



**AVC
Normandie**

**9^{ème} journée régionale médicale
Jeudi 20 juin 2024**

Troubles du bas appareil urinaire post AVC

20 juin 2024

Dr Antoine Desvergée

PH en Médecine Physique et Réadaptation, CHU
Caen

Institut Régionale de Médecine du Sport, CHU
Caen

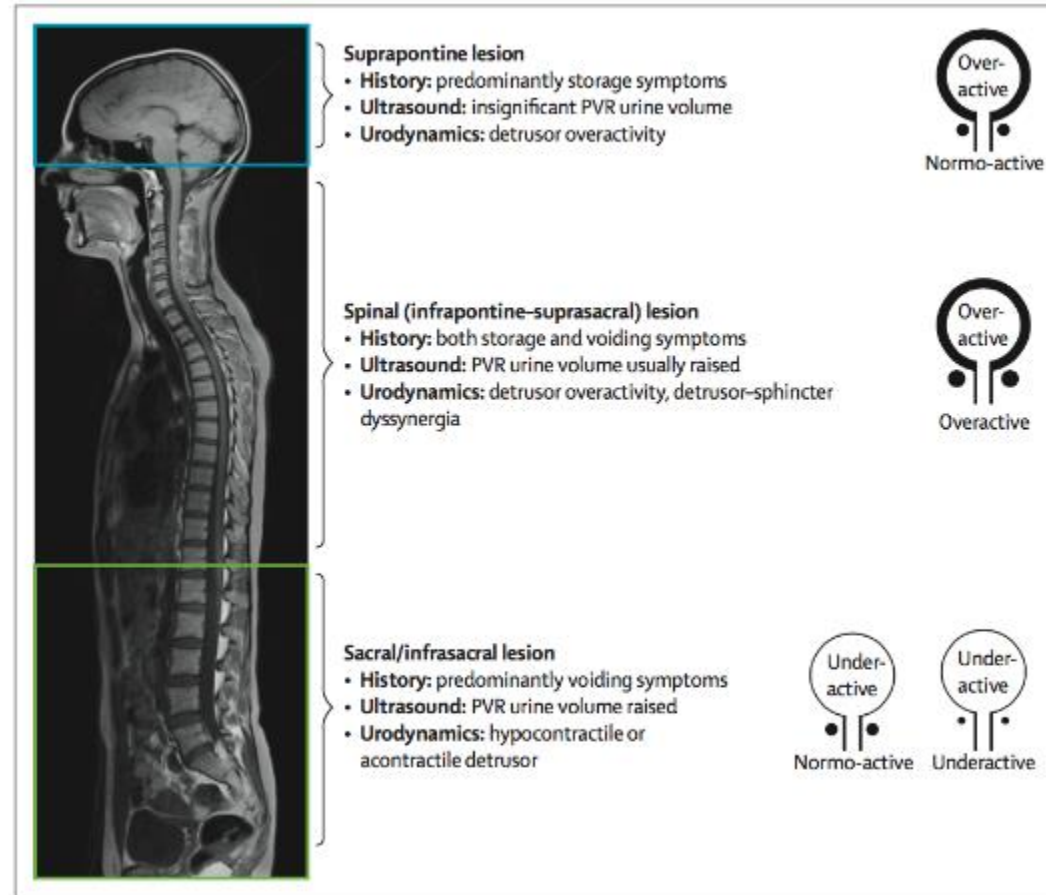
Comité Régional Olympique de Normandie

Maison Sport Santé CHU Caen Normandie





Physiologie





Physiologie

- Phase de remplissage :
 - Relaxation du détrusor
 - Contraction du sphincter
- Phase mictionnelle
 - Contraction du détrusor
 - Relaxation du sphincter



TUBA AVC : les chiffres

- Fréquents à la phase aiguë de l'AVC :
 - 40 à 60% à l'entrée à l'hôpital
 - 25% à la sortie de l'hôpital
- Evolution spontanément positive de ces troubles avec le temps *
- 15% à un an**
- Persistance associée à un moins bon pronostic fonctionnel.
- TUBA : facteur indépendant de pronostic d'évolution fonctionnelle du patient post AVC***

* Patel M et al, stroke 2001

**Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults, Thomas L et AL 2020

*** Wang Y et al, Arch Pys Med Rehabil 2003



TUBA AVC : les symptomes

Symptomatologie la plus fréquente :

- Fuites (~~Incontinence~~)
- Mécanismes variables *

Pas de corrélats neuroanatomiques entre lésions AVC et troubles urinaires**

Mécanismes des troubles initiaux :

- « Choc cérébral »
- Troubles de conscience initiaux
- Déstabilisation d'une situation fragile auparavant
 - Femme > homme
 - Prostate homme, prolapsus femme, fuites urinaires d'effort...
 - Tares pré existantes à l'AVC type diabète

A 1 an, toujours une proportion supérieure à la population générale : 10-33% de mécanisme irritatif principalement.

Retentissement sur la qualité de vie aussi difficile à faire préciser : cumul avec les autres handicaps***

*Brittain KR et al, stroke 2000

** (G. Jeanson,*, F. Lebreton) 2018

***Daviet JC et al, Ann Readapt Med Phys 2004)



TUBA AVC : les symptômes

- Facteur de gravité au même titre que l'âge, l'étendue de la lésion ou les troubles neuropsychologiques*
- Facteur de pronostic vital proportionnel à la gravité de l'atteinte clinique
 - 60% si incontinence totale
 - 25% si incontinence partielle
 - 7% si continence
- Symptomatologies :
 - HAV : 70%
 - Dysurie : 20%
 - Mixte : 10 %

* A review of post-stroke urinary incontinence. Tuong NE 2016



- **Symptômes cliniques d'hyper activité vésicale**

Définition ICS

Urgenturie : désir soudain, impérieux et fréquemment irrésistible d'uriner.

- C'est un besoin pathologique.
- **LE symptôme central de l'HAV**

Symptôme de la phase de remplissage

+/- Fuites urinaires sur Urgenturie.

Pollakiurie diurne (>8mictions/j), Nycturie (≥2 levers nocturnes)

Evocateur mais non spécifique d'hyperactivité détrusorienne (concept urodynamique)+++.

- Hyperactivité vésicale est un syndrome clinique
- Hyperactivité Détrusorienne est un symptôme manométrique



TUBA AVC : les symptômes

Dysurie / rétention :

Symptôme de la phase mictionnelle et post mictionnelle

Deux types de mécanismes

- **Soit obstacle urologique :**
 - adénome, sténose urétrale, maladie du col vésical
 - Dyssynergie vésico-sphinctérienne neurologique ou fonctionnelle
 - **Risque pour le haut appareil urinaire +++**
- **Soit hypoactivité détrusor :**
 - d'origine neurologique (diabète, polyneuropathie)
 - Causes locales : fécalome, infection urinaire, escarre,
 - Iatrogène+++ (antidépresseur)
 - Psychologique

Abrams et al. Neurorol Urodyn 2002
Haab et al. Prog Urol 2004



AVC
Normandie

Mécanismes des fuites urinaires post AVC

- HAD
- Hypocontractilité
- Troubles sensitifs
- Troubles déambulation
- Troubles comportementaux
- Troubles du langage

Impact des déficiences non VS



AVC
Normandie

TUBA post AVC : dépistage

- Interrogatoire
- Score
- Calendrier mictionnel
- Bladder scan



TUBA post AVC : explorations

- ECBU
- Bio
- Echographie réno vésicale
- Cystoscopie
- BUD :
 - Hyper activité détrusorienne 37-62%
 - Hypo contractilité détrusorienne 12-41%



AVC
Normandie

TUBA AVC : Prise en charge en neurologie

Pendant la phase aiguë, la gestion de la rétention urinaire est indispensable.

- Sonde à demeure :
 - Prévenir RAU
 - Eviter un détrusor claqué
- Gestion SAD :
 - Fixation : Verge au zenith / Fixation au ventre
 - Changement : 3 semaines
 - Système clos



- Le plus efficace : pluridisciplinaire
- Reprogrammation mictionnelle
- Traiter les infections cliniques
- Rechercher hypertrophie prostatique chez les hommes
- Traitement des troubles colo-recto-anaux
- Attention aux médicaments pouvant entraîner une rétention
- Stimulation nerf tibial postérieur
- Mise sous anticholinergique en phase tardive : inhibe la plasticité cérébrale

Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. Thomas LH.
Cochrane 2019
Voiding and sexual dysfunction after cerebrovascular accidents.
Marinkovic SP 2001

Merci de votre attention