

Hyperactivité vésicale post chirurgicale

Laurent Lopez – Gilles Karsenty

Clinique Saint Augustin, Bordeaux

Hôpital De LA Conception, Marseille

Définition

Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale

- Urgenturie avec ou sans incontinence
- +/- polakiurie et nycturie
- Sous tendu ou pas par une hyperactivité du détrusor au BUD
- Sans infection ou pathologie pariétale évidente

Physiopathologie complexe

- Facteurs neurogènes, myogènes, urothéliogènes..
- Rôle de l'obstruction sous vésicale (modèle expérimental)
- Rôle de l'étirement de la paroi vésicale (prolapsus)

Le paradoxe

L'hyperactivité vésicale peut survenir de novo après

- Chirurgie du prolapsus des organes pelviens
- Chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort féminine
- Chirurgie de l'adénome de prostate
- Traitement du cancer de prostate

Pourtant c'est l'hyperactivité vésicale qui avait peut être justifié le traitement chirurgical

- D'un prolapsus des organes pelviens
- D'un adénome de prostate (*dont les symptômes les plus gênants sont ceux de la phase de stockage*)

L'hyperactivité vésicale était peut être associée

- A une incontinence urinaire d'effort (incontinence mixte) avec insuffisance sphinctérienne
- On espérait améliorer l'hyperactivité par le traitement de l'insuffisance sphinctérienne...

Chirurgie du prolapsus des organes pelviens (POP)

HV De Novo après chir. POP : 5-6% (modérée à sévère)¹.

Pas de FdR clair..

Avant de parler d'HV de Novo et de la traiter comme telle:

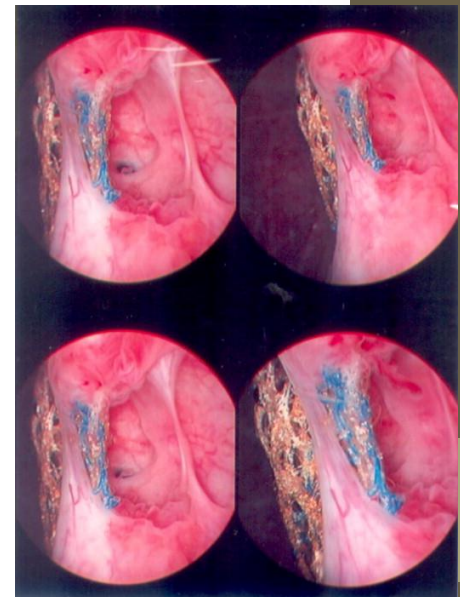
rechercher ce qui n'est pas de l'HV:



- **Infection**
 - Favoriser par
 - Le sondage post op (intérêt de le réduire, voire de le supprimer au delà du réveil)
 - L'érosion de matériel prothétique
 - L'obstruction
- **Erosion de matériel prothétique (dans la vessie) de survenu précoce ou tardive**
 - Facteur de risque de complication de prothèse voie vaginale du CNGOF²
 - Obésité, tabac, corticothérapie, rapport trop précoces, prothèse non polypropylène
- **Obstruction**
 - Plus rare qu'après BSU pour IUE
 - Aggravée si rétraction du matériel prothétique
 - De diagnostic difficile car l'obstruction est mal définie chez la femme (cf. infra)

Chirurgie du prolapsus des organes pelviens (POP)

- **Quel bilan pour des symptômes d'HV en post OP**
 - ECBU.
 - Uretrocystoscopie.
 - Débitmètrie + RPM ou Epreuve pression débit à comparer au pré-opératoire.
 - Role moins clair de l'écho endovaginale et de l'IRM
- **Quel traitement.**
 - Infection : antibiothérapie et correction des Fdr
 - **Erosion: résection du maximum de prothèse++**
 - Obstruction: résection limitée (sous uréthro-cervicale)?
- **Efficacité sur symptômes incertaine.**
 - Information des patientes++



Chirurgie du prolapsus des organes pelviens (POP)

Traitement de l'HV de novo ou de l'HV résiduelle après traitement d'une complication du traitement de POP.

Même approche...

1^{ère} ligne: rééducation PP, Anticholinergiques, Beta 3 agonistes et neuromodulation non invasive (TENS).

2^{ème} ligne: Toxine vs NMS₃ (Interstim)

Comment choisir..

Risque de dysfonction de la vidange accru¹

Si toxine info++ et ASPI appris et acceptés

Probablement en 2nde intention après NMS

NMS₃ avantage++ n'altère pas la vidange

Chirurgie de l'IUE féminine

- Cette chirurgie est dominée par les BSU
- Apres BSU jusqu'à 15% d'HV de novo

Comme pour le prolapsus éliminer d'abord les complications++

- Infection
- Erosion (trans-urétrale et ou vésicale)
- Obstruction (problème de définition)

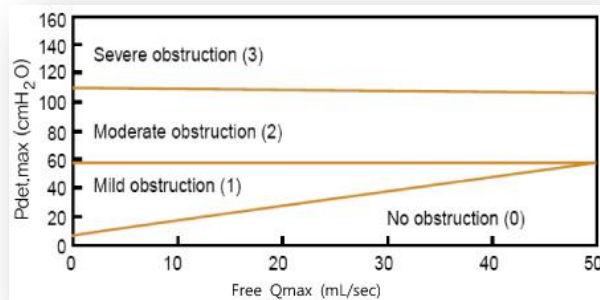
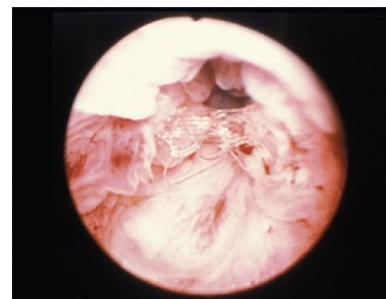


Diagramme de Blaivas et Groutz



Erosion trans-uretrale

Chirurgie de l'IUE féminine : idem

Traitement de l'HV de novo ou de l'HV résiduelle après complication

1^{ère} ligne: rééducation PP, Anticholinergiques, Beta 3 agonistes et neuromodulation non invasive (TENS).

2^{ème} ligne: Toxine vs NMS₃ (Interstim)

Comment choisir..

Risque de dysfonction de la vidange accru¹

Si toxine info++ et ASPI appris et acceptés

Probablement en 2nde intention après NMS

NMS₃ avantage++ n'altère pas la vidange

Chirurgie de l'IUE féminine

- Il n'y a pas que les bandelette sous urétrales..
- Ballons péri-uretraux
- Sphincter artificiel



Principe généraux semblable : 1^{er} éliminer les complications

- Infection, érosion , obstruction

Spécificité

- Les ballons sont faciles a dégonfler à déposer à changer

0022-5347/04/1721-0236/0
THE JOURNAL OF UROLOGY®
Copyright © 2004 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

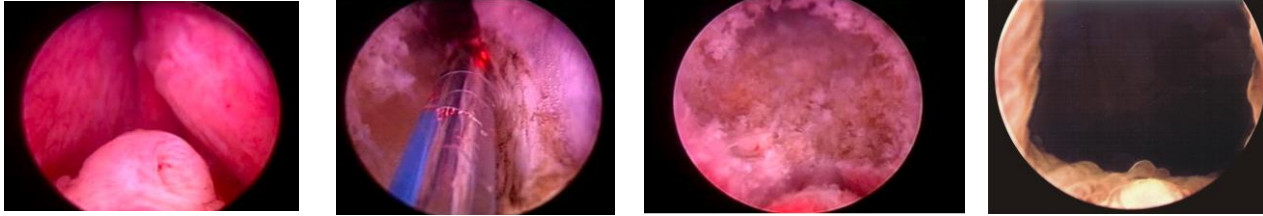
Vol. 172, 236-239, July 2004
Printed in U.S.A.
DOI: 10.1097/01.ju.0000132151.53532.86

SACRAL NEUROMODULATION FOR REFRACTORY DETRUSOR OVERACTIVITY IN WOMEN WITH AN ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER

MORGAN ROUPRET,* EMMANUEL CHARTIER-KASTLER, CHRISTOPHE ALMERAS, NADIM AYOUB,
ALAIN HAERTIG AND FRANÇOIS RICHARD

From the Department of Urology, Pitié-Salpêtrière Hospital, Paris, France

Chirurgie d'adénome



- **HV de novo ou persistante..?**
 - Persistante: Mal évalué mais au moins 20%
 - Liée à des modifications de la paroi vésicale et du reflexe mictionnel
 - De novo difficile a définir (pas au premier plan en pré op ou majorée).
 - Peut survenir après n'importe quelle technique de désobstruction
- **A quoi penser avant de conclure à une HV résiduelle « fixée »**
- Sténose de l'urètre et sclérose de loge
- Rétention de fragments dans une loge de résection
- Fragments de tissus nécrosé après laser

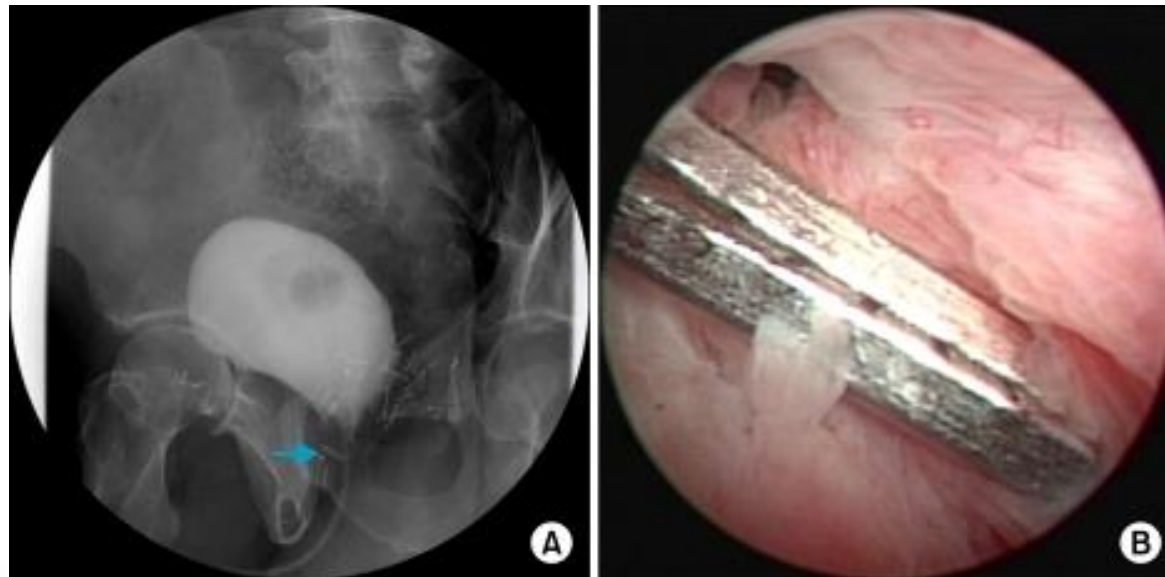
Avoir la cystoscopie « facile » entre 1 et 3 mois post op

HV après Chirurgie d'adénome

- Toutes les classes thérapeutiques de l'hyperactivité sont éligibles
- 1^{ère} ligne : Stimulation tibiale post, Anticholinergique, Beta3 agonistes.
- Neuromodulation S3 validée bien que non spécifiquement évaluée
- Pas d'étude à ce jour mais pas de désavantage au traitement par toxine lorsque l'obstacle a été clairement supprimé.

Chirurgie du cancer de prostate

- L'IU post PT est à plus de 95% un IUE par IS
- L'HV de novo après PT est marginale
- Des observations récurrentes
 - Migration de clips dans l'anastomose avec signe d'HV avant coureurs. Usage de clip a proximité de l'anastomose a éviter++



Conclusion

- **L'HV post opératoire après chirurgie du bas appareil urinaire est un signal d'alarme.**
 - Dans ce contexte on sort du cadre du syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV) puisqu'il y a une « autre pathologie évidente, atteinte de la paroi vésicale ou urétrale en particulier.
- **La recherche de complication est donc le premier temps diagnostic**
 - Place prépondérante de l'endoscopie, place moins claire de l'imagerie endocavitaire ou de l'IRM.
- **Une fois la complication traitée ou en l'absence de complication on retrouve le cadre du SCHV**
 - Le traitement puis dans l'arsenal du SCHV. Le choix d'une stratégie dépendra en premier lieu de la qualité de la vidange.