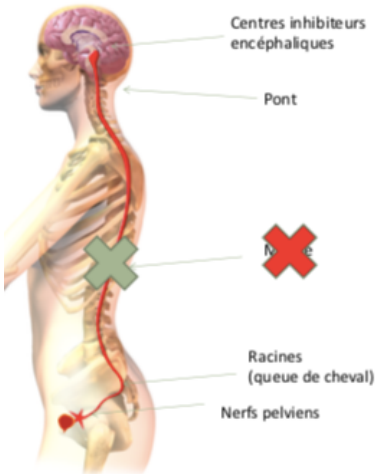
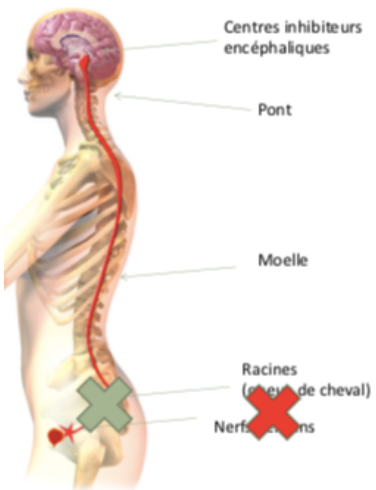


UE5.2 - Handicap pelvi-périnéal

▪ Cônes et boules vaginales

- Indications de rééducation : post-partum, incontinence urinaire à l'effort, sd clinique d'hyperactivité vésicale, incontinence urinaire de l'homme, dysurie

Contrôle neurologique de la miction

Lésion	Conséquences	Clinique	Récap	Pathologie
	Perte contrôle inhibiteur => Hyperactivité détrusorienne Pont préservé => synergie vésico-sphinctérienne préservée	▪ Sd clinique d'hyperactivité vésicale : pollakiurie, urgenturie, fuites sur urgence ▪ Pas de dysurie, pas de rétention	Hyperactivité détrusorienne SANS dyssynergie VS	- AVC - Parkinson - TC - Encéphalopathie - SEP
	Pas de transmission des informations aux centres pontiques et encéphaliques => Fctt réflexe => Contractions anarchiques du détrusor = hyperactivité détrusorienne => Pas de coordination détrusor/sphincter = dyssynergie vésico-sphinctérienne	▪ Sd clinique d'hyperactivité vésicale : pollakiurie, urgenturie +/- fuites sur urgenturie ▪ Dysurie : rétention	Hyperactivité détrusorienne AVEC dyssynergie VS	Myélopathie (inflammatoire, vasculaire, par compression)
	Pas de transmission du signal efférent ni afférent : lésion neurologique périphérique Pas de contraction détrusor => détrusor anesthésique acontractile Ni contraction sphinctérienne => incompétence sphinctérienne	▪ Pas de sd clinique d'hyperactivité vésicale : sauf fuites par rengorgement ▪ Dysurie	Hypocontractilité + insuffisance sphinctérienne	- Queue de cheval - Neuropathie

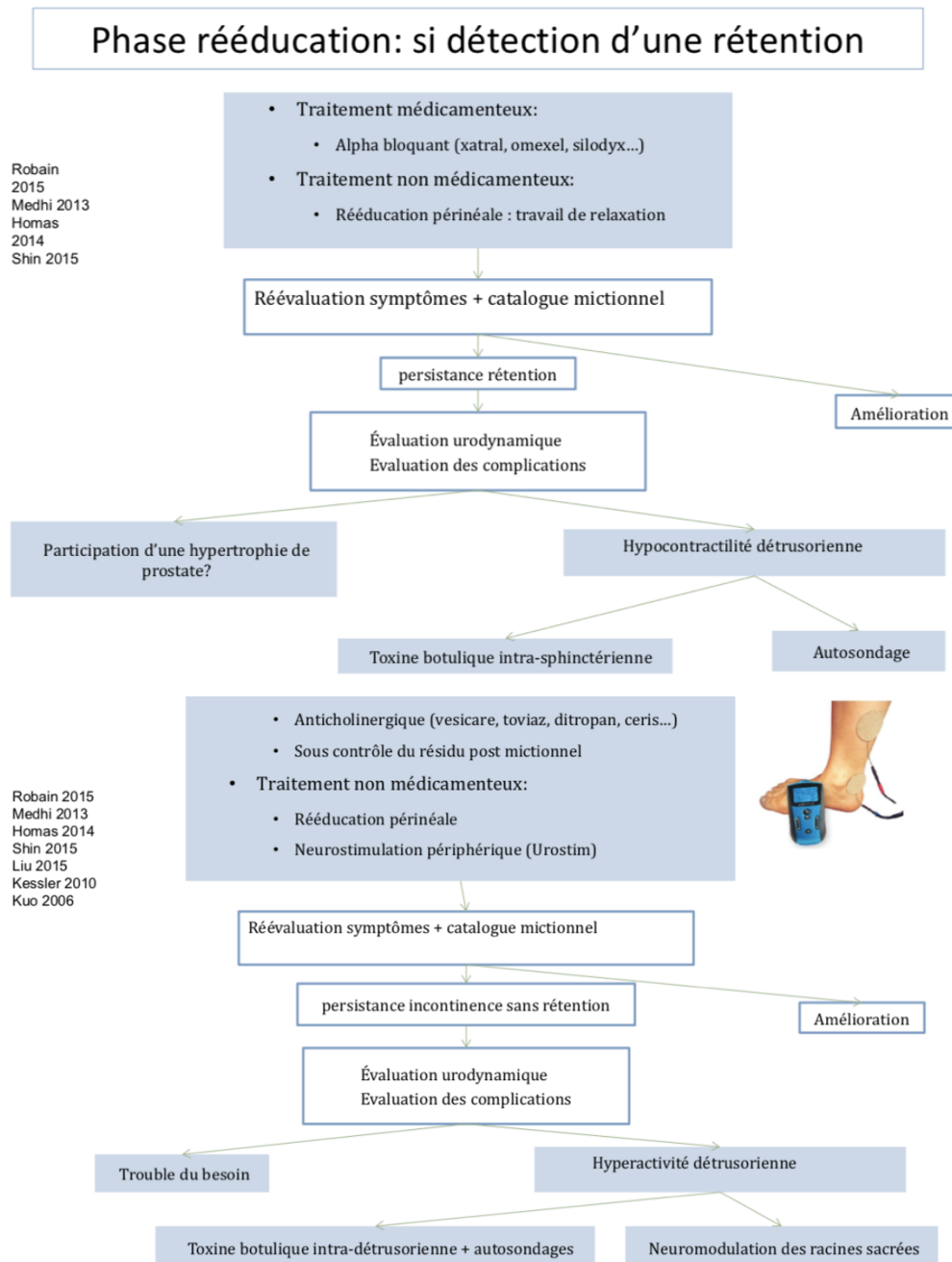
UE5.2 - Handicap pelvi-périnéal

Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval

- **Troubles vésico-sphinctériens :**
 - Vessie centrale : rétention, incontinence sur urgence, hyperactivité détrusorienne et dyssynergie VS
 - Risque de complications : infectieuse, rénale, vésicale, complications liées à la sonde à demeure
- **Troubles ano-rectaux :**
 - Constipation ++ (perte de sensation rectale, paralysie motrice des muscles abdominaux, dyssynergie ano-rectale, contractions rectales désinhibées)
 - Tt : laxatif, adaptation alimentaire, éducation thérapeutique, irrigation colique trans-anale
- **Troubles génito-sexuels :**
 - Dysérection, dyséjaculation, dysorgasme
 - Tt : érection (inhibiteurs de PDE5, injections intra-caverneuses, vaccum, prothèse pénienne), éjaculation (vibreux, massage prostatique, prlv testiculaire)

Accidents vasculaires cérébraux

- **Incontinence urinaire, infections urinaires, rétention**



Robain 2015
Medhi 2013
Homas 2014
Shin 2015
Liu 2015
Kessler 2010
Kuo 2006

UE5.2 - Handicap pelvi-périnéal

Sclérose en Plaques

- TVS inauguraux = prédictifs de la sévérité du tableau clinique et urodynamique ultérieur, facteur de majoration de la morbidité VS
- Symptômes possibles : Hyperactivité vésicale (hyperactivité détrusorienne), dysurie (dyssynergie VS, hypocontractilité détrusorienne), incontinence, rétention urinaire chronique
- Symptomatologie clinique **polymorphe** au cours du temps

Maladie de Parkinson

- Troubles mictionnels fréquents dans les syndromes parkinsoniens
- Altération de la qualité de vie

Parkinson	Atrophie multi-systématisée
Troubles moteurs précèdent TVS	TVS précèdent trb moteurs
Résidu post-mictionnel négligeable	RPM significatif
Détrusor hyperactif +/- hypocontractile	Détrusor hyperactif puis hypocontractile
Synergie préservée	Dyssynergie vésico-sphinctérienne
Fonction sphinctérienne préservée	Insuffisance sphinctérienne par dénervation (EMG)
Résection trans-urétrale prostatique possible si HBP avérée	Attention : chirurgie invasive