

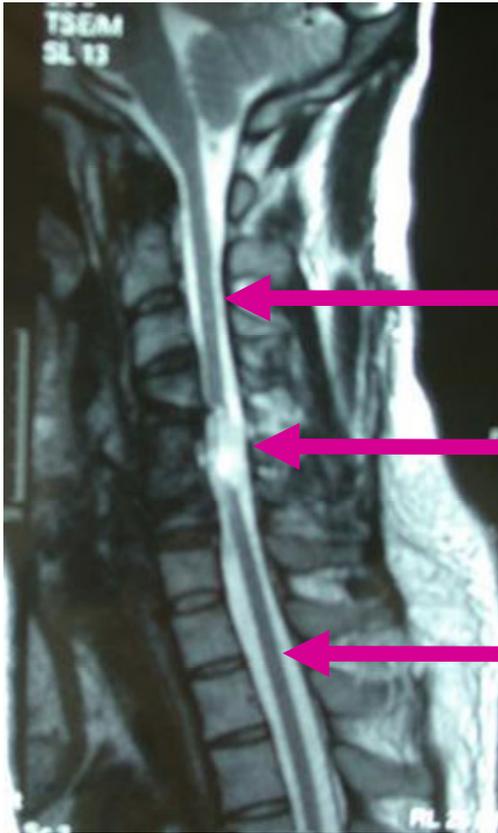
Contenance, sexualité, parentalité : L'exemple du patient blessé médullaire

Benjamin Bernuz, Isabelle Thiry-Escudie, Hubert Tournebise (Médecine Physique-Réadaptation),
Jeanne Perrin (Biologie/CECOS), **Veronique Viton** (Gastro-entérologie)
Coordination: **Gilles Karsenty** (Urologie)

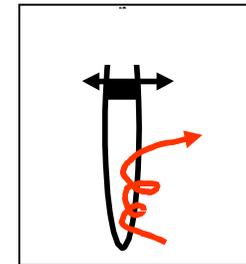
Centre Méditerranéen de **Neuro-Urologie** et **Pelvi-Périnéologie**

Marseille - Hyères

Problématique



- Segment sus-lésionnel
 - Fonctionnement normal
- Segment lésionnel
 - ϕ Phénomène volontaire
 - ϕ Phénomène réflexe
- Segment sous-lésionnel
 - ϕ Phénomène volontaire
 - Phénomène réflexe



Muscles striés
= Spasticité/spasmes
Mb et tronc...

Muscles lisses
= Hyperactivité vésicale
Dyssynergie Vésico Sphincterienne
...

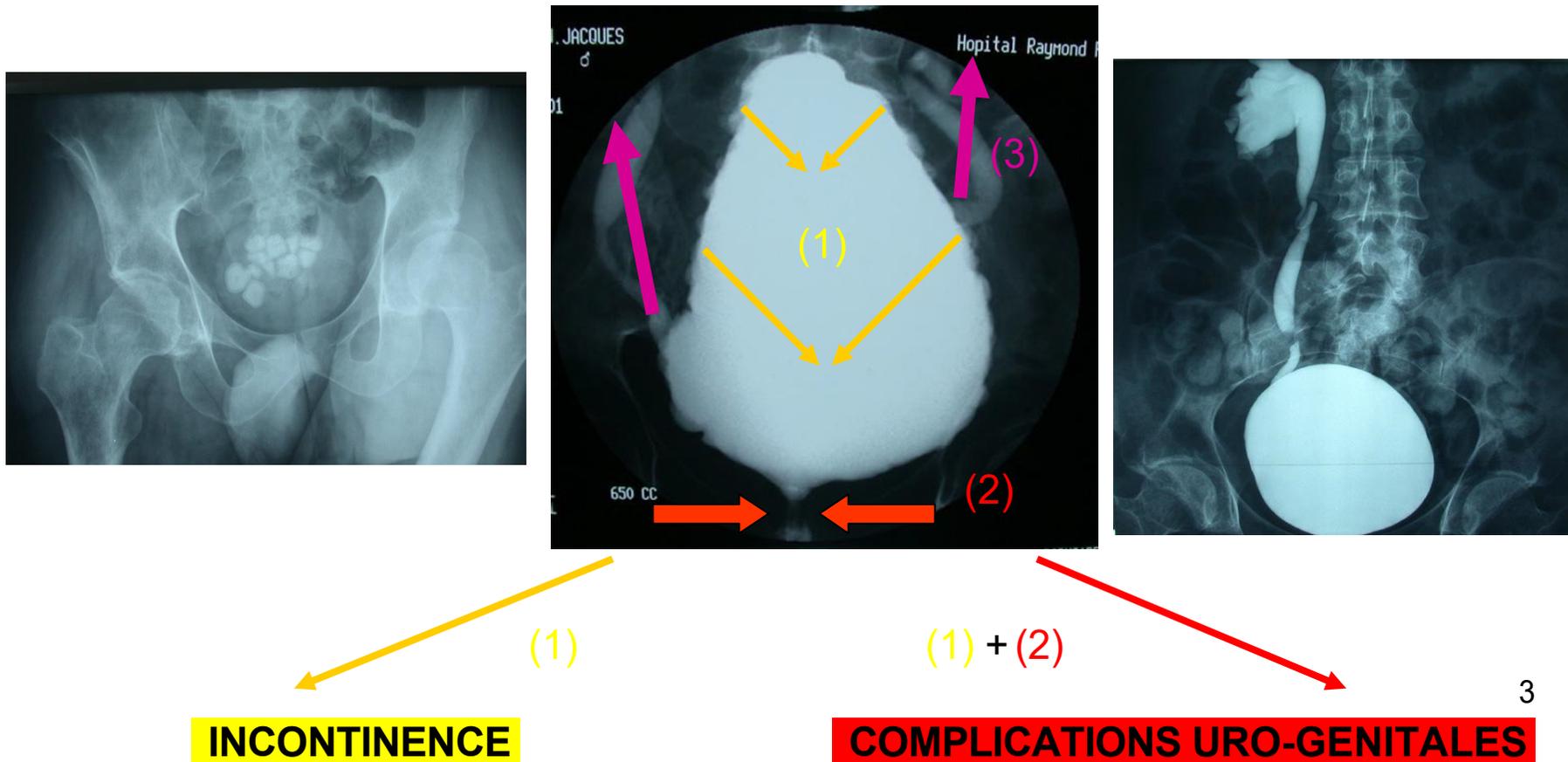
Système Végétatif:
= Erection, Ejaculation
HRA...

- Troubles vésico-sphinctériens (1):

- **1° priorité de prise en charge selon les patients**

(Knoeb 04, Anderson 06...)

- **1° cause de morbi-mortalité** (Killorin 92, Cardenas 04...)



• Troubles vésico-sphinctériens (2):

➤ 2 Objectifs:

✓ Vidange vésicale + Régime basse pression

✓ Contenance

➤ 1 mode mictionnel de choix:

✓ AutoSondage Propre Intermittent (ASPI) +

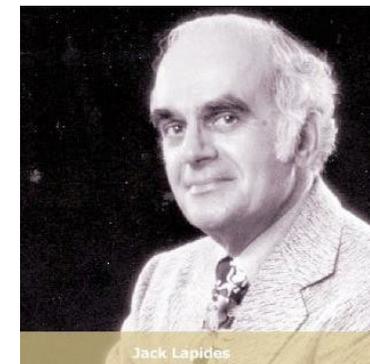
✓ Deconnexion vésicale

Milestone in Urology

CLEAN, INTERMITTENT SELF-CATHETERIZATION IN THE
TREATMENT OF URINARY TRACT DISEASE

JACK LAPIDES, ANANIAS C. DIOKNO, SHERMAN M. SILBER AND BETTE S. LOWE
From the Section of Urology, Department of Surgery, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor, Michigan
(Reprinted from J Urol, 107: 458-461, 1972)

- Les bases de l'auto sondage propre intermittent
 - La vessie se défend contre l'infection si sa paroi n'est pas ischémique.
 - La distension et l'hyperpression vésicale sont responsables d'ischémie de la paroi.
 - La vidange fréquente de la vessie prévient la distension et l'ischémie et lutte donc contre l'infection.
 - La fréquence de la vidange est plus importante que la propreté du sondage.
- « ..we have never seen a more grateful group of patients.. »



Continence et challenge urinaire

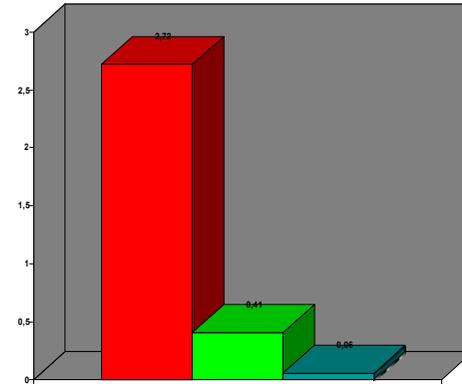
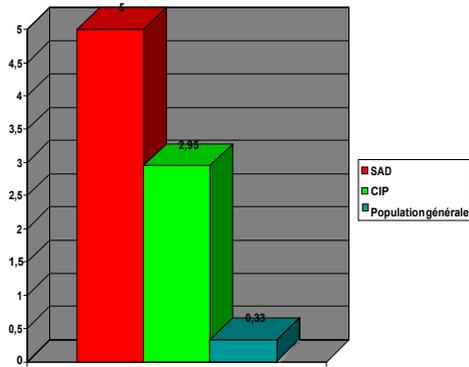
AutoSondage Propre Intermittent + déconnexion

Technique non seulement non infectante mais stérilisante:

↓ bactériuries ÷2

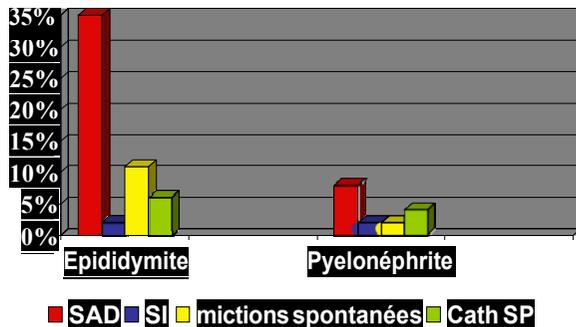
Esclarin de Ruz, J Urol, 2000

↓ significative infections urinaires ÷7.5

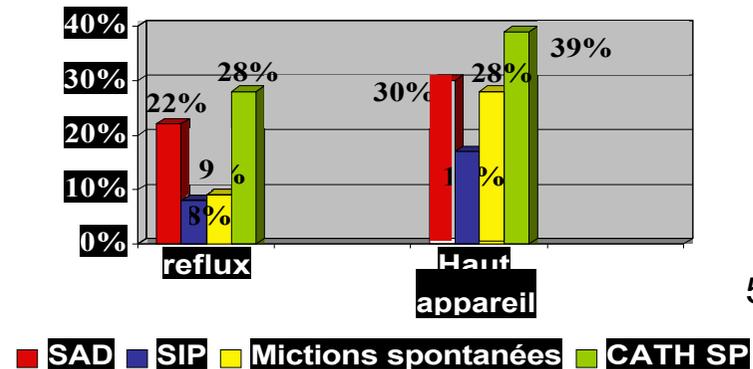


Moindre morbi-mortalité
que sonde à demeure, miction reflexe, KT sus pubien...
Weid, J Urol, 2000

Complications infectieuses



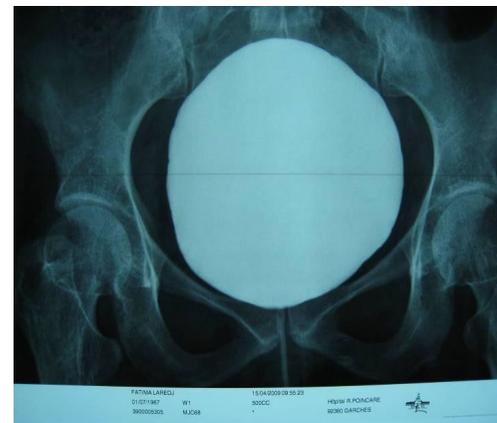
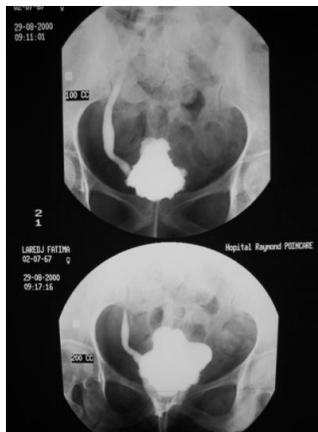
Anomalies radiologiques



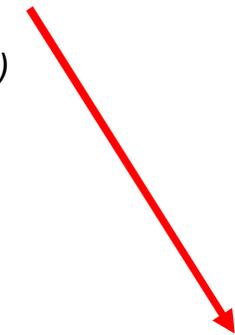
- Troubles vésico-sphinctérien (3)

ASPI + déconnexion vésicale =

Baisse de la morbi-mortalité (Weid 00, Samson 07)



Contenance



Recherche +++



Review – Neuro-urology
Botulinum Toxin A (Botox®) Intradetrusor Injections in Adults with Neurogenic Detrusor Overactivity/Neurogenic Overactive Bladder: A Systematic Literature Review

Gilles Karsenty^a, Pierre Denys^b, Gérard Amarenco^c, Marianne De Seze^d, Xavier Gamé^e, François Haab^f, Jacques Kerdran^g, Brigitte Perrouin-Verbe^h, Alain Ruffionⁱ, Christian Saussine^j, Jean-Marc Soler^k, Brigitte Schurch^l, Emmanuel Chartier-Kastler^{m,*}

- Troubles génito-sexuels:

Un vrai problème:

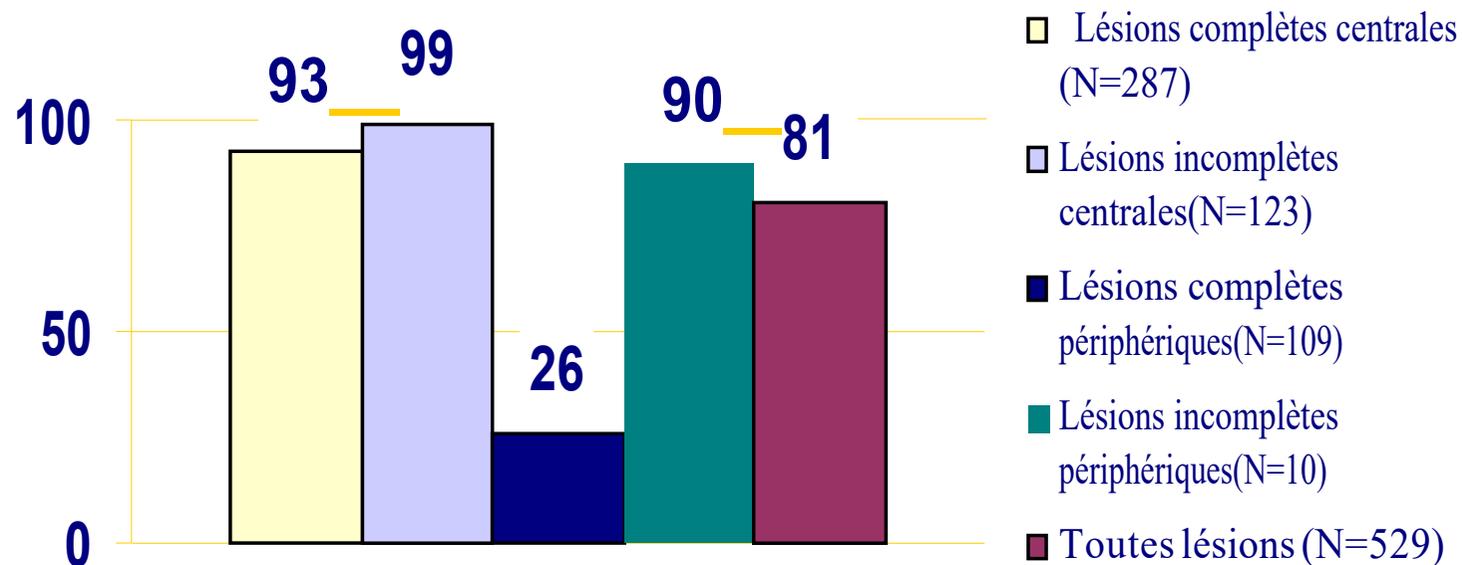


- Préoccupation lointaine ou tabou: le blessé médullaire n'est ni asexué ni stérile...
- **Corrélation entre prise en charge des troubles sexuels, estime de soi et qualité de la réinsertion** (*White MJ. Am J Phys Med 1992*)
- Pré-requis: continence, ↓ spasticité et complications spécifiques
- Cs multidisciplinaire systématique:
MPR / Biologiste / Urologue / Obstétricien / Anesthésiste

- Troubles génito-sexuels:

➤ *CHEZ L'HOMME: 1/Erection*

Fréquence de l'érection suivant le niveau et la sévérité de la lésion



8

🕒 Apprentissage nécessaire des modes de déclenchement des érections réflexes

- Troubles génito-sexuels:

➤ *CHEZ L'HOMME: 1/Erection → si echec?*

Inhibiteurs de la PDE5

80% d'amélioration

Problème de COUT+++



Injections intracaverneuses

95% de succès

Remboursées



Vacuum, Prothèse...

Echecs des autres ttt



- Troubles génito-sexuels:

- *CHEZ L'HOMME: 1/Erection*

- Au total:

- Apprentissage nécessaire des modes de déclenchement des érections réflexes
- Prise en charge précoce: information, ré-assurance
- Choix thérapeutique large et multiple
- Continence et spasticité maîtrisée
- Bien dissocier érection / sensation / éjaculation

- Troubles génito-sexuels:

➤ *CHEZ L'HOMME: 2/Ejaculation ≈ 20%*

TYPE DE LESION	Nb de PATIENTS	Tx d'EJACULATION
Tetra complets	287	5 %
Tetra incomplets	123	32 %
Para complets	109	18 %
Para incomplets	10	70 %

(Bors et Comar, 1960)

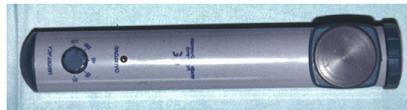
- Peu d'études
 - patient anéjaculateur (* infertile)
- Première ligne de traitement: aide au déclenchement de l'éjaculation ¹¹

- Troubles génito-sexuels:

- *CHEZ L'HOMME: 2/Ejaculation: si échec?*

- *Méthodes domicile (≠ Méthode hospitalière)*
- Permet les inséminations intravaginales, à domicile
- La stimulation vibratoire

- Ferticare ®



- Efficacité: 50 à 80% des cas (Sønksen 94, OHL 96)

- Les traitements pharmacologiques

- *Anticholium* ®, *Gutron*®

- *VOIE de RECHERCHE +++*

- Troubles génito-sexuels:

- *CHEZ L'HOMME: 2/Ejaculation: si échec? (2)*

- *Méthodes hospitalières*

- Electroéjaculation (près de 100% d'efficacité ms pb si sensib. rectale conservée)

- Ponctions déférentielles, ++ si programme de fertilité

- *CECOS, Mise en banque +++*

- Troubles génito-sexuels:

- *CHEZ LA FEMME:*

- *Sexualité-Conception: ≈OK*
- *Grossesse et accouchement: Cs multidisciplinaire +++*
 - *Maternité < 3 cas / 2000 accouchements /an*
 - *Compétences pour la vie familiale: QdV familiale à 10 ans, peu d'aide (Westgren 94)*
 - *Bilan pré grossesse (vessie-poumon-spasticité-syrinx...)*
 - *Suivi rapprochée si niveau > D10*
 - *Voie basse courante (40 à 80 %)*
 - *CI obstétricales: idem femmes non BM*
 - *CI neurologiques: Hyperréflexie autonome et spasticité incontrôlables*
 - *Maternité: Aucun soucis si*
Rééducation / Information / Adaptation matériel

➤ PARENTALITE:



Merci de votre attention