

45^E

CONGRÈS DE LA

SIFUD-PP

PROGRAMME

7 AU 9 JUIN 2023 - TOULOUSE

CENTRE DE CONGRÈS
PIERRE BAUDIS
DE TOULOUSE

SOUS LA PRÉSIDENTIE
DE XAVIER GAMÉ



MEMBRES DU BUREAU

Jean François HERMIEU (Président)
Gerard AMARENCO (Vice-président)
Xavier DEFFIEUX (Secrétaire Général)
Renaud DE TAYRAC (Secrétaire Général adjoint)
Emmanuel CHARTIER-KASTLER (Trésorier)
Benoît PEYRONNET (Rédacteur en Chef de la Revue Pelvi- Périnéologie)

Brigitte FATTON (Rédactrice adjointe de la Revue Pelvi-Périnéologie)
Amandine GUINET-LACOSTE (Présidente du Comité Scientifique)
Marianne DE SEZE (Chargée de la prospective)
Grégoire CAPON (Chargé de communication)
Michel COSSON (Past Président)


pelVi Com
POUR PLUS D'INFORMATION
CONSULTEZ NOTRE SITE WEB
www.info@sifud-pp.fr

La technologie FeelClean® protège la muqueuse urétrale, première ligne de défense contre les infections urinaires

Retrouvez-nous
pour plus de détails
au stand n° 19

 **FeelClean®**
Technologie

Technologie
brevetée et unique.
Sondes de
3^{ème} génération¹



**Sans
PVP**

Les propriétés
hydrophiles sont
intégrées dans
le corps de sonde¹



Les sondes
GenteCath®
ne colent pas¹



Taches
et souillures
minimisées¹

pour une expérience
plus propre
lors du sondage.

Les produits de la gamme GenteCath® Glide et Air sont des dispositifs médicaux de classe I stérile (CE2797), fabriqués par Convatec. Ils sont destinés à la vidange régulière de la vessie par sondage urinaire intermittent. Les produits des gammes GenteCath® Glide et Air sont remboursables par la Sécurité Sociale au titre Ter, chapitre 1, section 4, sous-section 1 de la LPPR pour le recueil ou le drainage des urines et des selles. Lire attentivement la notice d'instruction du produit avant utilisation. 1. Pollard D, Allen D, Irwin NJ, Moore JV, McClelland N, McCoy CP. Evaluation of an integrated amphiphilic surfactant as an alternative to traditional polyvinylpyrrolidone coatings for hydrophilic intermittent urinary catheters. *Biotribology*. Published online August 31, 2022:100223. doi:10.1016/j.biortri.2022.100223. Laboratoires Convatec, société par action simplifiée (SAS) au capital social de 40 000€ - siège social : 89, boulevard National - 92250 La Garenne-Colombes - R.C.S. NANTERRE B 318 209 251 - SIREN 318 209 251-CODE NAF : 4646Z - N°TVA Intracommunautaire : FR 34 318 209 251
© 2023 Convatec. ® /™ indique une marque d'une société du groupe Convatec. Mai 2023.

Nous avons toutes et tous été émerveillé(e)s par le congrès de Saint Malo, qu'il s'agisse du lieu ou de la qualité des échanges. Il restera pour beaucoup d'entre nous, un excellent souvenir de sifudien(ne). Nous tenons à remercier tous nos partenaires (les fidèles et les nouveaux !) sans lesquels ce type d'événement n'est pas réalisable, mais également les présidents Philippe Debodinance et Jacques Kerdraon, ainsi que les orateurs, les modérateurs et toutes celles et tous ceux qui ont œuvré, souvent dans l'ombre, à l'organisation de cet événement.

Après quelques années bousculées par la pandémie, nous reprenons le cours historique de nos manifestations et le prochain congrès de la SIFUD-PP (le 45^{ème} déjà !) se tiendra à Toulouse du 7 au 9 juin 2023, sous la présidence de Xavier Gamé.

Que vous soyez médecin ou chirurgien, infirmier(e), kinésithérapeute, sage-femme, expérimenté(e) ou novice en pelvi-périnéologie, vous trouverez forcément une session faite pour vous lors de ce congrès.

Le Rapport de la SIFUD-PP portera cette année sur les troubles urinaires et anorectaux associés à l'endométriiose. Sur le plan de la convivialité, nous renouvellerons notre célèbre QUIZZ au milieu des stands d'exposition pour lequel la participation et le soutien des partenaires sont attendus !

Au plaisir de se retrouver !

Pour le bureau de la SIFUD-PP,

X. Deffieux

Secrétaire Général

Cher(e)s Ami(e)s,

Recevoir la SIFUD-PP à Toulouse était un rêve qui aujourd'hui devient réalité.

C'est donc avec un immense plaisir que nous vous accueillons sur notre terre occitane pour la 45^{ème} édition du congrès de notre société savante.

L'esprit d'équipe transdisciplinaire a été depuis de nombreuses années l'esprit qui a régné dans notre activité professionnelle ici. Cet esprit est aussi celui qui fait la richesse de la SIFUD-PP qui permet à l'ensemble des disciplines s'intéressant à la région pelvi-périnéale de se parler, d'échanger et de s'enrichir les uns avec les autres. Ce congrès par son programme respecte totalement ces missions.

Être président de ce congrès est un véritable honneur qui m'est fait et que je sais apprécier à sa complète valeur, mais au travers de moi, c'est l'ensemble des équipes d'Urologie, de Gynécologie, de Chirurgie Digestive, de Chirurgie Pédiatrique Viscérale et de Médecine Physique et Réadaptation toulousaines qui doit être honoré ici.

Ce travail d'équipe parallèlement à ce que fait notre société savante et par les interactions que nous pouvons avoir avec elle, nous permet d'apporter les meilleurs soins possibles au patient.

Je tiens à remercier le Conseil d'Administration et le bureau de la SIFUD-PP ainsi que la Présidente du Conseil Scientifique.

Je vous souhaite à tous un merveilleux congrès riche en échanges, débats, discussions dans un esprit amical et convivial.

Xavier Gamé

Président du 45^{ème} Congrès de la SIFUD-PP de Toulouse

INFORMATIONS GENERALES



CENTRE DE CONGRÈS PIERRE BAUDIS

11 Esp. Compans Caffarelli,
31000 Toulouse



DU 7 AU 9 JUIN 2023

H O P **HOPSCOTCH CONGRES**
S C O 23 / 25 rue Notre Dame des Victoires
T C H 75 002 Paris
CONGRÈS

ORGANISATION GENERALE

Margot CHESTERMAN
TEL : 01 41 34 20 88
EMAIL : info@sifud-congres.fr

Eva TATIN
TEL : 01 41 34 20 37
EMAIL : info@sifud-congres.fr

GESTION DES PARTENARIATS

Faiza CHENOUI
TEL : 01 70 94 65 84
EMAIL : fchenoufi@hopscotchcongres.com

SERVICE INSCRIPTIONS

TEL : 01 41 34 20 21
EMAIL : congres@hopscotchcongres.com

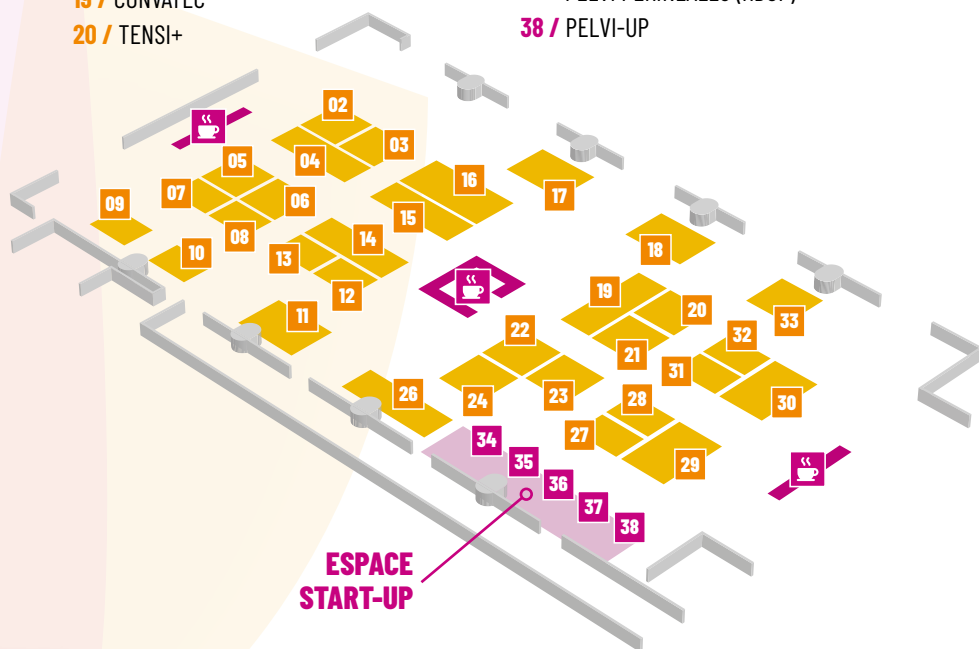


SIFUD-PP

Lieu-dit « Les Portes de l'Europe »
10, rue du Dr. Baillat
66 100 Perpignan
TEL : 04 68 54 67 10
EMAIL : info@sifud-pp.fr
WEB : www.sifud-pp.fr

PLAN D'EXPOSITION

- 02 / IBSA
- 03 / SCHWA MEDICO
- 04 / DIADOM
- 05 / CHATTANOOGA
- 06 / LILIAL
- 07 / FDMB
- 08 / PIERRE FABRE
- 09 / BD - BECTON DICKSON
- 10 / COUSIN VISCERAL
- 11 / FSK
- 12 / IPSEN PHARMA
- 13 / SLG MEDICAL
- 14 / HOLLISTER
- 15 / LABORATOIRE COLOPLAST
- 16 / WELLSPECT
- 17 / BASTIDE MEDICAL
- 18 / ABBVIE
- 19 / CONVATEC
- 20 / TENSI+
- 21 / MEDTRONIC
- 22 / TELEFLEX
- 23 / REFERENCE SANTE
- 24 / B. BRAUN
- 26 / CREO MEDICAL
- 27 / ARCHIMED
- 28 / BIVEA MEDICAL
- 29 / MANFRED
- 30 / LABORIE
- 31 / MYLITTLEPESSAIRE
- 32 / BOSTON SCIENTIFIC
- 33 / A.M.I. AGENCY FOR MEDICAL INNOVATIONS FRANCE
- 34 / FLOWTENS
- 35 / LUMEEEN
- 36 / ASSOCIATION PARLONS PIPI SANS TABOUS
- 37 / LE RÉSEAU DES DOULEURS CHRONIQUES PELVI PÉRINÉALES (RDPC)
- 38 / PELVI-UP



SYNOPSIS **MERCREDI 7 JUIN 2023**

AUDITORIUM SAINT EXPUPÉRY NIVEAU 2	SALLE ARIANE 2 NIVEAU 1	SALLE ARIANE 1 NIVEAU 1	SALLE SPOT NIVEAU 1	SALLE GUILLAUMET 2 NIVEAU 1
09h00 - 10h15 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES	09h00 - 12h00 SESSION JUNIORS	09h00 - 10h30 ATELIER 1 Bilan urodynamique aux âges extrêmes : quelles spécificités techniques et d'interprétation ?	09h00 - 10h30 ATELIER 5 Evaluation des muscles du plancher pelvien en cas d'incontinence urinaire à l'effort de la femme : quels paramètres évaluer avant la rééducation ?	09h00 - 10h30 ATELIER 9 Cystostomie continente versus dérivation non continente chez le blessé médullaire : Quand ? Pourquoi ? Comment ?
10h15 - 10h45 Pause et visite des stands				
10h45 - 12h00 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES		10h30 - 12h00 ATELIER 2 Evaluation et stratégies diagnostiques : relation croisée spasticité/épines irritatives et troubles urinaires	10h30 - 12h00 ATELIER 6 Comment interroger les patientes et prendre en charge les douleurs du post partum ?	10h30 - 12h00 ATELIER 10 Recommandations HAS concernant les complications de la chirurgie prothétique de l'incontinence urinaire à l'effort et du prolapsus
12h00 - 13h30 Pause déjeuner sur exposition				
13h30 - 15h00 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES Atelier A	13h30 - 15h00 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES Atelier B	13h30 - 15h00 ATELIER 3 Vidéo urodynamique et Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : indications, interprétations	13h30 - 15h00 ATELIER 7 Lésions chirurgicales du plexus hypogastrique : prévention et prise en charge	13h30 - 15h00 ATELIER 11 Place de la toxine botulique dans les troubles fonctionnels urinaires et anorectaux
15h00 - 16h00 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES		15h00 - 16h30 ATELIER 4 Discordance clinique et urodynamique : comment gérer ?	15h00 - 16h30 ATELIER 8 Place de l'échographie dans l'évaluation de l'incontinence urinaire d'effort	15h00 - 16h30 ATELIER 12 Incontinence urinaire après prostatectomie totale
16h00 - 16h15 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES Synthèse de la journée et perspectives				
16h30 - 16h40 OUVERTURE OFFICIELLE DU CONGRÈS				
16h40 - 17h30 « Les brèves de la SIFUD-PP »				
17h30 - 17h50 Session francophone				
17h50 - 18h10 Session SIUD and SIFUD-PP				
18h10 - 19h10 Symposium IPSEN				

SYNOPSIS JEUDI 8 JUIN 2023

AUDITORIUM SAINT EXPÉRY NIVEAU 2	SALLE CASSIOPÉE NIVEAU 1	SALLE ARIANE 2 NIVEAU 1	SALLE ARIANE 1 NIVEAU 1
08h00 - 09h00 TABLE RONDE 1A	08h00 - 09h00 TABLE RONDE 1B		
09h00 - 10h00 Symposium CONVATEC			
10h00 - 10h30 Pause et visite des stands			
10h30 - 11h30 TABLE RONDE PLÉNIÈRE			
11h30 - 13h00 Rapport de la SIFUD			
13h00 - 14h00 Pause déjeuner sur exposition		13h00 - 14h00 Symposium COLOPLAST	13h00 - 14h00 Symposium ABBVIE
14h00 - 14h30 Lecture			
14h30 - 15h30 TABLE RONDE PLÉNIÈRE			
15h30 - 16h00 Mise au point			
16h00 - 16h30 Bourses			
16h30 - 17h00 Pause et visite des stands			
17h00 - 18h30 COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES	17h00 - 18h30 COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES		
18h30 - 19h30 Symposium HOLLISTER			
19h30 - 20h00 QUIZZ SIFUD-PP			

SYNOPSIS VENDREDI 9 JUIN 2023

AUDITORIUM SAINT EXPÉRY NIVEAU 2	SALLE CASSIOPÉE NIVEAU 1
08h00 - 08h30 Assemblée générale de la SIFUD-PP	
08h30 - 10h00 Seven up	
10h00 - 10h30 Etat de l'art	
10h30 - 11h00 Pause et visite des stands	
11h00 - 12h00 TABLE RONDE 2A	11h00 - 12h00 TABLE RONDE 2B
12h00 - 13h00 Plénière	
13h00 - 14h00 Pause déjeuner sur exposition	
14h00 - 14h30 Lecture AFU	
14h30 - 16h00 COMMUNICATIONS LIBRES MÉDICALES	14h30 - 16h00 COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES
16h00 - 16h30 Session interactive	
16h30 - 17h00 Remise des prix	
17h00 FIN DU CONGRES	

BOTOX® est utilisé dans de multiples indications chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans

Migraine chronique Adultes

Traitement prophylactique de la migraine chronique (présence de céphalées au moins 15 jours par mois dont au moins 8 jours de migraine par mois) chez des patients adultes qui n'ont pas répondu ou sont intolérants aux autres traitements prophylactiques de la migraine.

BOTOX® constitue une option médicamenteuse en traitement prophylactique de la migraine chronique (présence de céphalées au moins 15 jours par mois dont au moins 8 jours de migraine par mois) chez des patients adultes qui n'ont pas répondu ou sont intolérants aux autres traitements prophylactiques oraux de la migraine.

En l'absence de donnée comparative par rapport aux anti-CGRP, le choix du traitement devra se faire selon les caractéristiques des patients, l'efficacité des molécules et leur profil de tolérance associé à différentes contre-indications.

Traitement +2 ans symptomatique local de la spasticité (hyperactivité musculaire) des membres supérieurs

Traitement +2 ans symptomatique local de la spasticité (hyperactivité musculaire) des membres supérieurs

Traitement +2 ans symptomatique local de la spasticité (hyperactivité musculaire) des membres inférieurs

+12 ans Troubles de l'oculomotricité strabisme, paralysies oculomotrices récentes, myopathie thyroïdienne récente

+12 ans Blépharospasme

+12 ans Spasme hémifacial

+12 ans Torticolis spasmodique

+12 ans Hyperhidrose axillaire sévère ayant résisté aux traitements locaux et entraînant un retentissement psychologique et social important

Adultes Traitement de l'hyperactivité détroisoriennne neurologique conduisant à une incontinence urinaire non contrôlée par un traitement anticholinergique chez :

- les patients blessés médullaires.
- les patients atteints de sclérose en plaques.

Adultes Traitement de l'hyperactivité vésicale idiopathique associée à des symptômes incluant :

- 3 épisodes d'incontinence urinaire avec urgurie sur 3 jours, et
- fréquence urinaire définie par un nombre de mictions ≥ 8 par jour et ne répondant pas de manière adéquate aux anticholinergiques (après 3 mois de traitement) ou intolérants au traitement anticholinergique et ne répondant pas à une kinésithérapie bien conduite.

+2 ans Traitement symptomatique local de la spasticité (hyperactivité musculaire) des membres inférieurs



Avant de prescrire BOTOX®, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr
BOTOX® doit être administré dans le cadre d'une prise en charge globale multidisciplinaire par des médecins spécialistes ayant déjà une bonne expérience de l'utilisation de la toxine dans ces indications et avec un plateau technique adapté.
Les doses recommandées de BOTOX® ne sont pas interchangeables avec les autres préparations de toxines botuliniques.
BOTOX® est agréé aux collectivités et réservé à l'usage hospitalier - Liste I.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code :



ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

abbvie

MERCREDI 7 JUIN 2023 SESSION JUNIOR

Modérateurs : Gérard Amarenco (Paris), Emmanuel Chartier Kastler (Paris), Thibaut Thubert (Nantes)

09h00 - 10h00

PHYSIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE

Salle Ariane 2

- › Physiologie de la défécation / *Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)*
- › Mécanismes de l'asynchronisme abdomino pelvien et conséquences cliniques / *Martine Loobuyck (Paris)*
- › Physiopathologie de la cystocèle / *Michel Cosson (Lille)*
- › Discussion

10h00 - 11h00

EXAMEN COMPLEMENTAIRES

Salle Ariane 2

- › IRM en statique pelvienne : limites et critères de qualité / *Marie Florin (Paris)*
- › Déféco IRM et défécographie : limites et interprétations / *Marie Florin (Paris)*
- › Diagnostic de l'hyperactivité en urodynamique / *Gérard Amarenco (Paris)*
- › Endoscopie vésicale : indications et limites / *Emmanuel Chartier-Kastler (Paris)*
- › Discussion

11h00 - 12h00

10 MINUTES POUR COMPRENDRE : POURQUOI JE FAIS/PRESCRIS ? COMMENT JE FAIS ?

Salle Ariane 2

- › Irrigations coliques par voie rétrograde / *Maelys Teng (Paris)*
- › Choix et pose d'un pessaire / *Lucie Allègre (Nîmes)*
- › Pose d'un sphincter artificiel péri bulbaire / *Grégoire Capon (Bordeaux)*
- › Plastron vaginal / *Michel Cosson (Lille)*
- › Prothèse pénienne / *Antoine Faix (Montpellier)*
- › Rééducation périnéale avec biofeedback / *Florence Hapillon (Anthy-sur-Léman)*

12h00 - 13h30

PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

MERCREDI 7 JUIN 2023 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES

08h30 - 09h00 **ACCUEIL DES PARTICIPANTS**

09h00 - 09h15 **MOT D'ACCUEIL**
Auditorium Saint Exupéry
Eliane Tan (Paris), Marianne de Sèze (Bordeaux)

09h15 - 10h15 **PLÉNIÈRE 1**
Auditorium Saint Exupéry

› **Table ronde : les vraies difficultés à l'auto-sondage urétral ou abdominal (méats enfouis, atrophie, prolapsus, douleurs...)** / *Sandrine Campagne-Loiseau et équipe infirmière (Clermont Ferrand), Evelyne Castel Lacanal et Carine Humbert (Toulouse)*

10h15 - 10h45 **PAUSE ET VISITE DES STANDS**

10h45 - 12h00 **PLÉNIÈRE 2**
Auditorium Saint Exupéry

› **Pelvipérinéologie connectée : intérêt et faisabilité des e.questionnaires, des e.calendriers mictionnels, des applications dédiées aux troubles urinaires ?** / *Xavier Biardeau, Laurence Queval et Blandine Liagre (Lille)*

12h00 - 13h30 **PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION**

13h30 -15h00 **ATELIERS**

ATELIER 1 / Auditorium Saint Exupéry Les pessaires : quand les prescrire, comment choisir, quels conseils pour la surveillance ? <i>Laure Panel et Laurence Ville (Montpellier)</i>	ATELIER 2 / Salle Ariane 1 Nouveautés technologiques en urodynamique <i>Eliane Tan, Romy Doussot et Philippe Lagnau (Paris)</i>
--	--

15h00 - 16h00 **PLÉNIÈRE 3**
Auditorium Saint Exupéry
Modération : *Isabelle Barbesange (Paris), Marianne de Sèze (Bordeaux), Eliane Tan (Paris)*

› **Ecologie et pelvipérinéologie** / *Alexia Even et Julie Dubois (Garches), Rebecca Hadad et Gaëlle Maréchal (Paris)*

16h00 - 16h15 **SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE ET PERSPECTIVES**
Auditorium Saint Exupéry
Eliane Tan, présidente de la JDI

MERCREDI 7 JUIN 2023 ATELIERS SIFUD-PP

08h30 - 09H00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

	ATELIERS <i>Salle Ariane 1</i>	ATELIERS <i>Salle Spot</i>	ATELIERS <i>Salle Guillaumet 2</i>
09h00 - 10h30	ATELIER 1 Bilan urodynamique aux âges extrêmes : quelles spécificités techniques et d'interprétation ? <i>Rebecca Haddad (Paris)</i> <i>Pauline Lallemand (Paris)</i>	ATELIER 5 Evaluation des muscles du plancher pelvien en cas d'incontinence urinaire à l'effort de la femme : quels paramètres évaluer avant la rééducation ? <i>Xavier Deffieux (Clamart)</i> <i>Bernard Parratte (Besançon)</i> <i>Benoit Steenstrup (Rouen)</i>	ATELIER 9 Cystostomie continente versus dérivation non continente chez le blessé médullaire : quand ? Pourquoi ? Comment ? <i>Grégoire Capon (Bordeaux)</i> <i>Alexia Even (Garches)</i>
10h30 - 12h00	ATELIER 2 Evaluation et stratégies diagnostiques : relation croisée spasticité/épinés irritatives et troubles urinaires <i>Evelyne Castel Lacanal (Toulouse)</i> <i>David Gasq (Toulouse)</i>	ATELIER 6 Comment interroger les patients et prendre en charge les douleurs du post partum ? <i>Sandrine Millones (Albi)</i> <i>Stéphane Plateau (Nantes)</i>	ATELIER 10 Recommandations HAS concernant les complications de la chirurgie prothétique de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus <i>Jean-François Hermieu (Paris)</i> <i>Renaud de Tayrac (Nîmes)</i>

12h00 - 13h30 PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

	ATELIERS <i>Salle Ariane 1</i>	ATELIERS <i>Salle Spot</i>	ATELIERS <i>Salle Guillaumet 2</i>
13h30 - 15h00	ATELIER 3 Vidéo urodynamique et Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : indications, interprétations <i>Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)</i> <i>Alain Ruffion (Lyon)</i>	ATELIER 7 Lésions chirurgicales du plexus hypogastrique : prévention et prise en charge <i>Elodie Chantalat (Toulouse)</i> <i>Caroline Thuillier (Grenoble)</i>	ATELIER 11 Place de la toxine botulique dans les troubles fonctionnels urinaires et anorectaux <i>Frédérique Le Breton (Paris)</i> <i>Antoine Philis (Toulouse)</i>
15h00 - 16h30	ATELIER 4 Discordance clinique et urodynamique : comment gérer ? <i>Xavier Biarreau (Lille)</i> <i>Gilberte Robain (Paris)</i>	ATELIER 8 Place de l'échographie dans l'évaluation de l'incontinence urinaire d'effort <i>Brigitte Faton (Nîmes)</i> <i>Marie Florin (Paris)</i>	ATELIER 12 Incontinence urinaire après prostatectomie totale <i>Alizée Aigon (Paris)</i> <i>Xavier Gamé (Toulouse)</i>

MERCREDI 7 JUIN 2023 SIFUD-PP

16h30 – 16h40

OUVERTURE DU CONGRES DE LA SIFUD-PP

Auditorium Saint Exupéry

Xavier Deffieux (Clamart), Xavier Gamé (Toulouse), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Jean-François Hermieu (Paris)

16h40 – 17h30

BRÈVES DE LA SIFUD-PP

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Marianne de Sèze (Bordeaux), Xavier Fritel (Poitiers), Véronique Phé (Paris)

- > Incontinence urinaire à l'effort et prolapsus : quelles prothèses et bandelettes sous urétrale nous reste-t-il en 2023 ? / *Michel Cosson (Lille)*
- > Hispareunie : quelle prise en charge proposer ? / *Jean-François Hermieu (Paris)*
- > Carences nutritives et vitaminiques : quel impact en pelvi-périnéologie ? / *Gilberte Robain (Paris)*
- > Incontinence urinaire post natale : la rééducation périnéale prénatale a-t-elle une place ? / *Xavier Fritel (Poitiers)*
- > Y a-t-il une place pour l'intelligence artificielle en pelvi périnéologie ? / *Camille Chesnel (Paris)*
- > Chirurgie robotique en neuro urologie : où en est-on réellement ? / *Alain Ruffion (Lyon)*
- > Les dispositifs pour améliorer la continence anale / *Guillaume Meurette (Genève, Suisse)*
- > Dysfonction érectile : les traitements d'avenir / *Nader Hadji (Saint Saturnin)*

17h30 – 17h50

SESSION FRANCOPHONE LECTURE FASULF

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Brigitte Fatton (Nîmes), Gilles Karsenty (Marseille)

- > Imagerie du périnée et du point G pendant le rapport sexuel / *Antoine Faix (Montpellier)*

17h50 – 18h10

SESSION SIUD

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Gérard Amarenco (Paris), Michel Cosson (Lille), Xavier Gamé (Toulouse)

- > Chronic pelvic pain in female and male patients: back to the future / *Alessandro Giammò (Italie)*

18h10 – 19h10

SYMPOSIUM IPSEN

Auditorium Saint Exupéry

Modérateur : Véronique Phé (Paris)

Hyperactivité Neurogène du Détrusor : la toxine à tout prix ?

- > Introduction / *Véronique Phé (Paris)*
- > Critères d'efficacité et d'échappement chez un patient multi-injecté / *Evelyne Caste-Lacanal (Toulouse)*
- > Discordance clinique urodynamique dans l'incontinence neurologique du détrusor / *Charles Jousain (Garches)*
- > La toxine botulinique A : jusqu'à quelle étape ? / *Xavier Biardeau (Lille)*
- > Conclusion et discussion

19h15

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SIFUD-PP

Salle Ariane 2

Wellspect®

UNE NOUVELLE FORME AVEC PLUS DE FLEXIBILITÉ

L'embout flexible est
le dernier membre de
la famille LoFric Origo.



LoFric Origo est un dispositif médical de Classe I stérile, à usage unique, fabriqué et stérilisé par Wellspect HealthCare, Mölndal Suède, indiqué dans le sondage urinaire intermittent. Organisme notifié CE 2797. Remboursement sécurité sociale à 60% ou 100% pour le patient en A.L.D. Lire attentivement le mode d'emploi.

LoFric® Origo™

JEUDI 8 JUIN 2023

07h30 - 08h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

08h00 - 09h00 TABLES RONDES

TABLE RONDE 1A / Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : *Olivier Hamel (Toulouse)*, *Jacques Kerdraon (Ploemeur)*

Syringomyélie acquise post traumatique chez le patient blessé médullaire

- › Imagerie(s) de référence pour diagnostiquer, évaluer et suivre une syringomyélie / *Marie Florin (Paris)*
- › Troubles urinaires et anorectaux du patient blessé médullaire : quand penser à la syringomyélie ? / *Maelys Teng (Paris)*
- › Quelle(s) indication(s) chirurgicales des syringomyélies acquises chez le patient blessé médullaire ? / *Olivier Hamel (Toulouse)*
- › Syringomyélie acquise post traumatique et chirurgie urologique : y a-t-il des précautions à prendre ? / *Benoit Peyronnet (Rennes)*

TABLE RONDE 1B / Salle Cassiopée

Modérateurs : *Emmanuel Chartier-Kastler (Paris)*, *Antoine Philis (Toulouse)*, *Anne-Cécile Pizzoferrato (Poitiers)*

Rectocèle : quelle stratégie chirurgicale ?

- › Avantages et inconvénients de la voie d'abord vaginale / *Sandrine Campagne-Loiseau (Clermont-Ferrand)*
- › Voie coelioscopique : interposition prothétique, plicature simple ou rectopexie ? / *Antoine Philis (Toulouse)*
- › Avantages et inconvénients du traitement concomitant des autres étages / *Caroline Thuillier (Grenoble)*
- › Quand et comment faire une réparation périnéale associée ? / *Anne-Cécile Pizzoferrato (Poitiers)*

09h00 - 10h00

SYMPOSIUM CONVATEC

Auditorium Saint Exupéry

Modérateur : *Gérard Amarenco (Paris)*

Savoirs et croyances sur l'autosondage : divergences de points de vue

- › Celui du praticien / *Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)*
- › Celui de l'infirmier / *Eliane Tan (Paris)*
- › Celui du patient / *Marie Lorial*
- › Celui du laboratoire / *Jean-Michel Marquet (Paris)*

10h00 - 10h30

PAUSE ET VISITE DES STANDS

JEUDI 8 JUIN 2023

10h30 - 11h30

TABLE RONDE PLÉNIÈRE

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Pierre Costa (Nîmes), Xavier Deffieux (Clamart), Alexia Even (Garches), Xavier Gamé (Toulouse), Martine Loobuyck (Paris)

Bientraitance et examen périnéal

- > Ethique et codes de déontologie professionnelle / *Pierre Costa (Nîmes)*
- > L'apprentissage de l'examen périnéal aux étudiants en 2023 / *Xavier Gamé (Toulouse)*
- > Nouvelles recommandations pour la pratique clinique des examens pelviens en gynécologie et obstétrique (CNGOF) / *Xavier Deffieux (Clamart)*
- > Optimiser la relation soignant-soigné au quotidien en neuro-urologie / *Alexia Even (Garches)*
- > La rééducation périnéale à l'heure des mouvements sociétaux luttant contre les violences faites aux femmes / *Martine Loobuyck (Paris)*

11h30 - 13h00

RAPPORT DE LA SIFUD-PP

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Xavier Gamé (Toulouse), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)

Troubles urinaires et anorectaux associés à l'endométriose

- > Versant anatomie / *Stéphane Ploteau (Nantes)*
- > Versant gynécologie / *Thibaut Thubert (Nantes)*
- > Troubles urinaires / *Thibaut Brierre (Toulouse)*
- > Troubles anorectaux / *Guillaume Meurette (Genève)*

13h00 - 14h00

PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

SYMPOSIUM ABBVIE

Salle Ariane 1

Modérateurs : Christian Saussine (Strasbourg)

Données et pratiques en neuro-urologie : 10 ans d'expérience

- > Introduction / *Christian Saussine (Strasbourg)*
- > 10 ans de données sur la toxine en neurourologie / *Camille Chesnel (Paris)*
- > 10 ans de pratique en neuro-urologie / *Christian Saussine (Strasbourg)*
- > Actualités et perspectives / *Alexia Even (Garches)*
- > Séance de Questions & Réponses avec la salle

SYMPOSIUM COLOPLAST

Salle Ariane 2

Infections urinaires sous autosondages : quels paramètres revoir et corriger pour réduire le risque ?

Gérard Amarenco (Paris) & Xavier Gamé (Toulouse)

14h00 - 14h30

LECTURE

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Xavier Fritel (Poitiers), Rebecca Haddad (Paris), Jean-François Hermieu (Paris)

- > Dysfonction vésicale en anesthésie / *Fouad Atallah (Toulouse)*

JEUDI 8 JUIN 2023

14h30 - 15h30

TABLE RONDE PLÉNIÈRE

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Grégoire Capon (Bordeaux), Camille Chesnel (Paris), Brigitte Fatton (Nîmes)

Incontinence urinaire à l'effort récidivée : quel bilan et prise en charge ?

- > A distance de séances de rééducations périnéales / Sylvie Billecocq & Nicolas Turmel (Paris)
- > Après sphincter artificiel urinaire chez l'homme / Christian Saussine (Strasbourg)
- > Après pose d'une bandelette sous urétrale chez la femme / Matthieu Mezzadri (Paris)

15h30 - 16h00

MISE AU POINT

Auditorium Saint Exupéry

Modérateur : Elsa Bey (Nîmes), Marianne De Sèze (Bordeaux), Philippe Ferry (La Rochelle)

- > Médicaments des troubles fonctionnels urinaires et grossesse / Justine Bénévnt (Toulouse)

16h00 - 16h30

BOURSES

Auditorium Saint Exupéry

Xavier Deffieux (Clamart), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Jean-François Hermieu (Paris)

16h30 - 17h00

PAUSE ET VISITE DES STANDS

17h00 - 18h30

COMMUNICATIONS LIBRES

COMMUNICATIONS LIBRES MÉDICALES

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Xavier Biarreau (Lille), Sylvie Billecocq (Paris), Audrey Charlanes (Bordeaux), Pauline Lallemand (Paris)

- > Résultats d'une majoration de dose à 300 U en cas d'échec d'injections intra-détrusoriennes d'Onabotulinum toxine A 200 U pour hyperactivité détrusorienne neurogène / Tiffany Cousin, Grégoire Capon, Juliette Hascoet, Camille Haudebert, Caroline Voiry, Philippine Lepere, Xavier Game, Claire Delleci, Grégoire Robert, Benoit Peyronnet
- > Facteurs de risque de détérioration des voies urinaires supérieures chez les adultes atteints de spina-bifida / Benoit Peyronnet, Camille Haudebert, Juliette Hascoet, Claire Richard, Emmanuelle Samson, Caroline Voiry, Magalie Jezequel, Charlène Brochard, Laurent Siproudhis, Andre Manunta

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES

Salle Cassiopée

Modérateurs : Michel Cosson (Lille), Mathieu Grasland (Paris), Christian Saussine (Strasbourg), Emmanuel Chartier-Kastler (Paris)

- > Étude de survie à long terme des bandelettes sous-urétrales chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort / Margaux Laude, Laurent Bailly, Roxane Fabre, Matthieu Durand, Brannwel Tibi, Céline Chaleur, Benoit Peyronnet, Imad Bentellis
- > Prédiction du risque d'explantation après pose d'un sphincter urinaire artificiel chez l'homme : développement et validation d'un modèle basé sur le Machine Learning / Zine-Eddine Khene, Imad Bentellis, Xavier Game, Jean Francois Hermieu, Grégoire Capon, Xavier Biarreau, Franck Bruyere, Thibault Tricard, Jean Nicolas Cornu, Benoit Peyronnet

- › Effets d'une intervention éducative axée sur la posture neutre pendant la toux chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire induite par la toux /
Steenstrup Benoit, Pelleray Manon, Cornu Jean Nicolas, Verdun Stéphane, Gilliaux Maxime
- › Etude prospective de l'observance des autosondages /
Isabelle Bolzonella, Xavier Game, Michel Soulié
- › Syndrome d'hyperactivité vésicale : efficacité des mesures hygiéno-diététiques /
Sara Hadir, Hajar Idam, Zaineb Tahri, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi
- › Epidémiologie des infections urinaires chez le patient débutant l'autosondage /
Isabelle Bolzonella, Xavier Game, Michel Soulié
- › Quel est le coût écologique du sondage intermittent en France ? /
Domitille Le Garrec, Camille Chesnel, Maëlys Teng, Philippe Lagnau, Gérard Amarenco, Claire Hentzen
- › Place de la rééducation périnéale par Biofeedback dans le traitement de la dysnergie vesico sphinctérienne /
Hajar Idam, Sara Hadir, Prudent Madjidanem, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi
- › Facteurs de risque d'explantation du sphincter urinaire artificiel chez l'homme /
Alice Pitout, Imad Bentellis, Thibault Tricard, Christian Saussine, Xavier Gamé, Franck Bruyère, Jean-François Hermieu, Benoît Peyronnet, Pierre Lecoanet
- › L'entérocystoplastie d'agrandissement à l'ère de la toxine botulique : indications et résultats dans un centre de neuro-urologie entre 2012 et 2022 /
Floriane Michel, Quang Truong, Bakali Zakaria, Romain Boissier, Bastien Gondran Tellier, Véronique Delaporte, Eric Lechevallier, Sarah Gaillet, Gilles Karsenty
- › Etat des lieux des connaissances des internes et chefs de clinique d'urologie sur la prise en charge neuro-urologique des patients spina bifida en France /
Stephan Levy, Fayek Taha, Anna Goujon, Pierre-Luc Dequirez, Denis Segquier, Juliette Cotte, Arthur Peyrottes, Kevin Kaulanjan, Xavier Game, Benoît Peyronnet
- › Résultats et suivi à long terme des cystostomies continentes trans-appendiculaires selon Mitrofanoff chez l'enfant /
Sarah Amar, Frédéric Hameury, Pierre-Yves Mure, Pierre Mouriquand, Delphine Demède
- › Traitement de l'incontinence urinaire : que peut nous apprendre « Dr Google » ? /
Sonia Guérin, Zine-Eddine Khene, Krystal Nyangoh Timoh, Vincent Lavoué, Karim Bensalah, Philippe Zimmern
- › Effet du volume de remplissage sur la contractilité détrusorienne chez l'homme présentant une obstruction sous-vésicale /
Nicolas Hermieu, Camille Chesnel, Maëlys Teng, Evangelos Xylinas, Idir Ouzaid, Jean-François Hermieu, Gérard Amarenco, Claire Hentzen
- › Photobiomodulation intra vaginale dans les douleurs vulvo-vaginales : une étude observationnelle /
Sonia Guérin, Sarah Vieillefosse, Sara Attar, Pierre Millet, Eleonora Salakas, Cecile Bleas, Xavier Deffieux

JEUDI 8 JUIN 2023

18h30 - 19h30

SYMPOSIUM HOLLISTER

Auditorium Saint Exupéry

Les TVS du patient blessé médullaire sous l'angle de l'observance thérapeutique et des risques infectieux /

Xavier Gamé (Toulouse), Damien Waz (Lyon), Nelly Romand (Lyon), Aurélien André (Toulouse)

19h30 - 20h00

QUIZZ SIFUD-PP SUR EXPOSITION

Organisateurs : Nader Hadji (Saint-Saturnin), Florence Happillon (Anthy-sur-Léman), Nicolas Hermieu (Paris)

ACTREEN®

Une gamme complète de sondes urinaires pour les besoins de tous.

Pour plus d'informations, retrouvez-nous sur notre stand !



CATH & SET, VOS ALLIÉS AU QUOTIDIEN

Sondes et sets pour sondage urinaire intermittent

Pour plus d'informations, consulter la documentation disponible sur le stand.
Document réservé aux professionnels de santé.

VENDREDI 9 JUIN 2023

07h30 - 08H00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

08h00 - 08h30 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SIFUD-PP
Auditorium Saint Exupéry

08h30 - 10h00 SEVEN UP

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Philippe Ferry (La Rochelle), Jacques Kerdraon (Ploëmeur), Benoît Peyronnet (Rennes), Eliane Tan (Paris)

- › **Déterminants psychosociaux à l'observance du suivi neuro-urologique chez les patients adultes spina bífida et blessés médullaires** / *Jacques Kerdraon, Magali Jezequel, Brigitte Perrouin-Verbe, Philippe Gallien, Isabelle Bonan, Anne Blanchard-Dauphin, Evelyne Castel-Lacanal, Amarenco Gérard, Jean Michel Reymann, Benoît Peyronnet*
- › **Le syndrome de la maladie post-orgasmique : une ou plusieurs entités ? Une étude mono-centrique rétrospective.** / *Maryane Chea, Maëlys Teng, Camille Chesnel, Philippe Lagnau, Robert Ghnassia, Gérard Amarenco, Claire Hentzen*
- › **Maladie du col vésical chez l'homme : intérêt du bilan urodynamique et de l'urétrocystographie pour mesurer sa sévérité** / *Nicolas Hermieu, Joey El Khoury, Camille Chesnel, Evangelos Xylinas, Maëlys Teng, Idir Ouzaid, Jean-François Hermieu, Gérard Amarenco, Claire Hetzen*
- › **Étude VESTIBULE : efficacité des injections de toxine botulique dans le traitement des vestibulodynies provoquées** / *Fabien Pelletier, Irène Gallais-Serezal, Gérard Amarenco, Aurélie Gerazime, François Aubin, Bernard Parrotte*
- › **Résultats fonctionnels des manchettes de 3,5 cm par rapport aux manchettes de tailles supérieures chez l'homme porteur d'un sphincter urinaire artificiel** / *Sylvia Weis, Benoît Peyronnet, Imad Bentellis, Xavier Biardeau, Grégoire Capon, Franck Bruyère, Christian Saussine, Xavier Gamé, Jean-Nicolas Cornu, Nicolas Hermieu*
- › **Caractérisation moléculaire par marqueurs urinaires : un outil pour le phénotypage de l'hyperactivité vésicale ?** / *Benoît Peyronnet, Claire Richard, Juliette Hascoet, Camille Haudebert, Caroline Voiry, Emmanuelle Samson, Jacques Kerdraon, Jean-Nicolas Cornu, Andrea Manunta, Xavier Game*
- › **Est-il pertinent de demander un calendrier mictionnel chez le patient neurologique présentant des troubles urinaires du bas appareil ?** / *Bertrand Pichon, Matthieu Grasland, Hélène Robert, Adrien Haegel*

10h00 - 10h30

ÉTAT DE L'ART

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Renaud de Tayrac (Nîmes), Jean-François Hermieu (Paris), Jacques Kerdraon (Ploëmeur)

- › **Les explorations électrophysiologiques en 2023** / *Gérard Amarenco (Paris)*

10h30 - 11h00

PAUSE ET VISITE DES STANDS

VENDREDI 9 JUIN 2023

11h00 – 12h00

TABLES RONDES

TABLE RONDE 2A / Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : *Brigitte Fatton (Nîmes), Thierry Roumeguere (Bruxelles)*

Evidence Based Medecine en 2023 pour la prise en charge non chirurgicale du prolapsus et de l'incontinence urinaire à l'effort

- Faut-il (toujours) proposer un pessaire avant une chirurgie de prolapsus pelvien ? / *Laure Panel (Montpellier)*
- Rééducation périnéale et prolapsus / *Florence Happillon (Anthy-sur-Léman)*
- Hormonothérapie locale et prolapsus / *Lucie Allègre (Nîmes)*
- Quelle est la place de l'autorééducation dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort ? / *Martine Cornillet-Bernard (Paris)*

TABLE RONDE 2B / Salle Cassiopée

Modérateurs : *Evelyne Castel Lacanal (Toulouse), Guillaume Meurette (Genève)*

Avis d'experts : Neuromodulation sacrée (NMS) et patients neurologiques

- L'IRM compatibilité a-t-elle changé la place de la NMS dans l'algorithme thérapeutique de la vessie neurologique hyperactive ? / *Gilles Karsenty (Marseille)*
- Puis-je m'appuyer sur l'efficacité de la neuromodulation tibiale pour prédire l'efficacité de la NMS pour le traitement de l'hyperactivité vésicale d'origine neurologique ? / *Marianne de Sèze (Bordeaux)*
- Syndrome de la queue de cheval, rétention urinaire chronique incomplète qui se complique et refus de l'autosondage : y a-t-il une place pour la NMS ? / *Xavier Biarreau (Lille)*
- La NMS à visée urinaire peut-elle améliorer les troubles du transit (autre que l'incontinence fécale) du patient neurologique ? / *Maximilien Baron (Nantes)*

12h00 – 13h00

LE PARCOURS DE SOIN COORDONNÉ EN PELVI PERINEOLOGIE : OU EN-EST-ON ?

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : *Gérard Amarenco (Paris), Gaetane Foures (Toulouse), Mathieu Mezzadri (Paris)*

- Qu'entend-on par parcours de soin en pelvipérinéologie ? / *Gérard Amarenco (Paris)*
- Place de l'infirmière diplômée d'état coordonnatrice / *Gaetane Foures (Toulouse)*
- Où en-est-on de la réhabilitation améliorée après chirurgie en pelvi périnéologie / *Xavier Gamé (Toulouse)*

13h00 – 14h00

PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

14h00 – 14h30

LECTURE DE L'AFU

Auditorium Saint Exupéry

Modérateur : *Gérard Amarenco (Paris), Xavier Gamé (Toulouse), Renaud De Tayrac (Nîmes)*

- Les complications fonctionnelles des chirurgies du périnée / *Véronique Phé (Paris)*

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : Sandrine Campagne-Loiseau (Clermont-Ferrand), Marie Florin (Paris), Benoit Peyronnet (Rennes), Damien Waz (Lyon)

- Etude Camicon : Évaluation d'un nouvel outil pour la réalisation d'un calendrier mictionnel automatisé et connecté /
Florence Alaméda, Francois Audenet, Eric Mandron, Marc-Olivier Timsit, Eric Fontaine, Michel Pietak, Arnaud Méjean, Sophie Hurel
- Facteurs clés influençant les modalités et l'efficacité d'une technique posturale de contrôle des fuites urinaires à la toux chez la femme /
Coralie Lopez, Benoit Steenstrup, Marion Sudraud, Nolwenn Quemener, Jean-Nicolas Cornu
- Délai de l'efficacité des anticholinergiques dans l'hyperactivité vésicale neurogène /
Zaineb Tahri, Prudent Madjidanem, Hakim Bourra, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif Elfatimi
- Place de l'auto-rééducation périnéale dans l'incontinence urinaire chez la nullipare /
Zaineb Tahri, Hakim Bourra, Madjidanem Prudent, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif Elfatimi
- Inhibition d'une contraction non inhibée du détrusor par un calcul mental : un nouvel outil de caractérisation de l'hyperactivité détrusorienne durant la cystomanométrie ? /
Hélène Rigole

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES

Salle Cassiopée

Modérateurs : Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Mathieu Mezzadri (Paris), Benoit Steenstrup (Rouen), Caroline Thuillier (Grenoble)

- Devenir obstétrical des patientes présentant un dysraphisme /
Jade Lehrer, Lucie Guilbaud, Rebecca Haddad, Alexandre Vivanti, Charles Garabedian, Dominique Luton, Edouard Lecarpentier, Benoit Peyronnet, Timothée De Saint Denis, Jean Marie Jouannic
- Utilisation d'indigo carmin pour le dépistage des lésions urologiques dans la chirurgie vaginale /
Elodie Debras, Antoine Pelhuche, Margaux Jegaden, Anne-Gaëlle Pourcelot, Perrine Capmas, Hervé Fernandez
- Reconstruction robotique pour sténose de l'uretère /
Benoit Peyronnet, Alice Bourillon, Lucas Freton, Gregory Verhoest, Juliette Hascoet, Claire Richard, Camille Haudebert, Mehdi El-Akri, Romain Mathieu, Karim Bensalah
- Bandelette aponévrotique pubovaginale vs pericervicale robotique pour incontinence urinaire d'effort chez la femme /
Benoit Peyronnet, Camille Haudebert, Juliette Hascoet, Claire Richard, Harold Common, Caroline Voiry, Emmanuelle Samson, Benjamin Brucker
- Uréthroplasties pour sténose de l'urètre en chirurgie ambulatoire : étude de faisabilité /
Florence Chin A Sen, Idir Ouzaid
- Appendico-vésicostomie selon Mitrofanoff : étude urodynamique étalonnée sur un cas continent /
Damien Thillou, Guillaume Hugues, Humphrey Robin, Aurélien Forgues, Hubert Mignot, Nadia Ali Benali, Damien Emeriau, Manon Lataste

VENDREDI 9 JUIN 2023

- › Evaluation clinique et urodynamique du retentissement du diabète sur le bas appareil urinaire /
Hajar Idam, Sara Hadir, Pudent Madjidanem, Nada Kyal, Fatima Lmidmani, Abdellatif El Fatimi
- › Prise en charge neuro-urologique des patients tétraplégiques hauts ventilo-dépendants /
Nicolas Wolff, Gregoire Capon

- › Cystostomie continente robotique avec dérivation urinaire intra-corporelle : de bons résultats fonctionnels /
Benoit Peyronnet, Camille Haudebert, Claire Richard, Juliette Hascoet, Caroline Voiry, Emmanuelle Samson, Jacques Kerdraon
- › Validation linguistique française du questionnaire SSIPI évaluant la satisfaction des patients porteurs d'une prothèse pénienne /
Sylvia Weis, Jeanne Beirnaert, Davy Benarroche, Thomas Tabourin, Antoine Faix, Sébastien Beley, Eric Huygue, Stéphane Droupy, William Akakpo, Ugo Pinar, Morgan Rouprêt
- › Sphincter urinaire artificiel chez la femme par voie robot assistée : résultats sur la qualité de vie et les symptômes rapportés par les patientes /
Alexandre Dubois, Valentine Lethuillier, Louis-Paul Berthelot, Claire Richard, Camille Haudebert, Caroline Voiry, Lucas Freton, Juliette Hascoet, Andrea Manunta, Benoit Peyronnet

16h00 – 16h30

SESSION INTERACTIVE

Auditorium Saint Exupéry

Modérateurs : *Evelyne Castel Lacanal (Toulouse), Xavier Fritel (Poitiers), Xavier Gamé (Toulouse), Benoit Steenstrup (Rouen)*

- › **Cas clinique** / *Mathieu Grasland (Paris)*
- › **Au secours, je souffre d'« Hypertonie périnéale » : une réponse rééducative ? chirurgicale ? médicale ?** / *Evelyne Castel Lacanal (Toulouse), Xavier Fritel (Poitiers), Xavier Gamé (Toulouse), Benoit Steenstrup (Rouen)*

16h30 – 17h00

REMISE DES PRIX

Auditorium Saint Exupéry

- › **Bourses, meilleures communications et meilleur reviewer** / *Xavier Deffieux (Clamart), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Jean-François Hermieu (Paris)*

17h00

FIN DU CONGRES

Prolapsus génital de la femme

Stand
n°10

Venez découvrir **nos solutions** de
traitement sur notre stand ou en
vous rendant sur notre site
internet

► **INCONTINENCE ANALE CHEZ LES PATIENTS NEUROLOGIQUES : INTERET DE LA REEDUCATION PERINEALE**

Sara HADIR, Hajar IDAM, Zaineb TAHRI, Prudent MADJIDANEM, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI - Chu Ibn Rochd De Casablanca, Maroc

► **PROFIL URODYNAMIQUE DES PATIENTS SUIVIS POUR SYNDROME DE QUEUE DE CHEVAL**

Sara HADIR, Hajar IDAM, Prudent MADJIDANEM, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI - C.h.u Ibn Rochd De Casablanca, Maroc

► **INTERET DU BILAN URO-DYNAMIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES A REPETITION CHEZ LES ENFANTS**

Mouad YAZIDI, Abdelhakim KABIL, Rime DADES, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI - Service de médecine physique Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

► **LE PROFIL URODYNAMIQUE LORS DE LA PLEXOPATHIE LOMBO-SACREE IDIOPATHIQUE**

Hakim BOURRA, Zaineb TAHRI, Mouad YAZIDI, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI - Service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle du Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

► **PLACE DU BILAN URODYNAMIQUE DANS LE SYNDROME DE HINMAN**

Zaineb TAHRI, Hakim BOURRA, Prudent MADJIDANEM, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI - Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

► **EVALUATION CLINIQUE ET URODYNAMIQUE DES TROUBLES VESICO SPHINCTERIENS DANS LA NEURO BEHCET**

Hajar IDAM, Sara HADIR, Zineb TAHRI, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI - Service De Médecine Physique Et De Réadaptation Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc - Service de médecine physique et de réadaptation Chu Ibn Rochd, Mohammedia, Maroc

► **SYNDROME D'EHLERS DANLOS ET NEUROMODULATION SACREE, A PROPOS D'UN CAS**

Laure MONLEON, Jocelyn SUSPERREGUI, Gilles PASTICIER, Clément MICHIELS, Olivier CELHAY, Corinne PALAMARA - Nouvelle Clinique Bordeaux Tondou, France

► **COMMENT LA FONCTION SEXUELLE EST-ELLE MODIFIEE APRES UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DE DESOBSTRUCTION PROSTATIQUE ?**

Larbi HAMEDOUN, Younes BOUKHLIFI, Mohammed MRABTI, Ilyass HASSAN, Aziz LAMGHARI, Omar JENDOUI, Elbahri ABDESSAMAD, Nabil LOUARDI, Mohammed ALAMI, Ahmed AMEUR - Service d'urologie, Hôpital Militaire D'instructions Mohammed V, Rabat, Maroc

► **TRAITEMENT PAR LA TOXINE BOTULINIQUE DANS L'HYPERACTIVITÉ DÉTRUSORIENNE NEUROGÈNE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SCLÉROSE EN PLAQUES DANS LA POPULATION FRANÇAISE**

Djamel BENSMAIL, Pierre KARAM, Anne FORESTIER, Jean-Yves LOZE, Jonathan LÉVY - Clinique Bordeaux Tondou, France

JEUDI 8 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
MÉDICALES

17H00 – 18H30

RESULTATS D'UNE MAJORATION DE DOSE A 300 U EN CAS D'ÉCHEC D'INJECTIONS INTRA-DETRUSORIENNE D'ONABOTULINUM TOXINE A 200 U POUR HYPERACTIVITE DETRUSORIENNE NEUROGENE

Tiffany COUSIN

› CONTEXTE

Depuis de nombreuses années l'utilisation de la toxine botulique de type A dans le traitement de l'hyperactivité détrusorienne neurogène (HDN) réfractaire est recommandée en traitement de seconde ligne. La dose de 200 U est recommandée pour l'Onabotulinum toxine A (OTA) en première intention suite aux essais DIGNITY selon le libellé d'AMM de 2012. Cependant, il existe des échecs et des échappements aux injections d'OTA 200 U. Il n'existe pas, pour le moment, de recommandation sur la prise en charge de l'échec d'injection intradétrusorienne de toxine botulique A.

› OBJECTIF

Évaluer l'efficacité clinique et urodynamique d'une majoration de dose d'Onabotulinum toxine A (Botox®) de 200 U à 300 U en cas d'échec d'un traitement par injection intradétrusorienne de 200 U chez les patients présentant une HDN.

› MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, bicentrique descriptive et analytique. Les patients ayant bénéficié d'une majoration de dose de Botox® 200 U vers 300 U après l'échec d'une ou plusieurs injections à la dose de 200 U pour HDN entre juillet 2013 et octobre 2022 ont été inclus. Seuls les patients aux auto-sondages exclusifs et ayant une atteinte médullaire (blessés médullaires, sclérose en plaques (SEP), myélite, spina bifida) étaient éligibles pour l'inclusion. Le critère de jugement principal était l'amélioration clinique définie par la diminution des épisodes d'incontinence et de la fréquence des symptômes d'urgenterie quotidiens. Les critères de jugement secondaires étaient l'amélioration des paramètres urodynamiques et la sécurité d'utilisation.

› RÉSULTATS

69 patients, 25 femmes et 44 hommes, âgés de 47 ($\pm 16,6$) ans ont été inclus. Le délai médian avant la nécessité de majorer la dose était de 4,1 ($\pm 3,9$) ans avec un nombre médian d'injections de Botox® 200 U avant le changement de dose de 5,2 ($\pm 5,6$). Il y avait 40 blessés médullaires (58%) et 11 SEP (16%). L'OTA 300 U a été efficace chez 47 (68,1%) patients qui sont devenus totalement continents avec disparition des épisodes d'urgenterie associée à une amélioration des paramètres urodynamiques. L'amélioration clinique a été insuffisante chez 11 (15,9%) patients, elle a duré < 3 mois chez deux patients (2,9%) et 9 patients ont eu une efficacité clinique avec échec urodynamique (13%). Il n'y a pas eu d'effet indésirable après la majoration de dose.

Le seul facteur significativement associé au succès de la première injection de 300 U était le sexe féminin (96% chez les femmes vs 77,3% de succès chez les hommes ; $p=0,04$). Après un suivi médian de 5,7 ans, 40 patients (58,0%) étaient toujours traités efficacement par du Botox® 300 U. Le seul facteur associé à la poursuite du Botox® 300 U au dernier suivi était la capacité cystomanométrique au bilan urodynamique avant la première injection (361,9 ml chez ceux qui poursuivaient vs 236,5 ml chez ceux qui passaient à un autre traitement ; $p=0,03$). On observe plus d'arrêt du Botox® 300 U chez les patients ayant une hypocompliance (44,5% vs. 21,7% ; $p=0,12$) et chez ceux en échec primaire de Botox® 200 U (43,5% vs 25% ; $p=0,13$) mais cette tendance est non statistiquement significative.

› CONCLUSION

La majoration de dose de Botox® 200 U vers 300 U est efficace après un échec de traitement à la dose de 200 U chez la majorité des patients présentant une hyperactivité détrusorienne neurogène. D'autres études sont nécessaires pour préciser la place de cette stratégie notamment par rapport au switch vers l'Abobotulinum toxine A.

> INTRODUCTION

La vessie neurogène associée au spina bifida reste une cause majeure de mortalité ou de morbidité due à des lésions rénales. Cependant, nous ne savons pas actuellement quels résultats urodynamiques sont associés à un risque plus élevé de lésions des voies supérieures chez les patients atteints de spina bifida. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats urodynamiques associés à une insuffisance rénale et/ou à des lésions rénales morphologiques.

> MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une vaste étude rétrospective unicentrique a été menée dans notre centre national de référence pour les patients avec spina-bifida, à partir des dossiers de nos patients. Toutes les courbes urodynamiques ont été évaluées par le même examinateur. L'évaluation fonctionnelle et/ou morphologique rénale a été réalisée au même moment que l'examen urodynamique (entre 1 semaine avant et 1 mois après). La fonction rénale a été évaluée à l'aide du taux de créatinine sérique ou du taux de créatinine urinaire sur 24 heures (clairance de la créatinine) pour les patients marchants, ou du taux de créatinine urinaire sur 24 heures pour les patients en fauteuil roulant.

> RÉSULTATS

Nous avons inclus 262 patients dans cette étude. Cinquante-cinq patients avaient une mauvaise compliance vésicale (21,4 %) et 88 d'entre eux présentaient une hyperactivité détrusorienne (33,6 %). Le principal critère d'évaluation était la présence d'une anomalie morphologique rénale (dilatation, atrophie, séquelles parenchymateuses) sur l'imagerie au moment de l'évaluation initiale. L'autre critère était l'insuffisance rénale (définie par un DFGe < 60 ml/min). Deux groupes de patients ont été constitués : pas d'anomalie rénale vs anomalie rénale à l'imagerie. Vingt patients avaient une insuffisance rénale de stade 2 (DFGe < 60 ml/min) et 81 patients sur 254 (30,9 %) avaient un examen morphologique anormal.

Trois résultats urodynamiques étaient significativement associés à la présence d'une anomalie morphologique rénale : la compliance vésicale (OR=0,18 ; p=0,007), la Pdetmax (OR=14,7 ; p=0,003) et l'hyperactivité détrusorienne (OR=1,84 ; p=0,03).

Cinq facteurs cliniques prédictifs étaient associés au risque d'anomalie morphologique : le sexe masculin (OR=2,23 ; p=0,002), le spina bifida ouvert (OR=2,7 ; p=0,0003), la dérivation ventriculo-péritonéale (OR=3,1 ; p=0,0002), le fait d'être en fauteuil roulant (OR=2,5 ; p=0,006) et l'incontinence urinaire (OR=2,4 ; p=0,004).

> CONCLUSION

Une anomalie morphologique et/ou fonctionnelle rénale est très répandue chez les patients adultes atteints de spina bifida qui n'ont pas subi de dérivation urinaire pendant l'enfance. Dans cette population de patients, la pression maximale détrusorienne et la compliance vésicale sont les principaux déterminants urodynamiques du risque rénal avec des seuils optimaux de 21 cmH2O et 19 ml/cmH2O respectivement. Plusieurs paramètres cliniques tels que le sexe, le type de dysraphisme, l'état de mobilité ou l'incontinence urinaire sont fortement associés au risque rénal et peuvent influencer la prise en charge clinique et les protocoles de suivi des patients.

JEUDI 8 JUIN

**COMMUNICATIONS
LIBRES
MÉDICALES**

17H00 – 18H30

EFFETS D'UNE INTERVENTION ÉDUCATIVE AXÉE SUR LA POSTURE NEUTRE PENDANT LA TOUX CHEZ LES FEMMES SOUFFRANT D'INCONTINENCE URINAIRE INDUITE PAR LA TOUX

Benoit STENSTRUP

› INTRODUCTION

Chez les femmes, la toux est souvent associée à l'incontinence urinaire (IU)[1]. Dans l'étude de dicpinigaitsi et al. en 2021, 92,5% des femmes atteintes de toux chronique décrivaient que leur IU était exclusivement liée à cette toux : les fuites urinaires apparaissaient pendant ou immédiatement après l'épisode de toux [2]. La toux est modulée par le contrôle sensori-moteur mais aussi par des mécanismes cognitifs et affectifs qui peuvent soit la favoriser, soit l'inhiber. La littérature actuelle met en évidence la difficulté d'identifier une technique éducative optimale pour maintenir la continence pendant la toux. Une posture neutre lombo-pelvienne et scapulo-dorsale favorise la stabilité statique et dynamique de la colonne vertébrale via les synergies musculaires, la modulation des contraintes pelviennes et l'optimisation des pressions intra-abdominales. Parmi ces mécanismes, l'activation réflexe optimale des muscles du plancher pelvien (MPP) et du transverse abdominal sont observés en position lombo-pelvienne neutre [3, 4]. Nos observations cliniques nous suggèrent que des ajustements du contrôle moteur postural vers la position neutre pourraient améliorer les symptômes urinaires, et influencer les mécanismes protecteurs chez les femmes souffrant d'IU induite par la toux.

› OBJECTIF

Caractériser les effets d'une intervention éducative axée sur la posture neutre pendant la toux chez les femmes souffrant d'IU induite par la toux.

› MÉTHODE

Cette étude a inclus des femmes souffrant d'IU induite par la toux. La taille de l'échantillon a été déterminée avec le logiciel SigmaPlot 14.0 en utilisant l'activité maximale électromyographique de surface (sEMG) des MPP comme mesure principale. Toutes les participantes ont été informées du protocole et des objectifs de l'étude. Un consentement écrit de toutes les participantes a été obtenu. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, la confidentialité et le droit de rectification des données ont été garantis. Chaque participante a fourni des informations démographiques et cliniques et a rempli les questionnaires sur les symptômes et la qualité de vie. Ensuite, la session comprenait des enregistrements sEMG des MPP, la mesure du débit de pointe à la toux, et l'enregistrement des mesures goniométriques et inclinométriques. Ces enregistrements étaient réalisés en position contrôle (sans instruction posturale spécifique=témoins), puis en position neutre (expérimentales). 6 semaines après l'intervention, nous avons réévalué les symptômes et la qualité de vie. L'effet de la situation expérimentale a été estimé à l'aide d'un modèle mixte linéaire, et une analyse de modération a été utilisée.

› RÉSULTATS

Dix-huit participants ont été incluses. Les situations de mesure (témoins versus expérimentales) n'ont pas eu d'impact statistiquement significatif sur le niveau d'activité maximale sEMG des MPP lors de la toux : effet moyen [IC 95%] 3,42 [-1,28 ; 7,66]. Six semaines après l'intervention, les participantes ont signalé une diminution statistiquement significative des symptômes urinaires ($p=0.0246$) et une amélioration significative de la qualité de vie ($p=0.00776$). Ceci était particulièrement marqué sur la dimension liée aux activités d'efforts ($p=0.00162$). L'effet indirect de l'intervention dû aux changements de l'activité maximale sEMG des MPP sur les scores ICIQ-SF (11 % (IC à 95 % [-5 % ; 27 %], $p=0.156$), Contilife® global (5 % (IC à 95 % [-3 % ; 15 %], $p=0.164$), et Contilife® effort (4 % (IC95% [-2% ; 12%], $p=0.168$) était statistiquement non-significatifs. Les mesures sEMG présentaient une bonne fiabilité : coefficient de corrélation intraclasse (ICC) = 0,79 (IC à 95 % [0,64 ; 0,89]) avant l'intervention et 0,88 (IC à 95 % [0,78 ; 0,94]) après l'intervention.

› CONCLUSION

Cette étude suggère qu'une intervention éducative brève axée sur la posture neutre pendant la toux, sans pré-contraction volontaire des MPP, n'a pas d'influence cliniquement significative sur l'activité maximale sEMG des MPP chez les femmes souffrant d'IU induite par la toux. Cependant, cette intervention peut entraîner une amélioration significative des symptômes urinaires et de la qualité de vie à 6 semaines. Ces améliorations semblent être indépendantes de l'activité maximale sEMG des MPP. Ainsi, ces résultats préliminaires ouvrent la voie à de futures recherches.

RÉFÉRENCES

- › Aigon A, Billecoq S. Prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in an adult population with chronic obstructive pulmonary diseases, literature review. *Prog Urol.* 2018 Dec;28(17):962-972
- › Dicpinigaitis PV. Prevalence of stress urinary incontinence in women presenting for evaluation of chronic cough. *ERJ Open Res.* 2021 Feb 22;7(1):00012-2021
- › Capson AC, Nashed J, Mclean L. The role of lumbopelvic posture in pelvic floor muscle activation in continent women. *J Electromyogr Kinesiol.* 2011 Feb;21(1):166-77
- › Kim K, Kim YH. Role of trunk muscles in generating follower load in the lumbar spine of neutral standing posture. *J Biomech Eng.* 2008 Aug;130(4):041005
- › Stokes IA, Gardner-Morse MG, Henry SM. Intra-abdominal pressure and abdominal wall muscular function: Spinal unloading mechanism. *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 2010 Nov;25(9):859-66

Les autosondages sont le traitement de référence des troubles de la vidange vésicale. L'observance des ATS est définie comme le degré de concordance entre le comportement du patient et la prescription médicale. Elle est influencée par de multiples facteurs (éducation, bénéfices et complications, suivi médical ..). Nous avons voulu étudier de manière prospective l'observance des ATS chez les patients éduqués dans notre centre.

Une étude monocentrique, prospective, descriptive et analytique a été menée sur une population éduquée aux ATS dans le service d'hospitalisation de jour du 01/01/2019 au 15/11/2020. Le critère d'inclusion était la présence d'une indication aux ATS au long cours. Les critères de non-inclusion étaient principalement : Refus d'éducation, impossibilité technique à réaliser les autosondages, éducation préalable aux ATS, dérivation urinaire chirurgicale. Les autosondages étaient prescrits comme mode mictionnel exclusif, avec minimum 4 sondages par jour. L'objectif principal était d'évaluer l'observance à moyen terme, dont le critère de jugement était la réalisation de 4 ATS par jour à la téléconsultation, prévue au printemps 2021.

Du 01/01/2019 au 15/11/2020, 411 patients ont été éduqués aux ATS. Parmi les 175 patients naïfs, 84 patients ont été inclus. 24 patients ont été exclus de l'analyse du fait d'un arrêt des ATS sur prescription (20) ou d'un décès (4). Parmi les 60 patients restants, 49 ont été évalués en téléconsultation, avec un suivi médian de 17,5 mois. La population était mixte (53% d'homme), avec un âge moyen de 58,6ans [22 ; 83]. La majorité des patients avait un antécédent neurologique (68%) avec en premier lieu une atteinte médullaire (46%) mais 82% ne nécessitait aucune aide technique pour les déplacements. L'observance était de 56%. L'observance à court terme et un sous-score USP dysurie élevé étaient statistiquement associés à l'observance à la téléconsultation ($p < 0,05$ et $p < 0,048$).

Seulement deux études ont exploré prospectivement l'observance des ATS (Cobussen et al, Girotti et al) avant la nôtre. Les résultats de Girotti et al étaient concordants avec notre étude (58% à 12 mois), malgré les biais inhérents aux différences des études (populations, prescription, protocole d'éducation et suivi). Des recherches supplémentaires sont nécessaires quant à l'impact de l'éducation thérapeutique et du suivi médical sur ces résultats.

› **BUT**

Le syndrome d'hyperactivité vésicale se définit, selon l'international continence society (ICS), par des mictions impérieuses, généralement accompagnées de pollakiurie et de nycturie, avec ou sans incontinence urinaire par urgenterie. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité des mesures hygiéno-diététiques sur le syndrome d'hyperactivité vésicale.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Etude prospective sur 34 patients suivis pour syndrome d'hyperactivité vésicale. Tous les patients ont bénéficié d'un calendrier mictionnel sur trois jours avant (T0) et à 1 mois (T1) après l'instauration des mesures hygiéno-diététiques qui sont : la répartition des entrées sur la journée, éviter les apports en aliments irritants pour la vessie, miction programmée à des intervalles fixes et avant le sommeil, suppression du besoin urgent ainsi que le dépistage et la prise en charge de la constipation. Nous avons exclu les patients avec infection urinaire documentée, ayant une hyperactivité détrusorienne à l'exploration urodynamique, avec anomalie au bilan morphologique et ceux ayant des troubles cognitifs.

› **RÉSULTATS**

L'âge moyen était de 48,2 ans (31-68) avec une prédominance féminine. 21,9% étaient suivis pour diabète sucré et 37,9% des femmes avaient un prolapsus uro-génital. 48,2% avaient une urgenterie avec un délai moyen de sécurité inférieur à 2min à T0 et 64,8% avaient un délai moyen supérieur à 2min à T1. 24,8% avaient une nycturie moyenne plus de trois fois par nuit à T0 et 11,6% avaient une nycturie moyenne plus de trois fois par nuit à T1.

› **CONCLUSION**

Les mesures hygiéno-diététiques sont parmi les traitements de première ligne dans la prise en charge du syndrome d'hyperactivité vésicale. Nos résultats confirment l'efficacité de ces mesures à court terme, des études évaluant les effets à long terme sont nécessaires.

Les autosondages (ATS) sont de plus en plus prescrits en urologie. Les complications rapportées sont principalement infectieuses mais l'incidence des infections urinaires (IU) sous ATS n'a jamais fait l'objet d'étude dédiée. La plupart des données sont issues d'anciennes études rétrospectives, menées chez le sujet neurologique, depuis lesquelles la définition d'IU a évolué. Nous avons voulu étudier de manière prospective l'épidémiologie des IU en urologie générale.

Une étude monocentrique, prospective, descriptive a été menée sur une population primo-éduquée aux ATS dans un service d'hospitalisation de jour entre le 01/01/2019 et le 15/11/2020, jusqu'à une téléconsultation, prévue au printemps 2021. Le critère d'inclusion était la présence d'une indication aux ATS au long cours. Les ECBU et leur indication étaient recueillies de manière prospective, et l'exhaustivité du recueil a été complété de manière rétrospective avec la coopération des laboratoires d'analyse des patients. Une IU était définie comme un ECBU positif, indépendamment du taux de germes et de leucocytes, dans un contexte de modification des symptômes urinaires ou d'hyperthermie.

Du 01/01/2019 au 15/11/2020, 411 patients ont été éduqués aux ATS. Parmi les 175 patients naïfs, 84 patients ont été inclus. 24 patients ont été exclus de l'analyse du fait d'un arrêt des ATS sur prescription (20) ou d'un décès (4). La population était mixte (53% d'homme), avec un âge moyen de 58,6ans [22 ; 83]. La majorité des patients avait un antécédent neurologique (68%). Une patiente a été exclue du fait d'un nombre d'ECBU supérieur à 40. Après 17,5 mois de suivi médian, le nombre médian d'ECBU réalisé était de 2 [0 ; 10], et le nombre médian d'IU par patient était de 0 [0 ; 4] : 65% et 15% des patients étaient respectivement indemnes ou n'avaient eu qu'une IU. Chez les patients concernés, une IU survenait en moyenne tous les 9 mois d'ATS.

Les IU sont peu fréquentes chez les patients réalisant l'autosondage. Seuls 35 % des patients ont fait au moins une infection urinaire pour un suivi médian de 17,5 mois, et seulement 1,6% des infections urinaires récidivantes.

› INTRODUCTION

Le secteur de la santé n'est pas épargné par la problématique du réchauffement climatique. Une étude menée en 2021 estime que les émissions de gaz à effet de serre de ce secteur représentent près de 8% du total national⁽¹⁾. L'achat des dispositifs médicaux représente le 3^{ème} poste d'émission. En neuro-urologie, si le recours aux autosondages intermittents a révolutionné le pronostic des patients, le développement des sondes à usage unique a un impact sur la production de déchets. La prise en considération de ce coût écologique paraît nécessaire dans la démarche de décarbonation du secteur sanitaire. L'objectif de ce travail est donc d'identifier le coût écologique des sondages intermittents en France.

› MÉTHODES

Dans un premier temps, une revue de la littérature portant sur l'impact environnemental du sondage intermittent, de la production des sondes jusqu'à leur élimination, a été effectuée sur Pubmed. Les taux de prévalence des populations les plus concernées par les sondages intermittents, c'est-à-dire les patients atteints d'une lésion médullaire d'origine traumatique, de sclérose en plaques et de dysraphismes ouverts, ont ensuite été utilisés pour estimer le nombre de patients effectuant des sondages intermittents en France. Une calculatrice de déchets a permis d'évaluer la quantité de déchets produits selon le type de sonde utilisée pour chacune de ces populations. Pour les patients blessés médullaires et ceux atteints de dysraphismes ouverts, nous avons estimé la quantité de déchets générés avec plusieurs types de kits de sondages. Pour les patients atteints de sclérose en plaques, nous avons estimé les déchets générés avec différents types de sondes urinaires sans poche intégrée.

› RÉSULTATS

Le nombre de patients aux sondages intermittents a été estimé à environ 38 500 pour les patients atteints de lésions médullaires d'origine traumatique^(2,3), 8 800 pour les patients atteints de sclérose en plaques^(4,5) et 995 pour les patients atteints de dysraphismes ouverts (6). Le nombre total de patients effectuant des sondages intermittents a donc été estimé à 48 295 pour ces trois populations de patients en France. En considérant que chaque patient effectue au minimum cinq sondages par jour, les déchets générés annuellement sont donc estimés comme étant compris entre 577 et 3465 tonnes pour les blessés médullaires, 61 à 475 tonnes pour les patients atteints de sclérose en plaques et 7 à 54 tonnes pour les patients atteints de dysraphismes ouverts. La quantité de déchets annuelle générée par ces trois populations est donc estimée entre 653 et 4030 tonnes par an, ce qui représente l'équivalent d'environ 540 à 3400 voitures par an. La quantité de déchets varie de façon importante selon le modèle de sonde, notamment en fonction du caractère compact ou non de celle-ci, de son emballage ou du fait qu'une poche soit intégrée ou non.

› DISCUSSION

Les sondages intermittents génèrent une quantité de déchets considérable chaque année. La réutilisation des sondes permettrait de réduire considérablement celle-ci mais la rareté des données ne permet pas de déterminer si l'incidence de l'infection urinaire serait affectée par cette réutilisation. Les modes mictionnels alternatifs, outre les complications qu'ils peuvent induire, nécessitent l'utilisation de poches de recueil ou de protections jetables, avec des conséquences également délétères sur l'environnement. D'autres traitements de la dysurie comme la neuromodulation sacrée, la toxine botulique intra-sphinctérienne ou la technique de Brindley peuvent être proposés, mais les données probantes dans la littérature ne concernent que certaines populations de patients. La réduction du coût écologique doit aussi s'appuyer sur une gestion optimale de la neurovessie afin de réduire le risque d'infections urinaires, celles-ci entraînant une consommation d'antibiotiques avec un impact environnemental sur les milieux aquatiques. Le développement et la prescription de sondes plus respectueuses de l'environnement sont nécessaires pour réduire leur impact environnemental, en attendant le développement de filières de recyclage spécifiques pour ces produits.

› CONCLUSION

Les sondages intermittents sont responsables d'un impact écologique significatif, lié aux différentes étapes de leur cycle de vie et aux déchets qu'ils génèrent, déchets que nous avons estimés entre 653 et 4 030 tonnes par an, en France, pour les trois populations les plus concernées.

RÉFÉRENCES

- (1) The Shift Project. Décarboner la santé pour soigner durablement. Dans le cadre du plan de transformation de l'économie française. [Internet]. 2021. Available from : <https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2021/11/211125-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante.pdf>
- (2) Guide affection de longue durée. Paris: HAS; 2007. Available from: <http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/ALD20-guide-paraplegie.pdf>
- (3) Zlatev DV, Shem K, Elliott CS. How many spinal cord injury patients can catheterize their own bladder? The epidemiology of upper extremity function as it affects bladder management. *Spinal Cord*. 2016 Apr;54(4):287-91.
- (4) Sclérose en plaques (SEP) · Inserm, La science pour la santé. Inserm. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/sclerose-en-plaques-sep/>
- (5) Jacq C, Hubeaux K, Ramanantsitonta J. [Multiple sclerosis and intermittent self-catheterization]. *Prog Urol*. 2021 Mar;31(4):195-203.
- (6) European Platform on Rare Disease Registration. Available from: <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu>

JEUDI 8 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
MEDICALES
17H00 – 18H30

PLACE DE LA REEDUCATION PERINEALE PAR BIOFEEDBACK DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSSYNERGIE VESICO SPHINCTERIEENNE

Nada KYAL

> BUT

La dyssynergie vésico-sphinctérienne désigne l'incapacité de la vessie et de l'urètre à agir de manière coordonnée lors de la miction (dyssynergie : contraction simultanée des muscles de la vessie et de l'urètre) pendant la miction (dyssynergie : contraction simultanée de muscles dont l'activité est de sens opposé). Le détrusor se contracte, mais l'urètre ne se relâche pas ; en fait, l'activité du sphincter augmente souvent pendant la contraction du détrusor.

Le but de notre étude était d'évaluer l'efficacité de la rééducation périnéale par Biofeedback sur la dyssynergie vésico-sphinctérienne

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective sur 32 patients de différents âges : enfant, adolescent, adulte suivis au service de Médecine Physique et Réadaptation fonctionnelle au Chu Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 12 mois, tous les patients ayant présenté une DVS à la débimétrie ont bénéficié d'une rééducation périnéale par Biofeedback de 12 séances en moyenne, une débimétrie de contrôle a été réalisée après la fin de séances.

> RÉSULTATS

L'âge moyen était de 29 ans , avec des extrêmes allant de 8 ans à 59 ans , cliniquement les patients présentaient une dysurie avec sensation de vidange incomplète , 58% des patients présentaient également des infections urinaires à répétition , la première débimétrie qui a été réalisé a objectivé une dysurie avec débit diminué dans 79% des cas , une DVS à l'enregistrement EMG et un résidu post mictionnel significatif dans 69% des cas , tous les patients ont bénéficié d'une rééducation périnéale par Biofeedback de 12 séances en moyenne , une débimétrie de contrôle a été réalisé à 3 mois d'intervalle qui a objectivé dans 77% des cas une amélioration de la dysurie et une disparition de la DVS , par contre on a noté une persistance du RPM dans 42% des cas

> CONCLUSION

La thérapie par biofeedback développe des signaux lors de mictions répétées, qui entraînent la relaxation de la musculature pelvienne (synergie) et supprime la contraction de la musculature pelvienne (dyssynergie).La rééducation périnéale par Biofeedback semble donner des résultats satisfaisante dans la gestion de la DVS associé au conseils d'hygiène de vie , des séances de rappel peuvent être nécessaire pour obtenir un résultat satisfaisant à long terme

> BUT

Depuis une dizaine d'années, l'utilisation des Bandelettes Sous-Urétrales (BSU) a nettement diminué en raison de certaines complications observées telles que les douleurs chroniques, l'exposition de prothèse, la récurrence de l'incontinence ou l'apparition de fistules pelviennes. Un nouveau cadre de loi encadre désormais cette pratique depuis la controverse suscitée par les prothèses voie basse. Néanmoins, il existe peu d'études s'intéressant à l'évolution à long terme des BSU, avec notamment la prise en compte des effets indésirables et du taux de reprises chirurgicales nécessaires au long cours. L'objectif de notre étude était d'évaluer le taux de retrait et/ou de réintervention à long terme des patientes ayant bénéficiées d'une première pose de BSU et de rechercher les potentiels facteurs de risque de réintervention. Notre étude permettra de mieux évaluer le pronostic des patientes opérées d'une BSU à la lumière des changements actuels.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude sur bases médico-administrative incluant 217 326 patientes âgées de plus de 18 ans, ayant eu la pose d'une BSU pour incontinence urinaire d'effort (IUE) du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2021, dans des établissements de santé publics et privés. Les patientes ont eu au moins un an de suivi jusqu'au 31 décembre 2022.

Le critère de jugement principal était le taux de retrait (partiel ou totale) de la BSU et les critères de jugement secondaires étaient le taux de reprise chirurgicale pour IUE. Une analyse de survie et un modèle de Cox ont été réalisés pour évaluer les facteurs de risque de retrait/réopération. Les facteurs suivants ont été évalués : type de BSU (rétropubienne ou transobturatrice), obésité, tabagisme et/ou alcoolisme, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, anémie, insuffisance rénale ou cardiaque, accidents vasculaires cérébraux, prolapsus des organes pelviens, hémorragie, maladie neurogène, troubles hématologiques cancer, maladie de Crohn, affection respiratoire ou hépatique chronique

> RÉSULTATS

La population étudiée était composée de 217 326 femmes ayant bénéficiées d'une première pose de BSU, dont 5 851 ablations et 9 521 réopérations sans ablation. L'âge médian était de 56 ans [47-68]. La durée médiane de suivi était de 2,4 ans (IQR 1 jour- 5,2 ans). Il y avait 46 768 BSU par voie rétropubienne (TVT) et 170 558 par voie transobturatrice (TOT).

La majorité des retraits de BSU ont eu lieu au cours de la première année (58 %) et 40 % au cours des six premiers mois. Les retraits qui ont eu lieu entre 5 et 10 ans représentent moins de 8 % de l'ensemble des retraits de BSU. Le taux de retrait de BSU était de 1,6 % à 1 an, 2,5 % à 5 ans et 2,7 % à 10 ans. Le risque de retrait diminuait avec l'âge : 3,5 % pour les 18-39 ans ; 2,8% pour les 50-59 ans et 2,4% pour les 70 ans à 10 ans. Le risque de retrait à 10 ans après insertion d'une TOT (2,6 %) était statistiquement inférieur au risque après insertion d'un TVT (3 %), $p < 0,0001$.

Parmi l'ensemble des comorbidités évaluées l'intoxication alcooliques et/ou tabagique et l'obésité étaient des facteurs de risque de retrait de BSU, avec respectivement risques relatifs de 1,2 ($p=0,0004$) et 1,1 ($p<0,03$). Le type de BSU était aussi significatif avec un $RR.= 0,89$ pour les TOT ($p<0,0001$).

Le taux de réintervention pour incontinence urinaire d'effort était de 2,2 % à 1 an, 4 % à 5 ans et 4,5 % à 10 ans. Le risque de réintervention à 10 ans après TOT (4,3 %) était statistiquement inférieur au risque après TVT (5,2 %), $p<0,0001$. Le taux de réinterventions, toutes confondues (y compris les retraits de BSU) était de 3,7 % à 1 an, 6,4 % à 5 ans, 7,1 % à 10 ans.

L'ensemble des complications (érosion, infection, saignement et douleur) étaient de 5,5 % ; avec un risque plus élevé après TVT (7,7 %) qu'après TOT (5,0 %).

› CONCLUSION

La majorité des réinterventions (58%) survenaient la première année. Le taux de retrait à 10 ans après une première pose de BSU était de 2,7 % et le risque de récurrence de l'IUE était de 4,5 % à 10 ans. Les taux de retrait étaient moins élevés après un TOT qu'un TVT, de même que les taux de reprise chirurgicale pour incontinence urinaire d'effort. Cela peut s'expliquer par le fait que les opérations pour retrait de BSU sont techniquement plus difficiles lorsqu'il s'agit d'un TOT que d'un TVT. Cependant, ces résultats contredisent les études précédentes concernant les taux de reprise chirurgicale qui retrouvaient des taux plus élevés en cas de TOT. Concernant les taux de complications entre un TVT et un TOT, nous avons également trouvé plus de complications après TVT qu'avec TOT.

JEUDI 8 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
CHIRURGICALES
17H00 – 18H30

PREDICTION DU RISQUE D'EXPLANTATION APRES POSE D'UN SPHINCTER URINAIRE ARTIFICIEL CHEZ L'HOMME : DEVELOPPEMENT ET VALIDATION D'UN MODELE BASE SUR LE MACHINE LEARNING

Zine-Eddine KHENE

> OBJECTIF

Développer et valider un modèle pré-opératoire qui prédit le risque d'explantation après pose d'un sphincter urinaire artificiel (SUA) chez des patients masculins souffrant d'incontinence urinaire d'effort

> MÉTHODES

Les patients de sexe masculin ayant une incontinence urinaire d'effort et ayant bénéficié d'un SAU ont été identifiés à partir d'un registre rétrospectif multicentrique. Les données démographiques et urodynamique pré-opératoires ont été analysées. Notre critère de jugement était le taux d'explantation. Une élimination récursive des caractéristiques avec validation croisée a été utilisée pour la sélection des variables. Quatre algorithmes de Machine learning (ML) supervisés (voisin le plus proche, forêts aléatoires, régression logistique et machines à vecteurs de support) ont été utilisés puis évalués via une courbe ROC.

> RÉSULTATS

1363 patients ont été inclus. L'âge médian des patients au moment de la chirurgie était de 70 ans (IQR 64–75). La durée médiane de survie avant explantation était de 12 mois (IQR 2–46). Le Taux d'explantation était de 27%.

Cinq principaux facteurs prédictifs ont été identifiés : l'âge, l'IMC, présence d'une hyperactivité détrusorienne, la capacité vésicale pré-opératoire et la taille de la manchette. Les scores de précision de nos quatre modèles prédictifs (voisin le plus proche, forêts aléatoires, régression logistique et machines à vecteurs de support) étaient respectivement de 0,78, 0,85, 0,75 et 0,76. L'AUC des courbes ROC était de 0,74, 0,89, 0,72 et 0,73, respectivement.

> CONCLUSION

Nous avons développé des modèles d'intelligences artificielles qui prédisent avec précision en pré opératoire le risque d'explantation d'un SUA. Le modèle des forêts aléatoire a obtenu la meilleure performance et pourrait constituer un outil pré opératoire puissant afin d'identifier les patients à risque d'explantation.

Le sphincter urinaire artificiel (SUA) est le traitement de référence de l'incontinence urinaire masculine, mais il présente un taux de complication élevé. L'incontinence urinaire sévère a un impact sur la qualité de vie et a des conséquences économiques importantes. Davantage de données sont nécessaires pour informer les patients âgés polyopathologiques. En effet, de nombreuses études s'intéressent aux facteurs de risque d'échec des SUA mais l'hétérogénéité des critères d'évaluation et des tailles de population doit être prise en compte. L'objectif de cette étude était d'évaluer les facteurs de risque d'explantation du SUA dans une large cohorte multicentrique. Nous avons revu rétrospectivement les dossiers de 1233 implantations de SUA masculins non neurologiques entre 2005 et 2020 dans 13 centres français. Les patients neurologiques ont été exclus. Des analyses de survie ont été réalisées afin d'étudier les facteurs associés à la survie sans explantation. L'explantation a été définie comme le retrait complet du dispositif, par opposition à la révision qui est le changement d'une partie du dispositif.

Nous avons inclus 1003 patients porteurs de SUA, dont 281 ont eu une explantation. La survie médiane sans explantation a été de 83 mois, principalement pour cause d'infection et d'érosion. L'âge moyen était compris entre 70 et 75 ans. Des antécédents de radiothérapie ont été retrouvés chez 289 patients (28,81%) et 165 patients (16,45%) avaient des antécédents de chirurgie de l'incontinence. L'approche chirurgicale principale était l'approche périnéale, utilisée dans 60,32% des cas. Les facteurs de risque d'explantation dans l'analyse univariée étaient l'âge >75 ans (34,6% chez les explantés vs. 25,8% chez les non explantés, $p=0,007$), les antécédents de radiothérapie (43,5% vs. 31,3%, $p=0,001$) et l'utilisation de médicaments anticoagulants (15% vs. 8,6%, $p<0,001$). Dans la régression logistique, le seul facteur de risque significatif était la radiothérapie (OR 2,05, $p<0,05$). Dans l'analyse de Cox, les deux facteurs associés à des explantations plus précoces étaient l'implantation de la manchette transcaverneuse (HR 1,70, $p=0,01$) et le volume d'implantation annuel du centre (HR=1,08, $p=0,02$).

La position de la manchette transcaverneuse et volume d'implantation annuel du centre étaient les deux facteurs associés à des explantations plus précoces. Les antécédents de radiothérapie ont été associés au taux global d'explantation. L'hypothèse la plus probable est que ces deux variables sont directement liées à la complexité de la chirurgie (urètre fragile, multi opéré) ou au patient (âge). Cette large étude multicentrique a permis de montrer le risque de la radiothérapie, mais aussi de renforcer la notion de fragilité de l'urètre, qui conduit souvent à un abord transcaverneux.

> OBJECTIF

Déterminer les indications et résultats des entérocystoplasties d'agrandissement (ECP) durant la dernière décennie dans un centre de neuro-urologie à l'ère de la toxine botulique.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant l'ensemble des patients ayant eu une ECP entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2022 dans notre centre. Nous avons recueilli les données démographiques (âge, IMC, pathologie neurologique, durée d'évolution de la pathologie neurologique), les traitements antérieurs (anticholinergiques, toxine botulique) et les résultats urodynamiques préopératoires. Nous avons ensuite étudié l'indication de l'ECP. Lorsque cette dernière était réalisée pour échec secondaire de toxine botulique, nous avons étudié la durée d'efficacité de la toxine, le nombre moyen d'injections ainsi que la réalisation d'un changement ou non de molécule. Nous avons analysé les gestes associés à l'ECP (dérivation cutanée continente (DCC), bandelette sous urétrale, sphincter urinaire artificiel), les résultats biologiques post opératoires et les complications post-opératoires selon la classification de Clavien-Dindo chez les patients ayant eu une 1ère entérocystoplastie dans un contexte de pathologie neurologique. Enfin nous avons étudié le mode mictionnel, la continence et la capacité vésicale fonctionnelle aux dernières nouvelles de ces mêmes malades. Les variables qualitatives ont été exprimées en médiane [IEQ] et comparées par un test de Mann-Whitney, et les variables quantitatives en effectif (pourcentages).

> RÉSULTATS

Entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2022, nous avons réalisé 77 ECP, soit une médiane de 6 [4,75 ;8,75] ECP/an. Les données démographiques des patients sont résumées dans le tableau 1. L'ECP était réalisée dans le cadre d'une pathologie neurologique chez 72 patients (93,5%) dont 4 ré-agrandissement. Les indications des entérocystoplasties d'agrandissement réalisées sur la période d'étude sont détaillées dans le tableau 2. Chez les patients neurologiques avec une 1ère ECP, la durée opératoire médiane était de 300 [251 ;330] min, et la durée d'hospitalisation de 12 [9;14] jours.

Les gestes associés étaient une DCC dans 31 cas (57,4%), une bandelette sous urétrale aponévrotique dans 14 cas (25,9%), une réimplantation urétérale dans 6 cas (11,1%) et un sphincter urinaire artificiel dans 3 cas (5,6%). Il n'existait pas de différence significative sur la fonction rénale pré (111 [87 ;123] ml/min/1,73m²) et post-opératoire (108 [85,8 ;125,3] ml/min/1,73m²). Les suites post opératoires immédiates ont été simples pour 34 patients (50%). 21 patients ont présenté des complications \leq Clavien 2 (32,4%), principalement représentées par des infections urinaires post opératoires nécessitant une antibiothérapie. 12 patients ont présenté des complications \geq Clavien 3 (17,6%), dont 4 syndromes occlusifs, 1 pneumothorax, 1 fistule vésico-cutanée, 1 éviscération, 1 insuffisance rénale aigue sur mauvaise position des sondes monoJ et 4 chocs septiques dont 1 patient décédé.

Après un suivi médian de 33 [14 ;55] mois, 23 patients ont présenté des complications à distance dont 3 calculs vésicaux(4,4%), 3 sténoses de DCC(4,4%), 3 récurrences d'hyperactivité détrusorienne (4,4%), 8 infections urinaires fébriles(11,7%), 2 fistules urinaires(2,9%), 4 troubles digestifs au long cours (5,9%). 59 patients présentaient une continence complète avec aucun épisode de fuite entre les sondages(86,8%), 4 patients présentaient des fuites par l'urètre (5,9%) et 5 présentaient des fuites par la DCC(7,4%). Le mode mictionnel était dans 61 cas les autosondages(89,8%), dans 5 cas les hétérosondages(7,4%) et dans 1 cas une sonde vésicale à demeure du fait de détérioration neurologique liée à un AVC (1,5%). La capacité vésicale fonctionnelle moyenne post opératoire était de 450 ml [400 ;500].

> CONCLUSION

A l'ère de la toxine botulique, l'indication principale d'entérocystoplastie d'agrandissement est l'échec secondaire de toxine botulique intra-détrusorienne pour hyperactivité détrusorienne. Chez les patients traités par toxine botulique, le délai médian d'échappement lors de l'indication d'ECP était de 6 années. L'ECP permettait d'obtenir une continence inter-sondages chez 86,8% des patients avec une CVF de 450 ml tout en préservant le haut appareil urinaire. Elle reste cependant une intervention avec un taux important de complications sévères (17,6% de complications \geq Clavien 3) dont l'indication doit être discutée par une équipe pluridisciplinaire d'urologie et de médecine physique et réadaptation. Le bénéfice sur la qualité de vie est en cours d'évaluation dans cette série.

Tableau 1 – Caractéristiques préopératoires des patients

Age* (années)		43 [33 ;53]	
IMC* (kg/m2)		23 [20 ;25]	
Absence de pathologie neurologique†		5(6,5%)	
Pathologie neurologique†		72 (93,5%)	
	Blessé médullaire†	52(67,5%)	
		Paraplégie†	17(22,1%)
		Tétraplégie†	35(45,5%)
		Délai lésion médullaire-ECP* (années)	9 [4 ; 19]
	Myélite†	6(7,8%)	
	Spina bifida†	4(5,2%)	
	Sclérose en plaques†	2(2,6%)	
		Score EDSS*	7 [6 ;7,5]
		Délai diagnostic SEP-ECP* (années)	17 [15 ;19]
	Autre†	8(10,4%)	
Mode mictionnel	ASPI†	58(75,3%)	
	HSPI†	11(14,3%)	
	Cathéter à demeure†	5(6,5%)	
	Percussion†	2(2,6%)	
	Absence de diurèse†	1(1,3%)	
Hémoglobine préopératoire (g/dl)		13,6 [12,2 ;14,5]	
DFG préopératoire (ml/min/1,73m2)		111 [87 ;123]	

Traitements antérieurs	Anticholinergiques†	58 (75,3%)
	Toxine botulique†	52 (67,5%)
Bilan urodynamique préopératoire †		67 (87,0%)
	CCM (ml)*	285,5 [167 ; 333]
	HAD†	56 (83,6%)
	Volume apparition HAD (ml)*	168 [88 ; 228]
	Trouble de la compliance†	24 (35,8%)
	Pdetmax (cmH2O)*	42 [30 ; 59]

* médian [IQR]

† n(%)

IMC : indice de masse corporelle, ECP : entérocytoplastie d'agrandissement, EDSS : Expanded Disability Status Scale, SEP : sclérose en plaques, ASPI : autosondages propres intermittents, HSPI : hétérosondages propres intermittents, DFG : débit de filtration glomérulaire, CCM : capacité cysto-manométrique, HAD : hyperactivité détrusorienne, Pdetmax : pression détrusorienne maximale

Tableau 2 - Indications des entérocytoplasties d'agrandissement

Patients non neurologiques		5 (6,5%)	
	Perte de capacité vésicale post prostatectomie	1 (1,3%)	
	Uropathie malformative	4 (5,2%)	
Patients neurologiques		72 (93,5%)	
	Sans traitement par toxine botulique	19 (24,7%)	
		Indication de DCC	8 (11,9%)
		Trouble majeur de la compliance	4 (6,0%)
		Réagrandissement	4 (6,0%)
		HRA	2 (3,0%)
		Pré-greffe rénale	1 (1,5%)
	Avec traitement par toxine botulique	53 (68,8%)	
		Echec primaire de toxine	14 (20,9%)
		Indication de DCC	4 (6,0%)
	Pseudo-botulisme	3 (4,5%)	
	Echec secondaire de toxine	32 (41,6%)	
Patients avec pathologie neurologique en échec secondaire de toxine botulique	Durée de traitement par toxine botulique avant ECP (mois)	76 [50,5 ; 112]	
	Nombre d'injections avant ECP	10 [8,5 ; 15]	
	Switch Botox®/Dysport® avant ECP	20 (37,7%)	
	Dernière dose de toxine avant ECP		
		Botox® 200U	1 (3,1%)
		Botox® 300U	4 (12,5%)
		Botox® 400U	12 (37,5%)
		Dysport® 800U	9 (28,1%)
	Dysport® 1000U	5 (15,6%)	

* médiane [IEQ]

† n(%)

ECP : entérocytoplastie d'agrandissement, DCC : dérivation cutanée continente, HRA : hyperréflexie autonome

› **OBJECTIF**

Évaluer les connaissances actuelles des internes et chefs de clinique français d'urologie français sur les troubles vésico-sphinctériens des patients atteints de spina bifida.

› **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Un questionnaire a été envoyé par mail au 448 adhérent(e)s de l'Association Française des Urologues en Formation (AFUF). Ce questionnaire était composé de 7 questions couvrant l'ensemble de la prise en charge neuro-urologique des patients spina bifida et avait été rédigé par un urologue expert dans la prise en charge des spina bifida. Les réponses ont été collectés après un délai de 5 jours et une analyse descriptive a été conduite.

› **RÉSULTATS**

Parmi les 448 adhérent(e)s, 155 ont répondu au questionnaire soit 35,6% de participation. La majorité des participant(e)s (129 soit 83,77%), disaient connaître la définition du spina bifida et 119 ont déjà eu à prendre en charge un patient spina bifida au cours de leur formation (76,77%). Près de la moitié des participants (48,39%) avait estimé correctement le nombre de patients spina bifida en France (entre 10 000 et 15 000) tandis que 32% sous estimaient sa prévalence. Plus de 80% des participant(e)s savaient que les patients spina bifida pouvaient présenter un trouble de la compliance ou une hyperactivité détrusorienne mais seul 55,5% et 60,6% savaient qu'ils/elles pouvaient aussi présenter respectivement une insuffisance sphinctérienne et une hypocontractilité.

141 participants (90,97%) pensaient utile de réaliser une créatininémie dans l'évaluation des patients spina bifida alors qu'elle est pourtant de peu d'intérêt dans cette population en raison du déficit neurologique et de l'amyotrophie. Seul 31,6% jugeait l'UCRM intéressant dans les populations alors qu'elle a un rôle important en raison de la fréquence du reflux (>30%) qui peut normaliser artefactuellement l'urodynamique. Concernant le traitement des patients spina bifida, 94,81% des participants avaient conscience que les troubles vésico-sphinctériens peuvent s'aggraver avec le temps en l'absence de traitement malgré le fait qu'il s'agisse d'une pathologie congénitale et 85,06% des participants identifiaient à juste titre que le recours aux autosondages est fréquemment nécessaire.

› **DISCUSSION**

Les connaissances des internes des patients atteints de spina bifida sont plutôt bonnes. La présence de cette pathologie au cours de leur formation est plus fréquente qu'on ne le pense puisque près de 80% des internes y ont été confrontés.

Une importante limite de notre étude est que nous pouvons imaginer que ce sont plutôt les internes avec un intérêt pour la neuro-urologie qui ont répondu à ce questionnaire.

› CONCLUSION

La majorité des internes et chefs de clinique sont confrontés à la prise en charge neuro-urologique de patients spina bifida au cours de leur formation. Le niveau de connaissance des urologues en formation sur les troubles vesico-sphinctériens des spina bifida semble globalement bon mais quelques points méritent toutefois d'être mieux connus notamment dans l'évaluation et les tableaux clinique urodynamique. Ces résultats pourraient permettre d'ajuster l'enseignement dispensé aux urologues en formation français sur les troubles vesico-sphinctériens des spina bifida.

> INTRODUCTION

La réalisation d'une cystostomie continente trans-appendiculaire (CCTA) selon le principe de Mitrofanoff a permis d'améliorer la prise en charge des patients nécessitant des cathétérismes intermittents non réalisables par l'urètre.

> OBJECTIF

Présenter les complications associées à la réalisation des CCTA à moyen et long terme et leur prise en charge.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Réalisation d'une étude rétrospective monocentrique de revue de dossiers des patients âgés de moins de 18 ans, opérés d'une CCTA dans notre centre universitaire pédiatrique entre 2002- 2022. Les complications à court et long terme ont été colligées, ainsi que leur délai médian d'apparition et leur prise en charge conservatrice ou chirurgicale.

> RÉSULTATS

129 patients ont été opérés dans notre centre à un âge médian de 7.5 ans (28 jours à 17.7 ans) avec une médiane de suivi de 76.6 mois (6.5 – 224.4 mois) soit 6.4 ans. Cinquante-quatre pourcents d'entre eux ont présenté une complication spécifique de la CCTA à un délai médian de 5.3 mois (0.72 à 150.1 mois) post-opératoire. Les difficultés de sondages (24%) ainsi que les sténoses cutanées/sus-aponévrotiques (13.2%) et les fuites par la CCTA (21.7%) ont été les complications les plus fréquemment retrouvées à une médiane globale de 5 mois post-opératoire. Au total, 25 patients (19.4%) ont nécessité une reprise chirurgicale de la CCTA soit 48 réinterventions. Sur l'ensemble de celles-ci, 75% ont pu être traitées par endoscopie ou chirurgie sus-aponévrotique. Au terme de notre suivi, 93.8% de nos patients avaient une CCTA fonctionnelle et 92.2% une stomie continente.

> CONCLUSION

La CCTA est une technique fiable sur le long terme avec plus de 90% des conduits restant fonctionnels et ce, malgré un taux de complications élevé autour de 50%. Les complications surviennent principalement dans les 24 premiers mois mais leur risque d'apparition persiste au long court, d'où l'importance de l'information et de l'éducation de l'enfant et de son entourage ainsi que d'une transition à l'âge adulte.

> INTRODUCTION

Depuis l'interdiction des bandelettes synthétiques par voie vaginale pour les prolapsus par la FDA en 2019, une inquiétude autour de l'utilisation des matériaux prothétiques en pelvi-périnéologie s'est installée. Internet étant devenu une source prédominante d'informations sur les soins de santé, nous avons analysé les recherches réalisées sur Google en lien avec les traitements de l'incontinence urinaire d'effort à l'échelle mondiale.

> MÉTHODES

Nous avons effectué une analyse rétrospective à l'aide de l'outil en ligne Google Health Trends. Il fournit des données pour un terme de recherche spécifique sous forme de volume de recherche relatif (RSV). Les recherches liées aux termes suivants : 'floor muscles exercises', 'continence pessary', 'Pubovaginal slings', 'Burch colposuspension', 'midurethral slings', 'Injectable bulking agents' ont été extraites de janvier 2004 à août 2022. Les volumes de recherche relatif annuel (ARSV), les pourcentages de changement annuel moyen (AAPC) et les évolutions au cours du temps ont été analysés. Enfin, nous avons évalué l'impact de la dernière alerte de la FDA sur ces recherches en ligne.

> RÉSULTATS

L'ARSV moyen pour les bandelettes sous urétrales était de 20 % en 2006 et a diminué par la suite jusqu'à 8 % en 2022 (AAPC : -4 % ; $p < 0,01$). Les recherches relatives aux bandelettes autologues étaient limitées jusqu'en 2020 (AAPC : - 2,2 % ; $p < 0,01$) et connaissent depuis un regain d'intérêt (APC : +2,8 % ; $p < 0,01$). Une baisse régulière des recherches a été enregistrée pour la colposuspension de Burch (AAPC : - 1,2% ; $p < 0,01$). À l'inverse, celles liées aux agents de comblement (AAPC : +4,4 % ; $p < 0,01$), aux pessaires (AAPC : +0,2 % ; $p < 0,01$) et à la rééducation périnéale (AAPC : + 0,5 % ; $p < 0,01$) sont en croissance. Lorsque les tendances ont été comparées avant et après la dernière alerte de la FDA, l'ARSV était plus faible pour les bandelettes sous urétrale et plus élevé pour les mesures conservatrices, les bandelettes par tissus autologues et les agents de complements ($p < 0,05$).

> CONCLUSION

Le nombre de recherche en ligne concernant les bandelettes sous urétrales a considérablement diminué au fil des différentes alertes émises par la FDA à l'égard des matériaux synthétiques utilisés en chirurgie vaginale. Les mesures conservatrices, les agents de comblement et les bandelettes par tissus autologues semblent avoir connu un regain d'intérêt en parallèle. Comprendre ces tendances est un moyen d'anticiper les évolutions en matière de santé.

› INTRODUCTION

L'obstruction sous-vésicale altère la contractilité détrusorienne, diminuant ainsi la capacité de vidange vésicale avec un risque de rétention urinaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet du volume de remplissage sur la contractilité détrusorienne chez l'homme présentant une obstruction sous-vésicale.

› MATÉRIEL

Étude prospective menée dans deux centres de pelvi-périnéologie. Les hommes éligibles à un bilan urodynamique (BUD) (score IPSS > 7) ont été inclus de janvier à juillet 2022. En l'absence d'obstruction sous-vésicale au BUD, ils étaient secondairement exclus. Le critère de jugement principal était la pression isométrique maximale du détrusor, représentative de la contractilité détrusorienne et mesurée à 3 volumes de remplissage (50%, 75% et 100% de la capacité cystomanométrique) lors d'un stop-test réalisé à la suite d'une cystomanométrie.

› RÉSULTATS

Cinquante-deux patients ont réalisé le BUD, dont 12 exclus par absence d'obstruction ou impossibilité de réaliser le stop-test.

La contractilité détrusorienne était significativement augmentée pour un remplissage vésical à 75% vs 50% et pour un remplissage à 75% vs 100%, avec une différence moyenne de 19,5 [14,3 à 24,8] et de 12,2 [6,9 à 17,5] cmH2O respectivement ($p < 0,01$).

› CONCLUSION

En cas d'obstruction chez l'homme, la contractilité vésicale dépend du volume de remplissage, et s'altère en cas de remplissage insuffisant ou excessif. Cette modification de la contractilité en fonction de la réplétion vésicale, pourrait être un des mécanismes de la rétention urinaire.

› INTRODUCTION

La prise en charge des douleurs vulvo-vaginales en cas d'échec des topiques locaux est difficile et l'arsenal thérapeutique limité. La photobiomodulation intra vaginale et périnéale est une technique qui permettrait de stimuler la synthèse de collagène et d'élastine dans le tissu vaginal pour améliorer la qualité des tissus. L'objectif de cette étude était d'évaluer son efficacité et sa tolérance.

› MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective incluant les patientes ayant eu un traitement par photobiomodulation intra vaginale entre décembre 2018 et avril 2022 pour douleurs vulvo-périnéales après échec d'un traitement local. Le traitement consistait en une séance de 5 minutes par semaine pendant 8 semaines. La douleur était évaluée à l'aide d'une échelle numérique (EN). L'amélioration des symptômes était évaluée par le score PGI-I (patient global impression of improvement). Le retentissement psychologique était évalué par l'échelle d'évaluation de la dépression et de l'anxiété (HAD) et le retentissement sexuel par le questionnaire female sexual function index (FSFI). Ces questionnaires étaient remplis avant la première séance et après la dernière séance. Les effets indésirables et complications étaient interrogés à chaque séance. Une analyse en sous-groupe a été réalisée chez les patientes ayant consulté en post partum.

› RÉSULTATS

Quarante-sept patientes ont été incluses dans l'étude avec un âge médian de 32 ans (IQR : 29-43). Les dyspareunies faisaient suite à un accouchement dans 53% des cas, à un syndrome climatérique dans 9% des cas, idiopathique dans 18% des cas ou post opératoire dans 11% des cas. Le délai médian de consultation entre l'apparition des symptômes et la première séance étaient de 22 mois (13-30). Les douleurs étaient localisées en regard de la fourchette vulvaire chez 54,5% des patientes.

L'EN médiane était significativement plus basse après la thérapie avec une EN à 3 (IQR : 1-5) /10 contre 7 (4-8) /10 ($p < 0,01$). Le score PGI-I était égal à 1 ou à 2 pour 44% des patientes. Le pourcentage de patientes présentant des troubles anxiodépressifs (score HAD > 14) a diminué, passant de 41% avant la thérapie à 25% après ($p = 0,08$). La sexualité était inchangée avec un score FSFI médian de 60 (48-73) après thérapie contre 54 (29-64) avant ($p = 0,11$). L'analyse des patientes en post partum révèle une diminution moyenne de l'EN de 3,5 points ($\pm 2,6$) /10, une amélioration du score de sexualité de 14% et 56% de PGI-I 1 ou 2, ces améliorations n'étaient pas significatives. Aucun effet indésirable ni complication n'a été rapporté.

› CONCLUSION

La luminothérapie permet de diminuer l'intensité des douleurs et des dyspareunies mais semble insuffisante pour améliorer la qualité de vie sexuelle et psychologique.

VENDREDI 9 JUIN

SEVEN UP

08H30 - 10H00

DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX A L'OBSERVANCE DU SUIVI NEURO-UROLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS ADULTES SPINA BIFIDA ET BLESSES MEDULLAIRES

Jacques KERDRAON

> BUT

Avec l'amélioration de l'espérance de vie sur les cinquante dernières années, le spina bifida est devenu une maladie de l'adulte. Ces patients conservent un risque accru de morbidité et mortalité par complications secondaires des déficiences suivies durant l'enfance, dominé en premier lieu par le risque uro-néphrologique. Un des enjeux majeurs chez ces patients est le maintien d'un suivi régulier des facteurs de risque uro-néphrologiques et d'un respect des règles d'auto prise en charge de leur vessie neurologique. Différents déterminants psychosociaux ont été analysés comme possibles marqueurs du retentissement de maladies chroniques de l'enfance à l'âge adulte et pourraient rendre compte de l'inégalité de suivi et d'accès aux soins.

Parmi ceux-ci, l'estime de soi est une dimension psychologique d'analyse particulièrement pertinente dans le cadre d'états chroniques hérités de l'enfance, à la fois comme témoin du niveau le plus différencié de la représentation de soi, mais également pour ses liens avec la qualité de l'adaptation. Chez l'adulte, l'estime de soi est une dimension associée à des traits psychologiques particuliers comme la prise de risque, les addictions, les difficultés relationnelles et la dépression dont elle constitue un des symptômes majeurs, mais l'estime de soi est également citée comme marqueur prédictif de l'observance à un programme d'auto prise en charge dans le cadre de maladies chroniques.

Ce déterminisme causal de l'estime de soi est aussi représenté par le sentiment d'efficacité personnelle perçue. L'estime de soi dans la population adulte spina bifida reste mal connue, et son intérêt comme marqueur d'une auto prise en charge des troubles sphinctériens n'a jamais été évalué. L'objectif principal est de mettre en évidence une différence du niveau d'estime de soi globale entre une population de patients adultes porteurs d'un spina bifida et une population de patients adultes porteurs d'une lésion médullaire traumatique acquise de même niveau neurologique. L'objectif secondaire était d'évaluer la valeur prédictive de l'estime de soi comme marqueur de la bonne observance au suivi neuro-urologique dans ces deux populations.

> PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective, comparative, multicentrique en groupes parallèles.

Les patients inscrits dans les registres de 9 centres référents nationaux en Neuro Urologie étaient invités à participer à l'étude comportant une évaluation première par questionnaires et une visite de suivi à six mois. Les critères d'inclusion étaient l'âge supérieure à 18 ans, d'un spina bifida aperta ou d'une lésion médullaire traumatique acquise datant de plus de deux ans, de niveau lésionnel inférieur à T12 et supérieur à S1 (Score AIS A). Les critères de non-inclusion comportaient une lésion médullaire acquise avant l'âge de 16 ans, un score au Mini Mental State inférieur à 27. Le mode mictionnel, les antécédents chirurgicaux, les traitements en cours et le niveau de continence urinaire et anale étaient renseignés par les questionnaires de la fonction vésico sphinctérienne et ano rectale de l'ISCOS (International Spinal Cord Society). Les données démographiques, socio familiales et professionnelles étaient issues du bulletin de recensement individuel de l'année 2009 l'INSEE. Le niveau fonctionnel était renseigné par le sous score mobilité et transferts de la Spinal Cord Independence Measure (SCIM III).

Le critère de jugement principal était l'échelle de Rosenberg (RSES). Les critères de jugement secondaires reposaient sur la version traduite du Moorong Self Efficacy Scale (MSES) et l'échelle HAD (Hamilton Anxiety and Depression). La bonne observance au suivi neuro-urologique était évaluée par l'observance du rendez-vous de suivi à 6 mois. Pour les patients sous autosondages dans les deux groupes, les mesures d'éducation thérapeutique à la bonne réalisation des autosondages et de la tenue du catalogue mictionnel dispensées à la première visite étaient réévaluées à la visite de six mois.

► RÉSULTATS

L'étude portait sur 127 patients inclus de Mars 2012 à février 2020 (59 patients Spina Bifida, 68 patients Blessé Médullaire) d'âge moyen respectivement de 36+/- 11 et 45 +/- 11 ans. Les données démographiques différaient significativement entre les deux populations pour le sexe, l'indice de masse corporelle et le niveau d'études. Les données socio familiales différaient significativement concernant l'accès à un logement adapté ou d'une domiciliation personnelle, la conduite automobile, le statut marital et le niveau d'indépendance pour la mobilité et les transferts.

Il existait une réduction significative du score global d'estime de soi dans la population spina bifida à la première visite (RSES 30+/-6, 32+/-5, $p=0,0219$) mais pas dans le sentiment d'auto-efficacité personnelle perçue (MSES $p=0,1821$) ni dans le niveau d'anxiété (8 +/- 4) ou de dépression (4+/- 4).

Nos deux populations différaient significativement dans le mode de prise en charge de leur vessie neurologique au profit des traitements non conservateurs chez les patients spina bifida (ie cystoplastie d'agrandissement (21 vs 4, $p=0,0004$), dérivation urinaire non continente (10 vs 1, $p=0,0002$), sphincter artificiel (14 vs 1, $p=0,0009$) pour les autres modalités (ie toxine intra détrusorienne (2 vs 17, $p<0,0001$) et sondages intermittents (31 vs 56, $p=0,0002$)).

L'incontinence et l'usage de protections étaient significativement plus fréquentes et sévères dans la population des patients Spina Bifida tant pour la continence urinaire qu'anale ($p<0,0001$), et cette différence persistait indépendamment du mode mictionnel en place (autosondage) ou des traitements dépresseurs du détrusor (médicaments et toxine intra détrusorienne).

Il n'existait en revanche pas de différence des indicateurs de l'observance au suivi neuro urologique, tant pour l'observance du rendez-vous à 6 mois ($p=0,5630$) que dans l'observance à la tenue du catalogue mictionnel ou de la bonne réalisation des autosondages ($p=0,0531$).

► CONCLUSION

Conformément aux hypothèses formulées dans les études portant sur la population des enfants et adolescents spina bifida, une moindre estime de soi dans la population adulte semble plus constituer une finalité des multiples déficiences héritées de l'enfance et de leur sévérité que d'un marqueur de l'observance au suivi neuro urologique. Outre l'incontinence urinaire, les liens avec d'autres déficiences sont donc à étudier plus spécifiquement comme variables explicatives et plus particulièrement l'obtention d'une continence anale ainsi que de leurs probables implications socio familiales.

VENDREDI 9 JUIN

SEVEN UP

08H30 - 10H00

LE SYNDROME DE LA MALADIE POST-ORGASMIQUE : UNE OU PLUSIEURS ENTITES ? UNE ETUDE MONOCENTRIQUE RETROSPECTIVE

Maryane CHEA

> BUT

Le syndrome de la maladie post-orgasmiq (SMPO) est un syndrome rare se caractérisant par l'apparition de symptômes physiques et cognitifs variés après l'éjaculation. Le diagnostic du SMPO repose sur les 5 critères de Waldinger et al, 2011 (2) : [1] présence d'un ou plusieurs symptômes évocateurs, [2] survenant dans les heures suivant l'éjaculation, [3] survenant systématiquement ou presque après l'éjaculation, [4] durée de la plupart des symptômes entre 2 à 7 jours et [5] une disparition spontanée des symptômes. Les symptômes sont découpés en 7 groupes : général, tête, yeux, muscles, pseudo-grippal, nez, gorge. Les mécanismes physiopathologiques sous-jacents restent non élucidés. Les principales hypothèses décrites dans la littérature sont une hypersensibilité immunologique au liquide séminal, un déficit en testostérone ou une dérégulation du système nerveux autonome (SNA)(1). Devant une manifestation clinique polymorphe et la rareté des études publiées, il n'existe pas à ce jour de recommandations thérapeutiques. L'objectif de cette étude était de caractériser une cohorte de patients ayant un diagnostic de SMPO, tant sur les symptômes que sur les examens complémentaires et les traitements proposés.

> MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique dans un service de neuro-urologie, auprès de patients ayant consulté pour des symptômes évoquant un SMPO entre 2010 et 2023. Les données recueillies concernaient les caractéristiques des patients (âge, antécédents, comorbidités), les symptômes (l'âge de début, le délai d'apparition, la typologie, la durée), les examens complémentaires réalisés, les traitements proposés et leur efficacité.

> RÉSULTATS

Trente-sept hommes ont été inclus dans l'étude avec un âge moyen de début des symptômes de $21,3 \pm 5,0$ ans. Le délai moyen d'apparition des symptômes après éjaculation était de $1,5 \pm 3,8$ heures. Dix-sept patients (46 %) développaient des symptômes dans les 30 minutes suivant l'éjaculation tandis que pour 8 patients (22 %), ils survenaient à plus d'une heure de l'éjaculation. La durée moyenne des symptômes était de $115,5 \pm 80,3$ heures. Les principales comorbidités étaient un terrain allergique chez 8 patients (22 %), migraineux chez 6 patients (16 %) et de troubles anxio-dépressifs chez 5 patients (14 %).

Dix-sept patients (46 %) ont développé les symptômes de façon primaire, c'est-à-dire depuis leurs toutes premières éjaculations, tandis que chez 20 patients (54 %), ils sont apparus de façon secondaire. Tous les critères préliminaires étaient remplis chez 19 patients (51 %), 4 critères chez 13 patients (35 %), 3 critères chez 5 patients (14 %), 2 critères chez 11 patients (30 %). Tous les patients satisfaisaient le critère 1 en ayant au moins un des symptômes communément décrits dans le SMPO. Les patients avaient en moyenne $2,9 \pm 1,0$ groupes de symptômes. Les 4 groupes de symptômes les plus représentés étaient les symptômes « généraux » chez les 37 patients (100 %), les symptômes « tête » chez 27 patients (73 %), les symptômes « yeux » chez 10 patients (27 %) ainsi que les symptômes « nez » présents également chez 10 patients (27 %).

Concernant les examens complémentaires réalisés, 21 patients avaient bénéficié d'une IRM cérébrale, qui était normale chez tous sauf pour 1 patient (hypersignaux de la substance blanche sus et sous-tentorielle).

Vingt-six patients (70 %) ont eu une exploration du système nerveux autonome et les critères en faveur d'une dysautonomie émergente étaient retrouvés chez deux individus. Cinq patients (14 %) avaient bénéficié d'un dosage des immunoglobulines IgE totaux qui étaient tous revenus normaux. Le bilan hormonal a retrouvé des anomalies chez 4 des 18 patients qui l'ont réalisé. Un de ces patients avait un hypogonadisme hypogonadotrope, avec une amélioration sous traitement substitutif par testostérone.

Concernant les traitements proposés, 8 patients (22 %) ont bénéficié d'un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), avec un taux de réponse partielle de 50 % sur les symptômes musculaires ou céphaliques (céphalées, sensation de brouillard) mais les effets étaient souvent transitoires et ne permet pas d'amender tous les symptômes. Onze patients (30 %) ont pris des antihistaminiques, avec également une efficacité partielle chez 36 % d'entre eux sur les symptômes généraux (asthénie, difficulté de concentration) et céphaliques (sensation de brouillard, céphalées). Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine prescrits chez 9 patients (24 %) n'avaient pas de bénéfice clinique. La neurostimulation du nerf vague par voie trans-auriculaire a été utilisée chez 3 patients (8 %) avec un résultat partiel sur les symptômes chez 2 d'entre eux, avec une diminution de la durée des symptômes généraux et dysautonomiques. Les alpha-bloquants prescrits chez 5 patients (14 %) n'avaient eu qu'un bénéfice partiel chez l'un d'entre eux.

› DISCUSSION

Il s'agit, à notre connaissance, de la plus grande cohorte française de patients consultant pour des symptômes évocateurs du SMPO. La majorité des sujets remplissent au moins 3 des critères diagnostiques préliminaires. Cette étude descriptive valide les critères empiriques initialement décrits par Waldinger et al (2). Les critères pourraient être affinés, comme le suggérait Strashny (3), concernant le délai d'apparition des symptômes et leurs modalités de survenue. En effet, les symptômes ne surviennent pas toujours à chaque éjaculation et ils peuvent également survenir dans un contexte d'éjaculation spontanée nocturne sans orgasme.

Nos observations rejoignent les résultats de précédentes études (3-4-5). En effet, une majorité de patients présente les symptômes des groupes « général » et « tête », avec principalement une asthénie, des difficultés de concentration et une irritabilité.

Concernant les mécanismes physiopathologiques, les explorations neurologiques, du système nerveux autonome et immunoallergiques étaient normaux pour la plupart des patients de l'étude et ne permettent donc pas de mettre en avant une hypothèse physiopathologique en particulier.

Concernant les traitements, les antihistaminiques et les AINS, retrouvés également dans la littérature, avaient pu améliorer partiellement quelques symptômes, mais en l'absence de mécanisme physiopathologique, le mécanisme d'action est inconnu. La détermination de facteurs prédictifs de réponse au traitement en fonction de la typologie des troubles reste à établir.

› CONCLUSION

Le SMPO est une pathologie rare, invalidante, de présentation polymorphe, probablement sous-diagnostiquée. Les critères diagnostiques préliminaires sont remplis par la majorité des patients ayant un SMPO et la plupart d'entre eux présentent des symptômes du groupe « général » et « tête ». Les examens complémentaires réalisés ne permettent pas de mettre en évidence une étiopathologie claire du SMPO. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de préciser les mécanismes physiopathologiques afin d'explorer d'autres pistes thérapeutiques devant le retentissement important de ce syndrome sur la qualité de vie.

RÉFÉRENCES

- 1 / Zizzo J, F Sávio L, Ramasamy R, F N Lima T. Postorgasmic Illness Syndrome: An Update. *Eur Urol Focus*. 2023;9(1):22-24.
- 2 / Waldinger MD, Meinardi MM, Zwinderman AH, et al. Postorgasmic Illness syndrome (POIS) in 45 Dutch caucasian males: clinical characteristics and evidence for an immunogenic pathogenesis (part 1). *J Sex Med* 2011; 8:1164-1170.
- 3 / Strashny A. First assessment of the validity of the only diagnostic criteria for Postorgasmic Illness syndrome (POIS). *Int J Impot Res* 2019; 31:369-373.
- 4 / Natale C, Gabrielson A, Tue Nguyen HM, Dick B, Hellstrom WJ. Analysis of the symptomatology, disease course, and treatment of postorgasmic illness syndrome in a large sample. *J Sex Med*. 2020; 17:2229-35.
- 5 / Reisman Y. Clinical experience with post-orgasmic illness syndrome (POIS) patients- characteristics and possible treatment modality. *Int J Impot Res*. 2021; 33(5):556-562.

VENDREDI 9 JUIN

SEVEN UP

08H30 - 10H00

MALADIE DU COL VÉSICAL CHEZ L'HOMME : INTERET DU BILAN URODYNAMIQUE ET DE L'URETROCYSTOGRAPHIE POUR MESURER SA SEVERITE

Nicolas HERMIEU

> OBJECTIF

La maladie du col vésical chez l'homme est une pathologie de l'homme jeune correspondant à une obstruction du col vésical et pouvant mener à des symptômes du bas appareil urinaire de la phase de stockage et de la phase de vidange. Son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments, associant cette symptomatologie, une obstruction urodynamique à l'étude pression-débit, une altération de l'ouverture du col vésical à l'urétrocystographie permictionnelle (UCRM), un col vésical serré en cystoscopie. L'objectif de cette étude était d'identifier un lien entre la sévérité du défaut d'ouverture du col à l'UCRM et les symptômes urinaires et les données de l'étude pression-débit.

> MATÉRIEL ET MÉTHODES

Analyse rétrospective d'une base de données de tous les hommes majeurs diagnostiqué d'une maladie du col vésical dans un service universitaire de neuro-urologie à Paris entre 2015 et 2022. Critères d'exclusion : étude pression-débit non réalisée, absence d'UCRM. La cohorte a été divisée en deux groupes : défaut d'ouverture complète du col vésical à l'UCRM (A) et ouverture incomplète du col vésical à l'UCRM (B).

> RÉSULTATS

Sur les 82 patients avec maladies du col analysées, 53 ont été incluses dans l'analyse. En cas d'obstruction complète, la prévalence des symptômes de la phase de remplissage était plus importante dans le groupe A que dans le groupe B (A : n = 15 (65%) vs B : n = 9 (30%) ; p = 0,01). Sur le plan urodynamique, la pression détrusorienne au Qmax (PdetQmax), le bladder outlet obstruction index (BOOI) et le bladder contractility index (BCI) étaient plus élevés dans le groupe A que dans le groupe B [Pdet Qmax (A = 93,7±53.7 cm H2O vs B = 65,7±26.4 cm H2O ; p = 0,01) – BOOI (A = 77±58.3 vs B = 48±25.7 ; p = 0.03) – BCI (A = 136±51.3 vs B = 110±41.7 ; p = 0.04)].

> CONCLUSION

Dans cette étude, il existe une association significative entre le degré de sévérité clinique et le degré d'obstruction urodynamique et l'importance du défaut d'ouverture du col vésical à l'urétrocystographie. En plus de confirmer le diagnostic, ces examens apportent des informations sur le degré de sévérité de la maladie. De futures études devront évaluer le caractère prédictif de la réponse au traitement et de l'apparition de complications de ces paramètres cliniques et paracliniques.

VENDREDI 9 JUIN
SEVEN UP
08H30 - 10H00

ÉTUDE VESTIBULE : EFFICACITE DES INJECTIONS DE TOXINE BOTULIQUE DANS LE TRAITEMENT DES VESTIBULODYNIES PROVOQUEES

Bernard PARATTE

> OBJECTIF

Les vestibulodynies provoquées (VP) sont une pathologie fréquente, complexe, avec un important retentissement sur la qualité de vie des patientes et impactant leur vie sexuelle. Des « contractures » des muscles du périnée sont très souvent associés. Une prise en charge pluridisciplinaire est indiquée. Parmi les traitements disponibles, les injections de toxine botulique A (TBA) sont une alternative qui permet d'éviter la vestibulectomie. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité des injections de toxine botulique A dans les VP.

> MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude pilote multicentrique (Besançon, Paris), prospective, randomisée, en double aveugle. Les patientes ont été traitées soit par des injections bilatérales de 50 U TBA dans les muscles du périnée sous guidage EMG selon la méthode précédemment publiée, soit par des injections de sérum physiologique réalisée de façon identique (placebo). La douleur lors des rapports évalués par l'EVA, la qualité de vie (DLQI) et la qualité de vie sexuelle appréciée par le FSFI ont été recueillies avant traitement, à 3 et à 6 mois après les injections.

> RÉSULTATS

Soixante patientes ont été incluses dans l'étude : 30 dans le bras traité et 30 dans le bras contrôle. L'âge moyen des patientes était de 26.1 ans \pm 0.8. A l'inclusion, l'EVA moyenne était à 7.33 \pm 0.36 dans le groupe traité et 7.99 \pm 0.29 dans le groupe placebo ($p=0.3$). A 3 mois, l'EVA moyenne dans le bras traité par BTA était à 5.04 \pm 0.61 contre 7.37 \pm 0.45 dans le groupe placebo ($p=0.008$). La diminution de l'EVA entre M0 et M3 était significativement plus importante dans le groupe TBA (2 \pm 0.5) que dans le groupe placebo (0.56 \pm 0.36, $p=0.03$). On observait une différence significative du DLQI à 3 et 6 mois entre les 2 groupes ($p=0.01$ et 0.03). Le FSFI était plus élevé dans le groupe TBA (18 versus 15, $p=0.12$) que dans le groupe placebo à M3 sans différence significative. Dans l'échelle FSFI, les valeurs des items satisfaction et désir étaient significativement plus élevés dans le groupe traité ($p=0.05$ et 0.01) respectivement).

> DISCUSSION

La totalité des patientes présentaient un érétisme vulvaire et une hyperactivité musculaire des muscles ciblés témoignant d'une participation musculaire constante aux douleurs dans la VP. Les injections de TBA étaient efficaces sur la douleur déclenchée lors des rapports, la qualité de vie et la vie sexuelle des patientes. L'efficacité observée de la TBA concorde avec les données physiopathologiques récentes sur les mécanismes de la VP et permet une amélioration rapide et significative des douleurs permettant d'interrompre le cercle vicieux douloureux. Mais la prise en charge globale reste nécessaire pour retrouver une fonction sexuelle satisfaisante.

> CONCLUSION

Les injections de TBA à la dose de 100U sont un traitement efficace des VP. Elles doivent être intégrées dans la prise en charge globale des VP.

VENDREDI 9 JUIN

SEVEN UP

08H30 - 10H00

RESULTATS FONCTIONNELS DES MANCHETTES DE 3,5 CM PAR RAPPORT AUX MANCHETTES DE TAILLES SUPERIEURES CHEZ L'HOMME PORTEUR D'UN SPHINCTER URINAIRE ARTIFICIEL

Sylvia WEIS

> OBJECTIF

Évaluer les résultats fonctionnels des manchettes de sphincter urinaire artificiel (SUA) de 3,5cm par rapport aux manchettes de 4 à 4,5cm chez l'homme.

> MÉTHODES

Analyse rétrospective d'une base de données française multicentrique des poses de SUA chez l'homme entre 1991 et 2020. Critères d'exclusion : manchette > 4,5 cm, suivi < 6 mois. Critère de jugement principal (CJP) : taux d'explantation de SUA ; critères de jugement secondaires : taux de continence sociale à la fin du suivi, complications postopératoires selon Clavien-Dindo, taux d'érosion de SUA. La cohorte a été divisée en deux groupes : manchettes de 3,5 cm (A) vs manchettes de 4 à 4,5cm (B). Analyse statistique sur le CJP : statistiques descriptives, analyse de survie sans explantation selon Kaplan-Meier et modèle de Cox.

> RÉSULTATS

Sur les 1253 patients analysés, 710 ont été inclus dont 73 dans le groupe A et 637 dans le groupe B. Âge médian : 70 ans (65-75) ; suivi médian : 34 mois (17-64). Le taux d'explantations de SUA était supérieur dans le groupe A que dans le groupe B (A : n = 26 (35,6%) vs B : n = 150 (23,5%) ; p<0,05) avec une survie sans explantation plus courte dans le groupe A que dans le groupe B (hazard ratio HR = 1,8 [1,1-3,1]). De plus, le taux de continence sociale à la fin du suivi était inférieur dans le groupe A que dans le groupe B (A : n = 30 (41,1%) vs B : n = 342 (53,7%) ; OR = 0,43 [0,2-0,9] p<0,05) et le taux de complications postopératoires était supérieur dans le groupe A que dans le groupe B (A : n = 15 (20,5%) vs B : n = 68 (10,7%) ; OR = 2,2 [1,1-4,2], p<0,05). En revanche, le taux d'érosion de SUA n'était pas significativement différent entre le groupe A et le groupe B (A : n = 12 (16,4 %) vs B : n = 73 (11,5 %) ; OR = 1,5 [0,7-3,0], p=0,25).

> CONCLUSION

Dans cette étude, les manchettes de SUA de 3,5 cm ont montré un taux d'explantation et de complications postopératoires plus important que les manchettes de tailles supérieures, tout en aboutissant à taux de continence sociale inférieure. En revanche, il n'a pas été mis en évidence de différence en termes d'érosion urétrale entre ces différentes tailles de manchettes.

VENDREDI 9 JUIN
SEVEN UP
08H30 - 10H00

CARACTERISATION MOLECULAIRE PAR MARQUEURS URINAIRES : UN OUTIL POUR LE PHENOTYPAGE DE L'HYPERACTIVITE VESICALE ?

Benoit PEYRONNET

> INTRODUCTION

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre le niveau de 5 marqueurs urinaires (NGF, BDNF, TIMP-2, TGF-B1 et PGE2) et les caractéristiques des patients souffrant d'hyperactivité vésicale (HAV) par hyperactivité détrusorienne ainsi que leur association éventuelle avec la réponse au traitement

> MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une étude prospective monocentrique a été menée entre mars 2015 et juin 2017 incluant tous les patients atteints HAV ayant consulté consécutivement pour examen urodynamique et chez qui ce dernier révélait une hyperactivité détrusorienne. A la fin de la période d'inclusion, les prélèvements urinaires étaient décongelés pour réalisation des dosages de NGF, BDNF, TIMP-2, PGE2, TGF-B1 à l'aide de kits ELISA dédiés. L'association entre taux de marqueurs urinaires et caractéristiques des patients était recherchée

> RÉSULTATS

Quarante-trois patients ont été inclus tous ayant une HAV non-neurogène sous-tendue par une hyperactivité détrusorienne urodynamique. Les patients souffrant de syndrome anxio-dépressif avaient un taux significativement plus élevé de NGF/Cr (2,04 vs. 0,07 pg/mg de créatinine ; $p=0,006$) et un taux significativement plus faible de PGE2/Cr comparé aux autres patients (40,6 vs 83,4 pg/mg de créatinine ; $p=0,008$). Il n'y avait aucune autre association statistiquement significative entre marqueurs urinaires et caractéristiques des patients. Il n'y avait pas non plus d'association entre les niveaux de marqueurs urinaires et la réponse aux anticholinergiques. En revanche les patients ayant répondu à la neurostimulation tibiale postérieure (NSTP) avaient un niveau significativement plus faible de BDNF/Cr (3,5 vs. 7,6 pg/mg de créatinine ; $p=0,03$).

> CONCLUSION

Dans cette étude il existait une signature moléculaire dans le sous-groupe des patients souffrant de syndrome anxio-dépressif avec un taux significativement plus élevé de NGF et un taux significativement plus faible de PGE2 comparé aux autres patients ayant une HAV. Ces résultats renforcent l'hypothèse d'un phénotype d'HAV associé à anxiété/dépression avec une physiopathologie spécifique. Le BDNF/Cr pourrait être prédictif de la réponse à la NSTP.

VENDREDI 9 JUIN

SEVEN UP

08H30 - 10H00

EST-IL PERTINENT DE DEMANDER UN CALENDRIER MICTIONNEL CHEZ LE PATIENT NEUROLOGIQUE PRESENTANT DES TROUBLES URINAIRES DU BAS APPAREIL ?

Bertrand PICHON

> CONTEXTE

Le calendrier mictionnel (CM) est un outil indispensable pour la compréhension des troubles urinaires du bas appareil (TUBA). Les informations qu'il apporte sont riches et objectives (habitude du patient, identification de causes potentielles, ...). Il a fait l'objet de recommandations spécifiques quant à sa passation et son interprétation (1-2). Toutefois, les pathologies neurologiques sont considérées comme un critère d'exclusion dans grand nombre d'article qui l'étudie (3). Nous nous sommes donc questionnés quant à la place de cet outil chez les patients neurologiques.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude prospective et analytique portant sur le recueil et l'analyse des CM dans une population de patients présentant une pathologie neurologique, toute pathologie confondue, et consultant pour la première fois dans le service de Neuro-urologie pour des TUBA, sur l'année 2022. Les patients consultants pour la première fois sont informés du recueil de données sur une base de données informatisée, anonymisée, sécurisée (base PEC MPR Uro) utilisant le serveur RedCap-APHP et promue / validée par l'APHP - DRCL. Le consentement des patients est recueilli pour chaque consultant lors de la première consultation. Les informations recueillis comprennent notamment des questionnaires, examens paracliniques, calendrier mictionnel, ... Une analyse des calendriers mictionnels a été réalisée chez tous les patients neurologiques enregistrés. Les CM sont adressés avant la consultation par voie postale, avec une simple consigne écrite, et un nombre de feuilles pour trois jours (une feuille par jour) ; les informations recueillies sur les CM sont : horaire de l'événement, volume uriné ou sondé, sensation d'urgenterie (échelle 1 à 3), survenue d'une fuite avec appréciation du volume (échelle 1 à 3), apports hydriques avec exemple de quantification (cannette, verre, mug, ...). Parmi les questionnaires réalisés, chaque patient réalisait entre autres une auto-évaluation de leur perception de la sévérité de ses TUBA par le score PGI-S (4).

> RÉSULTATS

153 patients ont consulté pour la première fois et ont consenti à être enregistrés sur la base de données sur l'année 2022 ; on dénombre 148 patients présentant une pathologie neurologique et répartis en quatre groupes nosologiques : 61/148 (41%) avaient une pathologie démyélinisante, 45/148 (30%) une pathologie dégénérative, 35/148 (24%) une pathologie génétique, 7/148 (4%) une pathologie rachidienne. La prévalence globale, toute pathologie neurologique confondue, de retour des CM est de 63% (93/148). La prévalence de retour des CM par groupe nosologique est : pathologie démyélinisante (40 - 65%), pathologie dégénérative (21 - 54%), pathologie génétique (9 - 24%), pathologie rachidienne (5 - 71%). Nous avons évalué le retour des CM en fonction d'un critère « motivationnel » que nous avons définis par une auto-évaluation de la sévérité de ses symptômes urinaires par un score PGI-S à 3 ou 4 (3 : sévérité modérée - 4 : sévérité importante). 92/148 (62%) patients avaient des scores PGI-S de sévérité à 3 ou 4. Pour de tels scores de sévérité on retrouve 41 (44%) patients avec atteinte démyélinisantes et parmi eux 29 retours de CM (71%).

28 patients avaient une atteinte dégénérative, 14 ont rendus un CM (50%). 19 patients avaient une atteinte génétique, avec un retour de CM de 14 patients (74%). Enfin, 4 patients avaient une atteinte rachidienne pour un retour de 3 CM (75%).

› CONCLUSION

La prévalence globale des CM dans une population neurologique consultant pour des TUBA est de 63%. En comparaison le nombre de retour des CM pour une population non-neurologique dans l'étude de Cameron (3) est 75%. Lorsque l'on prend un critère « motivationnel » (score PGI-S à 3 ou 4) le taux de retour des CM atteint les 72% pour les pathologies démyélinisantes, rachidienne, et génétique, identique à celui des patients non neurologiques ; la prévalence de retour des CM dans les pathologies dégénératives atteint les 50%. C'est d'ailleurs le seul groupe nosologique dont la prévalence de retour des CM n'est pas améliorée par une gêne ressentie importante. Ceci s'explique par l'atteinte cognitive plus fréquente et importante retrouvée dans ces atteintes neurologiques. Sans la présence d'un aidant, la réalisation du CM est complexe. Demander un CM pour les patients neurologiques semble donc acceptable. Lorsqu'il existe une perception de la sévérité modérée-importante par le patient, celle-ci va renforcer la réalisation des CM. Toutefois la réalisation du CM nécessite d'être adaptée pour les patients présentant une atteinte neurologique dégénérative ou dont on dépiste des troubles cognitifs. Un renforcement verbal de l'aidant ou des adaptations spécifiques peuvent être envisagés. On précise que les CM étaient envoyés avec une consigne mais sans explication verbale, ni documents spécifiques pour leur complétude. Il s'agit là de résultats préliminaires. D'autres analyses seront proposées quant à la qualité de la complétude des CM par pathologie, leur corrélation avec des scores symptômes, de niveau d'atteinte cognitive, ou encore de donnée socio-démographique (genre notamment).

RÉFÉRENCES

- 1 / Bright E, Cotterill N, Drake M, Abrams P. Developing and validating the International Consultation on Incontinence Questionnaire bladder diary. *Eur Urol* 2014;66:294-300.
- 2 / Perrouin-Verbe MA, Drake MJ, Thomas L. The Challenges of Real-life Bladder Diary Use and Interpretation. *Eur Urol Focus*. 2022 Jan;8(1):11-17.
- 3 / Cameron AP, Wiseman JB, Smith AR, Merion RM, Gillespie BW, Bradley CS, Amundsen CL, Yang CC, Lai HH, DeLancey JOL, Helmuth ME, Bradley MS, Agochukwu N, Andreev VP, Kirkali Z, Clemens JQ; LURN Study Group. Are three-day voiding diaries feasible and reliable? Results from the Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network (LURN) cohort. *NeuroUrol Urodyn*. 2019 Nov;38(8):2185-2193.
- 4 / Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ;189(1):98-101.

› INTRODUCTION

Le calendrier mictionnel est un élément clé de l'évaluation des patients atteints d'hyperactivité vésicale (HAV) tant lors de l'évaluation initiale que pour juger de l'efficacité des thérapeutiques. Selon la définition de l'ICS, il doit être réalisé sur 3 jours pour être pertinent. Malheureusement, certains patients le trouvent contraignant. Nous avons voulu évaluer la fiabilité et la satisfaction patient praticien lors de l'utilisation d'un dispositif de bouteille connectée

› MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique incluant 41 patients. Chaque patient a réalisé un calendrier mictionnel papier puis un calendrier avec Diary Pod (DP) ou inversement selon le bras de l'étude. Les données de 34 patients ont été collectées. Après la réalisation des deux calendriers, les patients ont rempli un questionnaire de satisfaction envoyé par email via GoogleForm. Les statistiques de l'étude ont été réalisées avec le logiciel Jamovi et Excel.

› RÉSULTATS

Les données de 34 patients ont été analysées. Il existe une différence statistiquement significative ($p=0,046$) entre le volume moyen calculé à partir du CM papier et celui calculé à partir du CM connecté (DP). Il n'existe pas de différence statistiquement significative ($p=0,112$) entre le nombre moyen de mictions diurnes, le nombre moyen de mictions nocturnes ($p=0,156$), l'apport hydrique moyen ($p=0,183$) rapportés sur le calendrier papier et sur le calendrier connecté. 13 (42%) CM papier et 1 CM connecté ne comportent pas de documentation concernant la présence ou l'absence de fuite urinaire ou d'impériosité. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux calendriers concernant la présence ou l'absence de fuite urinaire ($p=0,180$) et ni concernant celle d'impériosité mictionnelle ($p=0,564$). 84% (26/31) ont préférés le réservoir connecté à la méthode habituelle (papier/stylo) alors que 55% (17/31) et 29% (9/31) des participants avaient respectivement répondu que le DP était « très certainement » ou « certainement » une aide pour la réalisation du CM. Néanmoins, 39% (12/31) et 55% (17/31) jugeaient son prix élevé ou correct et seulement 22% (7/31) étaient enclins à l'acheter.

› CONCLUSION

Cette étude a montré que le réservoir connecté Diary Pod est un outil fiable et novateur pour la réalisation des calendriers mictionnels. Ils facilitent pour la majeure partie des patients (83%) le recueil de données et pourrait, par une meilleure adhésion du patient fournir une meilleure qualité de données et aider leur interprétation par le médecin. Cette exhaustivité permettrait au calendrier mictionnel de prendre sa place d'outil diagnostic et d'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques en clinique mais également lors de travaux de recherche. Son coût reste un frein important, jugé par 39% des patients trop élevé et pourrait de ce fait être proposé dans des situations spécifiques nécessitant une précision des données.

> INTRODUCTION

Chez les femmes, la toux est souvent associée à l'incontinence urinaire (IU) [1]. Dans l'étude de dicpinigaitsi et al. en 2021, 92,5% des femmes atteintes de toux chronique décrivaient que leur IU était exclusivement liée à cette toux : les fuites urinaires apparaissaient pendant ou immédiatement après l'épisode de toux [2]. La toux déclenche une contraction coordonnée des muscles thoraciques, abdominaux et pelviens [3]. Certains auteurs ont signalé que des ajustements du contrôle moteur postural pourraient améliorer les symptômes urinaires, et influencer les mécanismes protecteurs chez les femmes souffrant d'IU induite par la toux [4]. Cependant les facteurs (rapportés par les kinésithérapeutes et par les patientes) influençant les modalités et l'efficacité de cette technique restent à ce jour non évalués.

> OBJECTIFS

Objectif principal

Evaluer les facteurs clés liés aux kinésithérapeutes et aux patientes qui peuvent influencer les modalités d'une technique d'éducation du contrôle moteur postural à la toux.

Objectifs secondaires

Evaluer les facteurs clés liés aux kinésithérapeutes qui peuvent influencer l'efficacité de cette technique.

Evaluer le ressenti des patientes suite à l'éducation de cette technique.

Evaluer le ressenti des kinésithérapeutes en termes de comparaison de l'éducation du contrôle moteur postural versus éducation de la pré-contraction des MPP.

> MÉTHODE

Cette étude prospective transversale a été réalisée entre février et avril 2023. Un groupe de travail expert a été formé et a synthétisé les données pertinentes liées à l'éducation de cette technique. Les données ont été codées en 4 sous-chapitres. Certains items libres ou semi-directifs de ce questionnaire avaient pour objectif de permettre de générer des propositions d'amélioration des modalités de mise en place de la technique. L'enquête a été délivrée par voie électronique à des kinésithérapeutes expertes ayant suivi une formation sur le contrôle moteur postural chez les femmes présentant une IU induite par la toux (critère d'inclusion) entre janvier 2020 et mars 2023. Le consentement éclairé initial des participantes a été obtenu. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, la confidentialité et le droit de rectification des données ont été garantis. Les analyses statistiques par tris à plat et tris croisés ont été fournies par les outils « Google Forms » et « Google Sheet ». Les données qualitatives ont été analysées selon le principe de la saturation des données.

› RÉSULTATS

166 kinésithérapeutes expertes ont été conviés. 26 réponses ont pu être collectées et analysées. 18 réponses du sous-chapitre « comparaison du contrôle postural versus pré-contraction des MPP » ont pu également être collectées et analysées. 100% des répondantes étaient des femmes spécialisées en rééducation pelvi-périnéale, de la tranche d'âge 30-49 pour 70,9% d'entre elles. 1 seule exerçait en milieu non-libéral, et 45,8% étaient également formées en éducation thérapeutique ou en techniques de communication avec le patient. Un peu plus de 177 patientes ont bénéficié de cette éducation du contrôle moteur postural à la toux au cours des 3 mois précédant leur réponse au questionnaire.

Concernant l'objectif principal d'évaluation des facteurs clés liés aux kinésithérapeutes qui peuvent influencer les modalités d'éducation de la technique :

L'éducation posturale à la toux nécessite l'apprentissage et la compréhension de la position neutre pelvienne et scapulaire pour 70,8% des kinésithérapeutes. La majorité d'entre elles « évaluent le temps d'éducation à la technique de 5 à 15 minutes », et à deux ou trois le nombre de séance nécessaires à sa bonne réalisation. Les résultats sur l'IU s'objectivent avec les patientes principalement à l'oral pour 75% des praticiennes, mais aussi par pad tests pour 16,7%. 33,3 % des kinésithérapeutes expertes utilisent le biofeedback et 8,3% le contrôle vidéo de la position pour conscientiser et contrôler la technique.

Concernant l'objectif secondaire d'évaluation des facteurs clés liés aux kinésithérapeutes qui peuvent influencer l'efficacité de la technique :

La majorité des kinésithérapeutes expertes se sentent à l'aise avec cette technique et l'ont maîtrisée au bout de quelques jours ou semaines. Elles évaluent leur niveau de compétence à plus de 7,5/10 pour 70,8% d'entre elles. La majorité des praticiennes croient en l'efficacité de cette technique ; 91,7% considèrent qu'elle correspond aux attentes de leurs patientes et 83,3% qu'elle permet d'engager une relation de confiance avec les patientes. 66,7% ont recommandé l'éducation de cette technique à d'autres collègues. Sur un plan qualitatif, une praticienne se pose la question de la durabilité dans le temps après l'arrêt des séances et deux d'entre elles se posent la question de comprendre par quels mécanismes la technique est efficace.

Concernant l'objectif secondaire d'évaluation du ressenti des patientes (évalué par les kinésithérapeutes expertes) :

Les kinésithérapeutes expertes rapportent un échec de non-compréhension de la technique pour 2 patientes uniquement. Elles rapportent que 83,3% des patientes trouvent la technique efficace et que la majorité déclarent en être satisfaites ou très satisfaites. Les freins à l'efficacité rapportés le plus souvent par les patientes semblent être « d'avoir le réflexe d'y penser », et « la difficulté de contrôle lors de fortes quintes de toux », et « la toux chronique ». Inversement les kinésithérapeutes expertes ont rapporté deux phrases remarquables de patientes : « C'est super ! je n'ai plus de fuites depuis que je fais cette technique ! », et « J'en ai parlé à toutes mes copines ! »

Concernant l'objectif secondaire d'évaluation d'une comparaison du contrôle postural versus pré-contraction des MPP :

16 kinésithérapeutes expertes ont répondu à cet item. La moitié des praticiennes trouvent plus efficace le contrôle postural versus la pré contraction des MPP, l'autre moitié préfère combiner les deux techniques. Une praticienne rapporte préférer conserver la pré-contraction des MPP. 87,5% considèrent que le contrôle postural respecte plus leur intimité, 56,3% trouvent que le contrôle postural est plus efficace en termes de gain de temps. La technique seule est efficace pour la moitié des kinésithérapeutes et la combinaison des deux techniques pour l'autre moitié.

› CONCLUSION

Une éducation du contrôle moteur postural relativement brève de 5 à 15 minutes chez les femmes qui présentent une incontinence urinaire à la toux semble être une proposition thérapeutique pertinente pour les kinésithérapeutes expertes formées à cette technique. Des études supplémentaires de haute qualité méthodologique restent nécessaires pour mieux évaluer les modalités et l'efficacité de cette technique chez les femmes souffrant d'IU induite par la toux.

RÉFÉRENCES

- › Aigon A, Billecocq S. Prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in an adult population with chronic obstructive pulmonary diseases, literature review. *Prog Urol*. 2018 Dec;28(17):962-972
- › Dicipinigaitis PV. Prevalence of stress urinary incontinence in women presenting for evaluation of chronic cough. *ERJ Open Res*. 2021 Feb 22;7(1):00012-2021
- › Addington WR, Stephens RE, Phelipa MM, Widdicombe JG, Ockey RR. Intra-abdominal pressures during voluntary and reflex cough. *Cough*. 2008 Apr 30;4:2
- › Cavallari P, Bolzoni F, Esposti R, Bruttini C. Cough-Anal Reflex May Be the Expression of a Pre-Programmed Postural Action. *Front Hum Neurosci*. 2017 Sep 27;11:475

› **OBJECTIFS**

Apprécier le délai d'efficacité clinique et urodynamique des anticholinergiques utilisées dans l'hyperactivité détrusorienne chez les patients neurologiques.

› **PATIENTS / MÉTHODES**

Notre population concerne dix patients neurologiques suivis en prospectif dans notre service. Tous les patients sont sous autosondages intermittents (ASI) et ont une incontinence urinaire par hyperactivité détrusorienne avec un bilan initial clinique et urodynamique puis un traitement anticholinergique. L'évaluation clinique (catalogue mictionnel, nombre de fuites et capacité vésicale fonctionnelle) et urodynamique (Capacité vésicale cystomanométrique (CVC), compliance et amplitude des contractions détrusorienne (CD)) est réalisée entre j3 et j7.

› **RÉSULTATS**

À J5 de traitement, les anticholinergiques ont eu une double efficacité :

- clinique : 60 % de patients continents et qui ne présentent plus de fuites ;
- urodynamique : Capacité vésicale cystomanométrique supérieure à 400 ml et CD < 20 cm H2O chez 50 % de patients.

› **DISCUSSION / CONCLUSION**

Les anticholinergiques ont une efficacité clinique et urodynamique chez 30 % des blessés médullaires et restent le traitement de première intention de l'hyperactivité vésicale neurogène. Leur délai d'efficacité n'est pas précisé dans la littérature. Notre étude révèle un délai d'efficacité bref permettant l'adaptation du traitement dans cinq jours en moyenne.

VENDREDI 9 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
MEDICALES

14H30 - 16H00

PLACE DE L'AUTO REEDUCATION PERINEALE DANS L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA NULLIPARE

Nada KYAL

> INTRODUCTION

L'incontinence urinaire (IU) compromet l'activité physique et les relations sociales quel que soit l'âge. Le but de ce travail est d'étudier l'efficacité des exercices d'auto-rééducation périnéale dans une population de jeunes femmes nullipares incontinentes

> PATIENTS / MÉTHODES

Cent cinquante femmes nullipares ont répondu à un questionnaire anonyme visant à étudier l'IU. Le questionnaire comprenait des scores validés de symptômes (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form, ICIQ-UI SF) et de qualité de vie (Contilife). Les jeunes femmes symptomatiques ont effectué un programme d'auto-rééducation périnéale durant 12 semaines. Un second questionnaire a été complété après les auto-exercices périnéaux afin d'évaluer le progrès des troubles.

> RÉSULTATS

Parmi les 150 jeunes femmes interrogées, 45 femmes (30 %) déclaraient une IU. L'âge moyen des femmes était de 23 ans ($\pm 4,4$) dans le groupe continent et 22,9 ans ($\pm 3,6$) dans le groupe incontinent. Vingt-six des 45 jeunes femmes incontinentes (57,8 %) ont suivi le programme d'auto-rééducation périnéale avec une amélioration significative de l'IU et de la qualité de vie (QdV).

> DISCUSSION / CONCLUSION

L'IU est un trouble qui ne doit plus être considérée comme un état inéluctable chez la femme, mais comme un état pathologique nécessitant consultation et prise en charge. Les auto-exercices périnéaux réalisés sans l'intervention d'un professionnel permettraient d'améliorer significativement ces troubles.

› INTRODUCTION

Lors d'un bilan urodynamique (BUD), il est indispensable de pouvoir donner l'ordre mictionnel (OM) en dehors de toute contraction non inhibée du détrusor (CNID), afin de pouvoir réaliser un instantané mictionnel de bonne qualité. Malheureusement, il arrive que les CNID ne cèdent pas spontanément et que la pression détrusorienne reste haute dans la vessie, obligeant à donner l'OM lors de la CNID, ou à autoriser une fuite d'urine.

L'objectif de cette étude a donc été d'évaluer la possibilité d'inhibition de CNID par le biais d'une tâche de distraction - ici un calcul mental - et les facteurs prédictifs de succès de cet exercice.

› MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant eu au cours d'un BUD une CNID prolongée ne cédant pas spontanément à l'arrêt du remplissage et maintenue plus de 30 secondes sans fuite, entre septembre 2018 et avril 2023, au sein d'une unité d'urodynamique. Pour tous ces patients, une épreuve de calcul mental durant la CNID était demandée au patient durant la CNID. L'épreuve de calcul mental était la suivante : « A partir de 100, décomptez à voix haute par soustractions successives de 4, jusqu'à 0. ». Le seul critère d'exclusion était l'existence de troubles cognitifs empêchant la réalisation du calcul mental.

Le succès de l'épreuve de calcul mental était défini comme l'abaissement de la pression détrusorienne (Pdet) ou l'interruption des CNID pendant le temps du calcul.

Les autres informations recueillies étaient : les antécédents des patients, la pression de clôture urétrale maximale (Pclo), l'indice d'obstruction sous-vésicale (BOOI), l'amplitude des CNID, le BMI, les scores USP, la compliance, les traitements antérieurs, en cours, et prescrits après le BUD.

› RÉSULTATS

Sur les 44 patients inclus dans l'étude, le calcul mental permettait d'inhiber la CNID dans 37 cas (84,1%) et était inefficace dans 7 cas (15,9%). La Pdet diminuait significativement dans le groupe succès du calcul mental (passant de 57,5 cmH2O à 16,2 cmH2O ; $p < 0,001$) ce qui n'était pas le cas dans le groupe échec (62,8 cmH2O avant et 59 cmH2O après le calcul mental ; $p = 0,82$). L'échec du calcul mental était significativement associé à l'existence d'une pathologie neurologique : 6 échecs parmi les 22 patients neurologiques contre un échec parmi les 23 patients non neurologiques (27,3% vs 4,4% d'échec ; $p = 0,04$). La Pclo maximale était plus élevée dans le groupe échec (119 vs. 73,8 cmH2O ; $p = 0,03$). L'amplitude des contractions tendait à être plus importante dans le groupe échec du calcul mental (94,8 vs 68 cmH2O ; $p = 0,05$). Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'échec du calcul mental et le sexe ($p = 0,18$), l'âge ($p = 0,48$), l'existence d'anxiété/dépression ($p = 0,32$) ou d'une obstruction sous vésicale ($p = 0,12$).

> CONCLUSION

L'utilisation du calcul mental permet de stopper une CNID dans la majorité des cas. L'échec de cet exercice pourrait être associé à l'amplitude de la CNID, à une pression de clôture maximale élevée et à l'existence d'une pathologie neurologique sous-jacente. La tâche de distraction durant une CNID pourrait ainsi être un outil de dépistage d'une pathologie neurologique sous-jacente non diagnostiquée chez les patients ayant une hyperactivité détrusorienne. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et évaluer la potentielle valeur prédictive de la réponse aux traitements de cet exercice.

	Succès calcul mental N=37	Échec calcul mental N=7	Valeur de p
Sexe			
Masculin	22 (78,6%)	6 (21,4%)	0,18
Féminin	15 (93,8%)	1 (6,3%)	
Age médian (années)	62,5	58	0,48
BMI moyen (kg/m2)	26,9	25,3	0,63
Pathologie neurologique			
Oui	16 (72,7%)	6 (27,3%)	0,04
Non	22 (95,6%)	1 (4,4%)	
Anxiété/dépression			
Oui	8 (100%)	0 (0%)	0,32
Non	30 (81,8%)	7 (18,9%)	
Amplitude CNID moyenne (cmH2O)	68	94,8	0,05
P clôture maximale moyenne (cmH2O)	73,8	119	0,03
Obstruction sous vésicale (BOOI>40 ou BOOif>18)			
Oui	14 (77,8%)	4 (22,2%)	0,12
Non	19 (95%)	1 (5%)	

VENDREDI 9 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
MEDICALES
14H30 - 16H00

EVALUATION CLINIQUE ET URODYNAMIQUE DU RETENTISSEMENT DU DIABETE SUR LE BAS APPAREIL URINAIRE

Nada KYAL

> BUT

Les troubles urinaires du bas appareil sont fréquents chez le diabétique. Ils doivent être recherchés et traités pour améliorer la qualité de vie de nos patients le but de notre étude est d'évaluer cliniquement et à l'aide de l'exploration urodynamique les troubles vésico-sphinctériennes chez les patients diabétiques

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle du CHU de Casablanca sur une période de 2 ans

> RÉSULTATS

Cinquante-six patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients était de 51 ans et 48 patients étaient de sexe féminin, 35% des patients ont été suivie également pour dyslipidémie et 64% des patientes femmes ont été ménopausées, le diabète a été un diabète type 1 dans 39% des cas et un diabète type 2 dans 59% des cas ; la durée moyenne du diabète a été de 15 ans. L'évaluation vésico-sphinctérienne montrait une moyenne du score USP total de 12,22, le score de MHU était en moyenne à 16, la dysurie et la rétention des urines était présente dans 59% ; La fréquence du syndrome d'hyperactivité vésicale était de 41 % : l'incontinence urinaire 65 % en premier lieu suivie de pollakiurie dans 60% des cas , la nycturie dans 55% des cas , l'examen périnéal a objectivé une hyposensibilité dans 49% des cas des cas , un prolapsus génital associé dans 21% des cas, concernant les résultats du bilan urodynamique ; 59% des patients avaient une vessie de grande capacité hyposensible avec des troubles de la contractilité vésicale et un important RPM , 72% avaient également une dyssynergie vésico sphinctérienne , 30% avaient des hyperactivités détrusoriennes ,dans 11% des cas l'exploration était normal

> CONCLUSION

La prévalence rapportée des SBAU chez le patient diabétique est variable dans la littérature. Les SBAU rapportés dans 37 à 50 % des cas tous diabètes confondus et dans 48 à 87 % dans les diabètes de type 1, avec une prévalence augmentée en cas de diabète mal équilibré. L'incidence des SBAU chez les patients diabétiques augmentait de façon significative avec l'âge, la durée et les complications du diabète. Le bilan urodynamique peut mettre en évidence un défaut de la sensibilité vésicale avec une augmentation de la capacité vésicale cystomanométrique, trouble de la contractilité vésicale responsable d'un résidu postmictionnel. La neuropathie périphérique atteignant la vessie est probablement d'une importance primordiale dans l'induction du dysfonctionnement vésical diabétique, tel que la perte de sensation et la diminution de la contraction du détrusor.

› **OBJECTIF**

Evaluer les stratégies de prise en charge du mode de vidange des urines chez les patients tétraplégiques haut - ventilo dépendants

› **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur les patients hospitalisés dans un service de MPR pour une lésion médullaire haute. L'objectif principal était de décrire le mode de drainage des urines, les complications, et aussi de connaître le délai par rapport à la date de l'accident, le délai par rapport à la décanulation éventuelle, ainsi que les complications et modalités évolutives sur chaque type de prise en charge.

› **RÉSULTATS**

13 patients sont présents au moment de l'étude, 3 femmes pour 10 hommes.

L'âge moyen est de 43 ans et les niveaux lésionnels sont décrits dans le tableau 1. La majorité des patients sont classé ASIA A : (A 7/12, B : 4/12 C : 1/12)

Niveau lésionnel

Nombre de patients

C3

2

C4

7

C5

1

C6

1

C7

1

Tc avec tétraparésie spastique

1

Le délai par rapport à l'accident initial est de : 29.6 mois, et tombe à 17.1 si on retire 3 patients « bed blocker », présents depuis 4.5 - 6 et 8 ans dans les hôpitaux.

Les modes de ventilations au moment de l'évaluation :

Autonome (sevrage total) : 7/13 (53,8 %)

Trachéotomie en ventilation spontanée intégrale : 1/13 (7,7%)

Trachéotomie avec assistance ventilatoire : 4/13 (30,8%)

VNI : 1/13 (7,7%)

Les modes de drainage des urines sont :

Hétéro-sondages : 5/13 (38,5%)

Auto-sondage : 1/13 (7,7%)

Bricker : 1/13 (7,7%)

Sphinctérotomie : 3/13 (23,1%) Mictions spontanées : 2/13 (15,5%)

Cathéter sus-pubien : 1/13 (7,7%) Le délai entre accident ou épisode initial et la procédure urinaire définitive est exploitable chez 3 patients, avec respectivement 8 (sphinctérotomie), 12 (Bricker) et 48 mois (sphinctérotomie).

Des complications uro-néphrologiques sont listées

Absence de complication : 4/13 (30,8%)

Infection urinaire (après la période de réanimation) : 9/13 (69,2%)

Lithiases rénales ou vésicales : 6/13 (46,2%)

Hyper-réflexie autonome à point de départ urinaire : 2/13 (15,4%)

Hématurie récidivante : 1/13 (7,7%)

Sténose uréthrale : 1/13 (7,7%)

› DISCUSSION

Le premier élément de réflexion est le choix chirurgical du mode de vidange des urines, à savoir intervention de Bricker versus sphinctérotomie.

Le second élément de réflexion est le timing d'une chirurgie urologique par rapport à la décanulation. En effet, une chirurgie lourde et/ou hémorragique peut s'accompagner d'un sevrage ventilatoire difficile en post opératoire avec nécessité de repose de trachéotomie.

Ces 2 éléments de réflexion sont à mettre en perspective avec l'acceptation du patient, en particulier lorsqu'il s'agit de poser l'indication du Bricker.

Les échantillons sont faibles et les populations hétérogènes.

› CONCLUSION

La prise en charge neuro-urologique du patient tétraplégique haut ventilo dépendant nécessite une réflexion multi disciplinaire neuro-urologique, avec prise en compte d'une part de l'état d'autonomie respiratoire du patient et d'autre part de son avancée dans son travail de deuil.

› **CONTEXTE**

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de patientes présentant un dysraphisme qui mènent une grossesse augmente. Le manque de données concernant les complications obstétricales spécifiques à cette population rend leur suivi potentiellement inadapté. Notre étude a pour objectif la mise en évidence des complications spécifiques de la grossesse et du post partum des patientes présentant un dysraphisme ouvert ou fermé.

› **MÉTHODE**

Etude rétrospective descriptive multicentrique. Étaient incluses toutes grossesses menées au-delà de 22 semaines d'aménorrhée par des patientes présentant un dysraphisme ouvert ou fermé, ayant accouché entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2021. Toutes les données concernant la grossesse et les potentielles complications sur le dysraphisme jusqu'à 3 mois après l'accouchement ont été recueillies en relisant le dossier de chaque patiente.

› **RÉSULTATS**

50 grossesses chez 29 patientes avec un dysraphisme fermé et 30 grossesses chez 20 patientes avec un dysraphisme ouvert ont été incluses.

Dans le groupe dysraphisme fermé, l'infection urinaire basse a été la complication la plus fréquente et 22/51 naissances vivantes ont eu lieu par voie basse. Dans le groupe dysraphisme ouvert, les infections urinaires basses et hautes, le diabète gestationnel et la menace d'accouchement prématuré ont été les complications les plus fréquentes. 27% des patients ont eu un diabète gestationnel et 23% ont été hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré. 28/30 naissances vivantes ont eu lieu par césarienne, dont 27 sous anesthésie générale et 4 ont été compliquées (hémorragie, plaie digestive ou vésicale) dans ce groupe.

› **CONCLUSION**

Les patientes présentant un dysraphisme ouvert ou fermé ont, dans l'ensemble, un pronostic obstétrical rassurant. En cas de dysraphisme ouvert, les risques d'infections des voies urinaires, de diabète gestationnel, d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, de césarienne et d'anesthésie générale sont plus élevés. Afin de limiter les risques, un suivi rapproché et pluridisciplinaire est nécessaire.

> INTRODUCTION

Les lésions urétérales ou vésicales augmentent la morbi-mortalité de la chirurgie gynécologique. Dans le cas d'une chirurgie par voie vaginale, une lésion urologique peut être difficile à détecter notamment dans le cas de plaies de petites tailles. L'absence de diagnostic en per-opératoire augmente considérablement les complications post opératoires (uropéritoine, fistule, ...). L'utilisation de colorants peut permettre d'augmenter la détection des lésions urologiques. L'indigo carmin a l'avantage de pouvoir être utilisé par voie intraveineuse (IV) ou locale (Intra vésicale) avec de faibles risques d'effets indésirables.

> OBJECTIF

L'objectif principal de l'étude est d'analyser l'efficacité d'une injection systématique d'indigo carmin IV dans la détection des plaies de vessie en cas de chirurgie gynécologique bénigne par voie vaginale.

L'objectif secondaire est d'analyser le coût et la consommation d'indigo carmin en cas d'utilisation systématique en chirurgie vaginale au sein d'un service de gynécologie obstétrique d'un centre hospitalier universitaire.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une étude rétrospective, monocentrique a été réalisée entre janvier 2018 et octobre 2021 au sein d'un centre hospitalier universitaire.

Toutes les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale pour une pathologie bénigne (adénomyose, fibromes, endométriose) ou une chirurgie de prolapsus antérieure (cystocèle) par voie vaginale ont été incluses. Les patients ont pu être sélectionnées grâce au recueil du codage systématique des actes CCAM.

Après anesthésie, pendant l'installation de la patiente, une injection IV de 5 ml d'indigo carmin (Carmyne®), éventuellement dilué dans 100 ml de sérum physiologique était administrée par l'équipe d'anesthésie. Une injection IV de furosémide était ajoutée si cela était nécessaire. Une cystoscopie per-opératoire était réalisée uniquement en cas suspicion de lésion urétérale associée. Le coût et l'usage d'indigo carmin au sein du service de gynécologie obstétrique a également été analysé à l'aide des commandes passées sur la période.

› RÉSULTATS

Nous avons inclus 443 hystérectomies pour pathologie bénigne et 95 chirurgies de prolapsus antérieure par voie vaginale. Nous avons retrouvé respectivement 6(1,4%) et 1(1,1%) plaies de vessie au cours des hystérectomies et des cures de cystocèle. Toutes les plaies de vessie ont été diagnostiquées en per opératoire. Aucune lésion urétérale n'a été diagnostiquée parmi ces patientes. Dans cette série, il n'y a eu aucune complication liée à l'injection d'indigo carmin IV.

Dans ce centre hospitalier universitaire, 1085 ampoules d'indigo carmin ont été commandées au cours de cette période par le service de gynécologie obstétrique, ce qui représente environ 280 par ans. Le coût total pour la même période était de 19 600 euros soit environ 18 euros par ampoule d'indigo carmin.

La moitié de l'utilisation était donc utilisée pour la chirurgie vaginale, l'autre moitié étant utilisé pour la chirurgie par laparotomie, par coelioscopie ou les césariennes en cas de suspicion de lésion vésicale ou urétérale. Pour la période consacrée, il y avait environ 800 césariennes par an réalisées.

› CONCLUSION

L'usage systématique d'indigo carmin en chirurgie vaginale pour pathologie bénigne paraît être une solution efficace avec un coût modéré pour la détection des plaies vésicales en per opératoire.

› INTRODUCTION

Les sténoses urétérales sont dans l'immense majorité des cas iatrogènes. Historiquement, les techniques de réimplantation urétéro vésicale, d'urétéro-iléoplasties ou d'autotransplantation par voie ouverte étaient le plus souvent utilisées. La chirurgie robotique pourrait faciliter la réalisation de ces interventions mais a aussi favorisé l'émergence de nouvelles techniques telles que l'urétéroplastie muqueuse buccale ou la réimplantation latérolatérale. L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats de la reconstruction du haut appareil urinaire robotique (RHAR) pour sténose de l'uretère.

› MÉTHODES

Les dossiers de tous les patients ayant eu une RHAR pour sténose de l'uretère dans un centre entre 2015 et 2022 ont été revus rétrospectivement. Les RHAR pour syndrome de la jonction pyélourétérale et les réfections d'anastomose urétéro-iléales ont été exclues ainsi que les reconstructions par voie ouverte. Tous les autres patients ont été inclus dans la présente analyse. Le critère de jugement principal était l'absence de récurrence au dernier suivi défini comme nécessité de drainage et/ou de traitement chirurgical et/ou dilatation du haut appareil symptomatique.

› RÉSULTATS

Vingt-sept patients ont été inclus. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1. La technique utilisée était l'urétéroplastie muqueuse buccale dans cinq cas (18,5%), le lambeau de Boari dans cinq cas (18,5%), la réimplantation sur vessie psoïque dans huit cas (29,6%), la réimplantation sans vessie psoïque dans sept cas (26%), une résection anastomose (3,7%) et une urétérolyse+intrapéritonisation (3,7%). Les résultats périopératoires sont résumés dans le tableau 2. Huit patients ont eu une complication post-opératoire (29,6%) mais une seule complication majeure (3,7%). Après un suivi médian de 11 mois le taux de succès était de 85,2%. Les 2 seuls facteurs significativement associés au risque d'échec étaient l'antécédent de radiothérapie (risque d'échec 66,7% vs. 8,3% chez les non radiques ; $p=0,02$) et la longueur de la sténose ($OR=2,4$; $p=0,009$).

› CONCLUSION

Les reconstructions robotiques du haut appareil urinaire pour sténose urétérale sont donc faisables avec des techniques variées, reproduisant pour certaines les techniques existantes en chirurgie ouverte et développées directement en chirurgie robotique pour d'autre. Les résultats préliminaires obtenus sont encourageants avec une faible morbidité et un faible taux de récurrence. Les patients radiques et/ou avec des sténoses urétérales étendues pourraient avoir un risque plus élevé de récurrence.

› INTRODUCTION

Extrêmement populaire depuis plusieurs décennies dans de nombreux pays occidentaux, la bandelette aponévrotique pubovaginale (BAPV) n'est utilisée que marginalement en France dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) féminine. En revanche, la « fronde » pericervicale de type Goebbel-Stokkel est parfois utilisé en France, réalisée par laparotomie. L'objectif de cette étude était de comparer les résultats de la BAPV à une nouvelle technique de bandelette aponévrotique pericervicale robot-assistée (BA robot).

› MATÉRIELS ET MÉTHODES

Entre avril 2019 et avril 2023, toutes les patientes ayant été traitées par BAPV ou BA robot pour IUE dans un centre universitaire ont été inclus dans une étude rétrospective. La BAPV était proposée aux patientes dans 4 situations spécifiques :

- Patientes neurologiques aux autosondages (ATS)
- Patientes ayant une incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne persistante après néo vessie iléale
- Patientes ayant une fistule urétrovésicale ou une diverticulectomie
- Patientes ayant une extrusion urétrale ou exposition vaginale de matériel prothétique (bandelette sous urétrale, ballonnets périurétraux ACT® ou sphincter artificiel urinaire),

Dans ces derniers cas, la bandelette était mise en place dans le même temps que l'explantation du matériel. La BAPV était prélevée au niveau des grands droits ou du fascia lata (chez les patientes obèses et/ou multiopérées). La bandelette était placée au niveau du col vésical par une incision vaginale en U inversée puis passée en rétropubien par une incision de Pfannenstiel. La voie robotique était préférée quand un autre geste chirurgical abdominal était nécessaire (cure fistule vésico-vaginal, explantation matériel pour extrusion vésical, promontofixation).

› RÉSULTATS

Vingt-neuf patientes ont été incluses sur la période d'étude : 21 BAPV et 8 BA robot. L'indication était : patiente neurologique aux ATS dans 7 cas (24,1%), explantation de matériel pour extrusion/exposition dans 17 cas (58,6 %), fistule urétero-vésicale dans 3 cas (10,3%) et néo vessie iléale dans 2 cas (7,9%).

Les taux de complications majeures étaient les mêmes pour les patientes ayant eu une BAPV ou une BA robot : 3 (14,3%) vs 2 (25%), $p = 0,59$. Le taux de succès, défini par une guérison complète de l'incontinence urinaire d'effort a été de 52,4% pour les BAPV vs 50% pour les BA robots. A 3 mois, 19 patientes étaient sèches ou améliorées pour leur IUE : 75% vs 100%. Onze patientes ont eu recours en post opératoire aux autosondages, le plus souvent transitoirement. Cinq patientes ont nécessité une nouvelle intervention sur la BA : 4 dans le groupe BAPV et 1 dans le groupe BA robot ($p = 0,61$).

› CONCLUSION

La BAPV et la BA robot semble avoir des résultats périopératoires et fonctionnels similaires. La BA robot pourrait donc être une alternative à la BAPV quand une procédure chirurgicale abdominale concomitante est nécessaire. D'autres études de plus grands effectifs sont nécessaires pour déterminer le rôle des voies d'abord pubovaginal et robot-assistée pour la bandelette aponévrotique

> OBJECTIF

Les urétroplasties (UP) pour sténose de l'urètre (SU) sont habituellement réalisées au cours d'une hospitalisation conventionnelle. La conjoncture de fermeture de lits d'hospitalisation par manque de personnel encourage les équipes à réaliser des séjours de plus en plus courts. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité des urétroplasties en chirurgie ambulatoire.

> MÉTHODES

Les patients pris en charge consécutivement pour SU par une UP entre novembre 2022 et mai 2023 en chirurgie ambulatoire ont été inclus. Les critères d'éligibilité à l'ambulatoire étaient : sténose unique < 3 cm, patients coopérants et habitant en région parisienne, répondant aux critères généraux édités par l'HAS pour la chirurgie ambulatoire. Le critère de jugement principal était le succès de la prise en charge ambulatoire défini par l'absence d'hospitalisation ou de consultation en urgence à J30. Le critère de jugement secondaire était les complications (Clavien à J90). Le protocole de prise en charge péri-opératoire est schématisé en figure 1.

> RÉSULTATS

Huit patients, dont l'âge médian était de 52,5 ans [32,5-65,5] ont eu une UP (5 UP avec lambeau de muqueuse buccale, 3 excision-anastomoses) sur la période de l'étude. Les SU étaient de localisation bulbaire (n=7) ou pénienne (n=1). Le Qmax médian préopératoire était à 9 ml/s [5,4-10]. Les SU avaient une longueur médiane de 12,5 mm [10-17,5] et étaient d'origine idiopathique, iatrogène et traumatique dans respectivement 4, 3 et 1 cas. Six patients avaient un antécédent d'urétrotomie endoscopique mais aucun n'avait déjà bénéficié d'une urétroplastie. Après un suivi médian de 67,5 jours [10-82,5], le Qmax médian postopératoire était de 25,6 ml/s [23,7-26,9]. Un seul patient a consulté en urgence dans le premier mois postopératoire pour infection du site opératoire (Clavien-Dindo II) et a été réhospitalisé. L'ablation de la sonde vésicale prévu à J14 a été repoussée pour deux patients à J21 et J56 (patient avec infection du site opératoire et fistule). Il n'y a eu aucune reprise chirurgicale. Quatre patients se disent satisfaits (questionnaire USS-PROM) du résultat fonctionnel, un patient présente une incontinence urinaire démasquée post prostatectomie totale et radiothérapie pour un cancer, les autres (n=3) sont en cours d'évaluation.

> CONCLUSION

Les urétroplasties en chirurgie ambulatoire semblent faisables chez des patients sélectionnés dans des centres à haut volume dotés d'un parcours de soins standardisé.

> BUT

Proposer une étude urodynamique étalonnée en fonction du remplissage vésical dans le cadre d'une appendico-vésicostomie fonctionnelle.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une patiente de 67 ans a été opérée d'une appendico-vésicostomie selon Mitrofanoff par voie laparoscopique dans notre centre. Elle présentait une vessie neurologique rétentionniste sur syndrome parkinsonien avec un fonctionnement vésical à basse pression nécessitant des autosondages intermittents (ASI). Les ASI par voie naturelle n'étaient plus réalisables à cause d'une rétraction des membres inférieurs, résistant aux injections de toxine botulique dans les adducteurs. Cela a entraîné la réalisation d'hétéro-sondages au long cours avec difficultés (décubitus latéral au lit, accès anatomique difficile), avec un épuisement de l'aidant et des infections urinaires à répétition. Après concertation pluridisciplinaire, discussion avec la patiente et proposition des options : cathéter à demeure par voie urétrale ou sus-pubienne, cystectomie ou dérivation urinaire continente, la décision fut prise de réaliser une appendico-vésicostomie selon Mitrofanoff, avec extériorisation par l'ombilic. Le mécanisme anti-reflux a été réalisée selon Lich-Gregoir. La chirurgie a permis une amélioration de la qualité de vie de la patiente et de l'aidant, ainsi qu'une disparition des infections urinaires. Aucune incontinence urinaire cutanée n'a été notée. Un bilan urodynamique (BUD) a été réalisé pour vérifier la capacité vésicale et un système à basse pression. La patiente a souhaité la réalisation de celui-ci par le Mitrofanoff, elle a accepté de réaliser plusieurs profilométries à différents niveaux de remplissage.

> RÉSULTATS

Le BUD a été réalisé à 14 semaines de la chirurgie avec la baie d'urodynamie MMS® (Medical Measurement Systems). Le cathéter trans-appendicovésical de perfusion est un double-voie ch8 (Coloplast®, refAH24F8). Le cathéter transanale pour pression abdominale est un T-DOC® ch7 (Laborie®, cat875). Les débitmétries n'ont pas été réalisées car la patiente est sous ASI. Le remplissage a été réalisé à 50 mL/min d'eau stérile à température ambiante. La cystomanométrie retrouvait une capacité vésicale de 450cc, limitée par une sensation douloureuse. L'étude des besoins montrait : B1 : 159cc, B2 : 253cc, B3 : 368cc. Un trouble de la compliance terminale est retrouvé avec une montée de pression à partir de 250cc pour une compliance totale à 15 mL/cmH2O. Ces résultats sont superposables à ceux obtenus au bilan urodynamique préopératoire. 5 profilométries avec retrait automatisé à 120mm/min ont été réalisées pour des remplissages vésicaux décroissants à 450, 350, 250, 150 et 50cc. Les résultats concernant la pression de clôture maximale (Pclot), ainsi que de la longueur fonctionnelle du Mitrofanoff (LFM) sont disponibles dans la Table 1. Les courbes de profilométries sont disponibles dans les figures 1 à 5. On peut constater une proportionnalité de la Pclot, ainsi que de la LFM tout au long du remplissage. Bien que ces résultats nécessitent d'être confirmés sur une étude comportant un échantillon plus important de patients, ils pourraient être utile pour le diagnostic et la compréhension d'une appendico-vésicostomie qui serait non fonctionnelle.

> CONCLUSION

Ce protocole de profilométries étalonnés dans un cas continent de Mitrofanoff pourrait servir de base comparative en cas d'appendico-vésicostomie non fonctionnelle.

Remplissage vésical (cc)	Pclot	LFM
50	81	2.4
150	91	3.3
250	112	2.8
350	116	5
450	141	7.2

Table 1 - Pression de clôture maximale (Pclot) et Longueur fonctionnelle du Mitrofanoff (LFM) en fonction de la réplétion vésicale

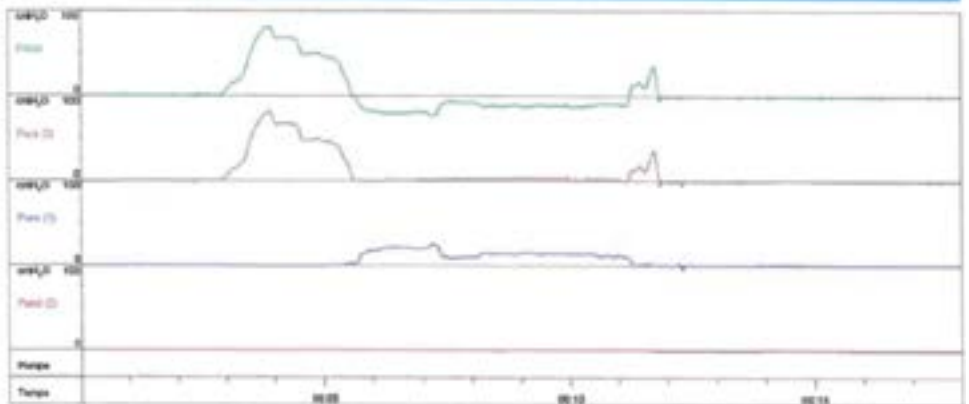
Les figures ne peuvent être téléversées : réponse de Margot CHESTERMAN : «Après vérification, les images ne sont pas autorisées lors de la soumission d'abstracts. Seuls les tableaux sont possibles.» (pour une raison que j'ignore, une des images est tout de même présente dans la prévisualisation alors que je ne la visualise plus dans le module d'écriture du résumé)

Seraient disponibles :

- > Figure 1 : Profilométrie trans-Mitrofanoff. Remplissage à 50cc.
- > Figure 2 : Profilométrie trans-Mitrofanoff. Remplissage à 150cc.
- > Figure 3 : Profilométrie trans-Mitrofanoff. Remplissage à 250cc
- > Figure 4 : Profilométrie trans-Mitrofanoff. Remplissage à 350cc
- > Figure 5 : Profilométrie trans-Mitrofanoff. Remplissage à 450cc.]

Profilométrie trans-Mitrofanoff. Remplissage à 50c

Graphique



VENDREDI 9 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
CHIRURGICALES

14H30 - 16H00

CYSTOSTOMIE CONTINENTE ROBOTIQUE AVEC DERIVATION URINAIRE INTRA-CORPORELLE : DE BONS RESULTATS FONCTIONNELS

Benoit PEYRONNET

> INTRODUCTION

La dérivation urinaire par cystostomie continente est indiquée chez peu de patients mais elle permet dans certains cas la réalisation de sondages par voie abdominale quand la voie urétrale n'est pas utilisable. Traditionnellement, elle est réalisée par voie ouverte, avec une dérivation urinaire en extra corporelle.

L'objectif de ce recueil était de comparer les résultats fonctionnels des patients opérés par voie robotique avec une dérivation intra corporelle par rapport à ceux opérés par voie ouverte ou coelioscopique avec une dérivation extra corporelle.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, qui a inclut tous les patients opérés d'une cystostomie continente dans notre centre, entre 2010 et 2021. La dérivation était faite en extra corporelle avec un trajet anti-reflux selon Leadbetter Politano ou Lich Grégoire chez les patients opérés par voie ouverte, et intra corporelle avec un trajet anti-reflux selon Lich-Gregoire chez les patients opérés par voie robotique. Les résultats fonctionnels de l'intervention et survenue d'une complication précoce (< 90 jours) ou tardive était comparée en fonction de la voie d'abord utilisée.

> RÉSULTATS

Trente-et-un patient ont été opérés d'une cystostomie continente et ont été inclus : 10 par voie robotique, et 21 par voie ouverte. Une entérocystoplastie d'agrandissement a été réalisée dans le même temps opératoire pour 12 patients. Quinze patients ont présenté des complications, dont 5 une complication majeure (un patient opéré par voie robotique a présenté un abcès pré vésical drainé radiologiquement et une patiente une fausse route opérée lors de la mise en place des sondages, deux patients opérés par voie ouverte a présenté une occlusion sur bride ayant nécessité une réintervention et un patient une éviscération à J5). Le délai de suivi moyen a été de XXX mois. Seize patients ont nécessité une réintervention sur le conduit : 4 par voie robotique et 12 par voie ouverte. A la date des dernières nouvelles, tous les patients utilisaient leur cystostomie, sauf 2 d'entre eux qui ont finalement bénéficié d'une cystectomie et dérivation trans iléale non continente. Dix patients présentaient des fuites sur le néo-conduit et 9 patients ont présenté une sténose du conduit traitée chirurgicalement (3 par voie robotique et 6 par voie ouverte).

> CONCLUSION

La réalisation d'une cystostomie continente en intra corporelle est attrayante : elle est le plus souvent utilisée chez des patients neurologiques à haut risque de complication pariétale.

Un trajet anti-reflux selon Lich Grégoire semble offrir un meilleur résultat fonctionnel en diminuant le taux d'incontinence stomiale.

VENDREDI 9 JUIN
COMMUNICATIONS
LIBRES
CHIRURGICALES
14H30 - 16H00

VALIDATION LINGUISTIQUE FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE SSIPI EVALUANT LA SATISFACTION DES PATIENTS PORTEURS D'UNE PROTHESE PENIENNE

Sylvia WEIS

> INTRODUCTION

L'objectif de cette étude était de valider la version française du questionnaire de satisfaction des prothèses péniennes « satisfaction survey for inflatable penile implant » (SSIPI).

> MATÉRIEL

La validation du questionnaire s'est faite en trois étapes : traduction en langue française par deux urologues, la correction de cette traduction par le comité d'andrologie et de médecine sexuelle (CAMS), puis nouvelle traduction en anglais du questionnaire par un urologue indépendant afin de s'assurer de l'absence de distorsion avec la version originale. Le questionnaire français a ensuite été proposé à quelques patients porteurs d'un implant pénien.

> RÉSULTATS

Le comité de relecture a été consensuel autour du questionnaire et la version finale soumise aux patients (n = 10) a été bien accueillie. À l'unanimité, les questions étaient jugées compréhensible et pertinente, avec un choix de réponse simple d'utilisation.

> CONCLUSION

La version française du questionnaire SSIPI ainsi disponible peut permettre aux urologues francophones d'avoir un outil objectif pour évaluer à plus large échelle la satisfaction et la qualité de vie des patients avec un implant pénien.

> INTRODUCTION

Le sphincter urinaire artificiel est fréquemment utilisé en France chez les femmes ayant une incontinence urinaire d'effort (IUE) par insuffisance sphinctérienne. Cependant, l'utilisation de sphincter urinaire artificiel chez la femme n'a jamais été évalué par des questionnaires validés. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les résultats fonctionnels du sphincter urinaire artificiel chez la femme par voie robot assistée en utilisant des questionnaires validés.

> MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données de toutes les femmes, ayant eu une implantation d'un sphincter urinaire artificiel par voie robotique dans un seul centre universitaire entre 2014 et 2022, ont été collecté de manière prospective.

Avant chirurgie, toutes les patientes ont un bilan urodynamique et remplissent le questionnaire USP (Urinary Symptoms Profile) qui se décompose en : Incontinence urinaire d'effort /9 ; hyperactivité vésicale /21 ; dysurie /9). Elles remplissent également le questionnaire ICIQ-SF (International Consultation Incontinence Questionnaire Short Form) et un score PGI-I (Patient Global Impression of Improvement). Les mêmes questionnaires étaient demandés à 3 mois post opératoire. L'impact de l'implantation d'un sphincter urinaire artificiel sur la qualité de vie est évalué en utilisant les 5 questions du questionnaire ICIQ-SF (ICI-QoI /10).

Un test de Student a été utilisé pour comparer les variables pré et post opératoires.

> RÉSULTATS

Sur la période étudiée, 87 implantations de SAU chez la femme par voie robotique ont été réalisées par deux chirurgiens. 12 patientes avaient une incontinence urinaire d'effort d'origine neurologique (13.8%). L'âge médian était de 66 ans (56-73) et 81.1% avaient un antécédent de chirurgie d'incontinence urinaire d'effort. 69% des patientes avaient un antécédent de bandelette sous urétrale.

La taille médiane des manchettes étaient de 75mm. La durée médiane opératoire était de 150 minutes.

Il y a eu 13 complications peropératoires (6 plaies du col vésical, 6 plaies vaginales et 1 plaie digestive, 14.9%). Il y a eu 23 complications post opératoires (26.4%) : 15 mineures de grade Clavien 1 et 2.1 de grade Clavien 3a et 7 de grade Clavien 3b. Parmi les grades Clavien 3b : il y a eu 4 érosions vaginales, 2 infections et 1 dysfonction mécanique ayant nécessité une réintervention (taux de complication majeure de 9.2%)

La durée médiane de séjour était de 2 jours.

Toutes les patientes étaient significativement améliorées à 3 mois post opératoires.

Le score USP-IUE a diminué de 7.2/9 en pré opératoire à 0.73/9 à 3 mois. ($p < 0.0001$). Le score USP-HAV a diminué de 12.5 à 4.9 ($p < 0.0001$). Concernant le score ICIQ-SF, il a diminué de 16.5 à 3 ($p < 0.0001$). Le score ICIQ-QOL évaluant la qualité de vie a diminué de 8.7 à 0.96 à 3 mois post opératoire ($p < 0.0001$).

Le score PGI-I rapportant l'impression globale d'amélioration est à 1/7 (Beaucoup mieux) chez 58 patientes (78.4%) ; 2/7 (Mieux) chez 7 patientes (9.5%) ; 3/7 (Légèrement mieux) (5.4%) et 4/7 (Pas de changement) chez 3 patientes (4.1%). Le score PGI-I n'était pas disponible chez 13 patientes.

› CONCLUSION

L'implantation de sphincter urinaire artificiel par voie robot assistée chez la femme a une faible morbidité. Elle améliore les plaintes et symptômes ainsi que la qualité de vie des patientes ayant une incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne.

EVALUATION CLINIQUE ET URODYNAMIQUE DES TROUBLES VESICO SPHINCTERIENS DANS LA NEURO BEHÇET

Hajar IDAM, Sara HADIR, Zineb TAHRI, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI
Service De Médecine Physique Et De Réadaptation Chu Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

› OBJECTIFS

La maladie de Behçet (MB) est une affection inflammatoire récurrente, multi systémique, d'étiologie inconnue, affectant également le système nerveux central et en particulier le cerveau et le tronc cérébral [1,4,6,7]. Les troubles mictionnels soient présents chez 5 à 20 % des patients atteints de Neuro-BD (NBD) le but de notre étude était d'évaluer cliniquement et à l'aide du bilan urodynamique les troubles vésico-sphinctériens dans la maladie de neuro-Behçet.

› MATÉRIEL / PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective de 10 patients atteints de neuro-Behçet incluant au service de médecine physique et réadaptation de Casablanca et qui présentaient des symptômes urinaires. Les patients ont bénéficié d'une évaluation clinique et d'une exploration urodynamique comprenant débitmétrie, cystomanométrie et profilométrie.

› RÉSULTATS

L'âge moyen était de 31 ans avec une prédominance masculine. Concernant les troubles urinaires, 6 patients rapportaient un syndrome d'hyperactivité clinique pollakiurie, fuites urinaires et urgenturie et 4 patients dysurie. L'exploration urodynamique a objectivé, À la débitmétrie : 7 patients avaient une dysurie avec dyssynergie vésico-sphinctérienne et résidu post-mictionnel important. Cystomanométrie : 8 patients avaient des hyperactivités détrusoriennes avec des fuites concomitantes. À la profilométrie : hypertonie sphinctérienne chez 6 patients et normale chez 4 patients.

› CONCLUSIONS

Ces résultats sont en accord avec les résultats rapportés dans dans trois cas de vessie neuropathique due à une MNB, où la fréquence et l'incontinence urinaires, l'hyperreflexie du détrusor et le dysfonctionnement du détrusor-sphincter ont été observés et la dyssynergie du détrusor et du sphincter ont été documentées lors de l'évaluation urodynamique [9]. Les troubles urinaires dans la maladie de neuro- de Behçet devraient inciter à évaluer les patients avec un bilan urodynamique détaillé pour établir un diagnostic précis du dysfonctionnement.

PLACE DU BILAN URODYNAMIQUE DANS LE SYNDROME DE HINMAN**Zaïneb TAHRI, Hakim BOURRA, Prudent MADJIDANEM, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif ELFATIMI***Chu Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)***› INTRODUCTION**

Le syndrome de Hinman ou vessie neurogène non neurogène est un dysfonctionnement mictionnel sévère de l'enfant. Il a engendré un handicap fonctionnel et psychologique. Dans les pays industrialisés, les progrès en neuro-urologie ont rendu historique la survenue de complications uronéphrologiques graves. Au Maroc, ces enfants sont découverts au stade de complications.

› MATÉRIELS ET MÉTHODES

Étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur 46 enfants présentant un syndrome de Hinman et vus au service de médecine physique et de réadaptation de Casablanca entre janvier 2021 et septembre 2022.

› RÉSULTATS

L'âge moyen d'apparition des symptômes était $5 \pm 1,7$ ans. Il y avait une prédominance féminine : 31 filles et 15 garçons. L'incontinence urinaire intermittente était le maître symptôme 48,5 %, suivi de la rétention d'urine 42,4 %, la dyssynergie vésico-sphinctérien 36,4 % et urgenturie 21,2 %. Le rétentissement sur le haut appareil urinaire était à type de vessie de lutte 12,2 %, reflux vésico-urétéral 33,3 % et d'urétéro-hydronéphrose 30,3 % ayant eu pour conséquence 18,2 % d'insuffisance rénale. Les anomalies du jet étaient les seuls symptômes liés à la dilatation du haut appareil urinaire ($p = 0,03$).

› DISCUSSION ET CONCLUSION

La découverte du syndrome de Hinman impose une prise en charge précoce primordiale pour minimiser l'apparition des complications présentes en jeu le pronostic fonctionnel et vital des enfants

**SYNDROME D'EHLERS DANLOS ET NEUROMODULATION SACREE,
A PROPOS D'UN CAS**

Laure MONLEON, Jocelyn SUSPERREGUI, Gilles PASTICIER, Clément MICHIELS, Olivier CELHAY, Corinne PALAMARA

Nouvelle Clinique Bordeaux Tondu - Bordeaux (France)

› BUT

Evaluer l'efficacité de la neuromodulation sacrée dans la prise en charge d'une hypocontractilité vésicale chez une patiente présentant un syndrome d'Ehlers Danlos.

› MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une patiente de 42 ans présentant un syndrome d'Ehlers Danlos, maladie génétique des tissus mous, diagnostiqué depuis 2018 et suivie en urologie depuis 3 ans. Elle présente comme autre antécédent notable un syndrome d'Asperger. Les troubles mictionnels initiaux étaient une hyperactivité vésicale, confirmée à l'examen urodynamique et traitée par les traitements usuels en 1ère intention. Elle a présenté une décompensation de ses troubles mictionnels depuis 1 an avec disparition de l'hyperactivité vésicale et apparition d'une dysurie invalidante. Le bilan urodynamique récent retrouvait une hypocontractilité vésicale. Une proposition de neuromodulation sacrée a été faite, avec phase test d'un mois, implantation de l'électrode en S3 droit, avec 4 programmes à essayer (2 programmes à 5 hertz et 2 programmes à 25 hertz). Une consultation de réévaluation a été faite à 15 jours de l'implantation de l'électrode test.

› RÉSULTATS

On retrouve une efficacité des 2 programmes de neuromodulation sacrée à haute fréquence avec reprise de mictions par les voies naturelles, avec résidu post mictionnel négligeable. Il existe une absence d'efficacité des programmes à faible intensité. Il existe une amélioration concomitante du transit. La patiente a donc bénéficié d'une implantation définitive de neuromodulation sacrée.

› CONCLUSION

La neuromodulation sacrée à haute fréquence est une option à proposer dans la prise en charge d'une hypocontractilité vésicale chez les patients présentant un syndrome d'Ehlers Danlos.

TRAITEMENT PAR LA TOXINE BOTULINIQUE DANS L'HYPERACTIVITE DETRUSORIEENNE NEUROGENE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SCLEROSE EN PLAQUES DANS LA POPULATION FRANÇAISEE

Djamel BENSMAIL, Pierre KARAM, Anne FORESTIER, Jean-Yves LOZE, Jonathan LÉVY

Département De Médecine Physique Et Réadaptation, Hôpital Raymond-Poincaré, Ap-Hp, Université Paris-Saclay - Garches, Pkcs - Ecully, Ipsen - Boulogne-Billancourt

› BUT

L'injection intra-détrusorienne de la toxine botulique A (TBA) est un traitement efficace de l'hyperactivité détrusorienne neurogène (HDN), une complication fréquente chez les patients atteints de sclérose en plaques (SEP). La TBA a une durée d'efficacité d'au moins 6 mois. Actuellement, les données de vie réelle sur le traitement par TBA de l'HDN associée à la SEP sont limitées. Nous avons mené une étude à l'échelle de la population Française pour explorer les pratiques relatives à l'injection intra-détrusorienne de la TBA chez les patients atteints de SEP.

› MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude de cohorte rétrospective est basée sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Nous avons extrait les séjours hospitaliers de patients avec un code diagnostique SEP, traités par au moins une injection intra-détrusorienne de la TBA, pour la période 2014 à 2020.

› RÉSULTATS

Parmi les 105 206 patients ayant un code diagnostique SEP, 2 912 (2,8%) ont été traités par la TBA intra-détrusorienne. Le nombre moyen d'injections intra-détrusoriennes par patient était de 4,7 (écart type 3,7). La durée moyenne entre deux injections était de 8,3 mois (écart type 5,0 mois). Au total, 60% des injections intra-détrusoriennes répétées ont été administrées avec un intervalle de 5 et 8 mois. Les injections intra-détrusoriennes étaient principalement réalisées dans les centres hospitaliers régionaux d'Île-de-France et de l'Auvergne-Rhône-Alpes.

› CONCLUSION

Notre étude longitudinale révèle un large éventail de pratiques d'injection intra-détrusorienne de la TBA chez les patients atteints de SEP. Elle oriente aussi sur l'importance des administrations répétées de la TBA pour maintenir une prise en charge adéquate de l'HDN associée à la SEP.

LE PROFIL URODYNAMIQUE LORS DE LA PLEXOPATHIE LOMBO-SACREE IDIOPATHIQUE

Hakim BOURRA, Zaineb TAHRI, Mouad YAZIDI, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI

Service De Médecine Physique Et De Réadaptation Fonctionnelle Du Chu Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

› INTRODUCTION

La pléxopathie lombosacrée correspond à l'atteinte des racines nerveuses issues du plexus lombaire ou sacré, et qui se traduit par une atteinte mixte sensitivomotrice prédominante au membre inférieur.

› MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective sur un an portant sur 5 patientes suivies dans notre service pour pléxopathie lombosacrée idiopathique avec troubles vésico sphinctériens, et chez qui on a effectué un bilan urodynamique afin d'orienter la conduite thérapeutique.

› RÉSULTATS

L'âge moyen des patientes étaient de 45,2 ans, les troubles vésicosphinctériens retrouvé à l'examen cliniques étaient une incontinence urinaire totale dans 60% des cas, une incontinence urinaire sur urgenturie associé à une pollakiurie dans 40% des cas. Le profil urodynamique montrait une vessie de bonne capacité cystomanométrique avec fuite durant le remplissage dans 80% des cas, ainsi que des hyperactivité détrusoriennes chez une seule patiente.

A la profilométrie une hypotonie sphinctérienne chez toutes les patientes.

La prise en charge a consisté en une rééducation périnéale dans tous les cas, et la prescription d'anticholinergique dans le cas d'hyperactivité détrusorienne.

› DISCUSSION/CONCLUSION

La pléxopathie lombo-sacrée se caractérise par un syndrome douloureux intense d'un ou des deux membres inférieurs, associé à un déficit moteur et sensitif dont la récupération est habituellement lente (6 à 36 mois) et souvent incomplète. Les troubles vésico-sphinctériens sont rare lors des pléxopathies LS. L'intérêt du bilan urodynamique est de faire la différence entre une vessie centrale ou périphérique ce qui conditionne la prise en charge thérapeutique

INTERET DU BILAN URO-DYNAMIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES A REPETITION CHEZ LES ENFANTS

Mouad YAZIDI, Abdelhakim KABIL, Rime DADES, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI

Service De Médecine Physique Chu Ibn Rochd - Casablanca (Maroc)

› INTRODUCTION

L'infection urinaire est une des infections bactériennes les plus fréquentes en pédiatrie. Elle est associée dans le 1/3 des cas à une anomalie du tractus urinaire d'origine malformatif, elle peut engager le pronostic néphrologique.

L'objectif de cette étude est d'étudier le profil urodynamique des enfants suivis pour infections urinaires à répétition et son intérêt dans la prise en charge de ces patients.

› MATÉRIELS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur une durée d'1 an (2022 -2023), ayant inclus 42 enfants adressés de la pédiatrie au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'hôpital CHU Ibn Rochd de Casablanca pour la réalisation d'une exploration urodynamique.

› RÉSULTATS

L'âge moyen était de 7.43 avec des extrêmes allant de 4 ans jusqu'à 13 ans, avec une prédominance masculine. 14.2% des patients ont été suivis pour Spina Bifida et 12.1% pour des valves de l'urètre postérieur, 21.4% suivis pour méga uretères. 23.8% des patients avaient présenté au moins un épisode de pyélonéphrite et 7.14% étaient en insuffisance rénale chronique au stade de dialyse péritonéale. A la débimétrie : une dysurie avec un résidu post mictionnel significatif a été retrouvé chez 69.04% de cas, associés à une dyssynergie vésico-sphinctérienne. A la cystomanométrie : 20% avaient une petite capacité vésicale et 66.6% présentaient une augmentation de pressions en rapport avec une hyperactivité détrusorienne.

› CONCLUSION

Le bilan urodynamique chez la population pédiatrique est un examen difficile à réaliser et à interpréter en raison du manque de coopération des enfants, il permet une analyse objective du dysfonctionnement vésico-sphinctérien lors des infections urinaires à répétition et oriente vers une prise en charge adéquate.

PROFIL URODYNAMIQUE DES PATIENTS SUIVIS POUR SYNDROME DE QUEUE DE CHEVAL

Sara HADIR, Hajar IDAM, Prudent MADJIDANEM, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI

C.h.u Ibn Rochd De Casablanca - Casablanca (Maroc)

› BUT

Les troubles vésico-sphinctériens sont souvent au premier plan chez les patients suivis pour syndrome de queue de cheval (SQC). L'objectif de notre étude est d'étudier le profil urodynamique chez cette population.

› MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude prospective descriptive sur 17 patients adressés à notre service pour évaluation des troubles vésico-sphinctériens (TVS) sur SQC et qui ont bénéficié d'une exploration urodynamique. Nous avons exclu les patients avec obstacle sous-vésical organique.

› RÉSULTATS

L'âge moyen était de 44,3 ans (25-65) avec une prédominance masculine. 11,7% avaient un antécédant de diabète, 58,6% avaient un antécédant de lombosciatalgies et le SDQ était secondaire à une hernie discale L4-L5 chez 88,2% des patients avec traitement par laminectomie décompressive. Le délai entre la réalisation de l'exploration et le diagnostic de SQC était en moyenne de 4 mois. Concernant les TVS, la plupart avaient une symptomatologie de vidange avec notion de poussées abdominales chez 63,9% des patients et sensation de vidange incomplète chez 57,7%. 23,5% avaient une incontinence anale totale et 29,4% ont rapporté des troubles sexuels. A la débitmétrie la courbe était polyphasique chez 64% et 14 patients avaient un RPM significatif. La miction sur table n'a pas été obtenue chez 4 patients et les pressions détrusoriennes per-mictionnelles étaient diminuées chez 41,2%. A la profilométrie, une hypotonie sphinctérienne a été objectivée chez 47% des patients.

› CONCLUSIONS

Le dysfonctionnement vésico-sphinctériens chez les patients suivis pour SQC se traduit à l'épreuve urodynamique par différents profils dépendants du profil du patient ainsi que l'évolution de la maladie dans le temps. Un suivi clinique, biologique, échographique et urodynamique est essentiel afin d'adapter la prise en charge thérapeutique et améliorer la qualité de vie chez cette population.

COMMENT LA FONCTION SEXUELLE EST-ELLE MODIFIÉE APRES UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DE DESOBSTRUCTION PROSTATIQUE ?

Larbi HAMEDOUN, Younes BOUKHLIFI, Mohammed MRABTI, Ilyass HASSAN, Aziz LAMGHARI, Omar JENDOUI, Elbahri ABDESSAMAD, Nabil LOUARDI, Mohammed ALAMI, Ahmed AMEUR
Service D'urologie, Hôpital Militaire D'instructions Mohammed V, Rabat. - Rabat (Maroc)

› INTRODUCTION

Il existe des preuves de la modification de la fonction sexuelle après une intervention de désobstruction prostatique, car d'une part, il existe une association clinique entre les SBAU et la dysfonction érectile et d'autre part, les dommages neurovasculaires générées par le geste chirurgical.

› OBJECTIF

Analyser l'évolution de la fonction sexuelle après une désobstruction prostatique et déterminer les facteurs prédisposant à son aggravation ou à son amélioration.

Matériels et Méthodes

Une étude prospective observationnelle et analytique incluant 96 patients opérés pour une désobstruction prostatique entre janvier 2022 et décembre 2022. Les patients ont été évalués selon le score IIEF5 avant et 6 mois après le geste. La principale variable analysée était la modification de la fonction sexuelle, et secondairement, la relation avec différentes variables avant et après la chirurgie

› RÉSULTATS

Une résection trans-urétrale de la prostate monopolaire dans 36 cas, bipolaire dans 42 cas ; et 18 cas d'adénectomie par voie haute. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les différents groupes pour les variables pré-chirurgicales, à l'exception du volume de la prostate. L'âge médian était de 62,5ans. Sur la base du score IIEF5 post-chirurgical : Une aggravation de la fonction sexuelle chez 39 patients, 33 patients avec une fonction sexuelle inchangée et une amélioration chez 24 patients. Pour le 1er Groupe, nous n'avons trouvé que des différences statistiquement significatives chez les patients avec une obésité morbide (IMC \geq 40 kg/m²), avec une gêne très marquée selon le score IPSS précédent, le volume de la prostate et la présence de calculs vésicaux (p=0,032, 0,085, 0,068 et 0,053 respectivement). Pour le groupe des patients qui se sont améliorés, les facteurs suivants sont influents : l'âge jeune (p=0,075) et l'absence de tabagisme (p=0,083).

› DISCUSSION

L'éventualité d'une dysfonction érectile après chirurgie de l'HBP n'a pas non plus d'explication claire. Le mécanisme le plus redouté serait celui d'un effet de lésion thermique sur les bandelettes vasculo-nerveuses qui longent la prostate. Il est aussi admis que la modification de l'éjaculation peut avoir un impact négatif sur l'érection, l'orgasme et plus globalement sur la satisfaction sexuelle.

L'amélioration des symptômes urinaires semble avoir un effet positif sur la sexualité, d'autant plus lorsqu'une intervention permet de stopper des traitements médicamenteux dont les effets sexuels négatifs.

La plupart des études sur l'HBP ont utilisé le questionnaire IIEF5, qui est focalisé sur la fonction érectile. L'évaluation globale de la sexualité requiert des questionnaires plus élaborés tels que l'IIEF15 rarement utilisé, ou le questionnaire MSHQ-EJD qui permet d'analyser en détail les conséquences de la chirurgie de l'HBP sur l'éjaculation.

› **CONCLUSION**

Nous devons prendre en compte la fonction sexuelle de nos patients au moment de décider une chirurgie de désobstruction. Les patients les plus susceptibles de s'aggraver sont ceux qui ont un IMC plus élevé et des symptômes antérieurs plus importants ; et ceux qui sont plus susceptibles de s'améliorer sont les plus jeunes et les non-fumeurs.

**INCONTINENCE ANALE CHEZ LES PATIENTS NEUROLOGIQUES :
INTERET DE LA REEDUCATION PERINEALE**

Sara HADIR, Hajar IDAM, Zaineb TAHRI, Prudent MADJIDANEM, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI

C.h.u Ibn Rochd De Casablanca - Casablanca (Maroc)

› BUT

L'incontinence anale a été définie par l'International Continence Society (ICS) comme la perte involontaire de selles liquides et/ou solides, elle est source de morbidité et d'altération de qualité de vie (QDV) importante chez les patients en général et neurologiques en particulier. Notre étude a comme objectif l'étude des effets de la rééducation périnéale sur l'incontinence anale chez les patients suivis pour pathologies neurologiques.

› MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude prospective portant sur 32 patients suivis dans notre service pour incontinence anale sur pathologies neurologiques. Nous avons utilisé le score Jorge et Wexner ainsi que l'index de qualité de vie pour les maladies digestives (GIQLI) pour évaluer la sévérité et le retentissement de l'incontinence anale sur la QDV avant (T0) et après 40 séances (T1) de rééducation périnéale : 20 par biofeedback et 20 par électrostimulation. Tous nos patients ont bénéficié des mesures hygiéno-diététiques.

› RÉSULTATS

L'âge moyen était de 41,7ans avec une prédominance féminine,35,2% étaient suivis pour sclérose en plaques,17,8% suivis pour spina bifida et 14,1% opérés pour syndrome de queue de cheval.55,2% n'avaient pas de sensation du besoin anal,10,2% rapportaient une impériosité défécatoire,28,5% avaient des selles type 6 selon l'échelle de Bristol.61,5% avaient une incontinence urinaire associés et 71,4% des patients avaient un testing des muscles releveurs de l'anus inférieur à 2 à T0 et 35,6% avaient un testing supérieur ou égale à 2 à T1.Le score de Jorge et Wexner moyen était de 13,4/20 à T0 et de 10,5/20 à T1 et le GIQLI moyen était de 81,5 à T0 et 102,2 à T1.

› CONCLUSIONS

La rééducation périnéale pour l'incontinence anale chez les patients neurologiques améliore les symptômes ainsi que la QDV, mais les résultats restent inconstants et dépendants de l'évolution ainsi que du pronostic de la maladie neurologique. Notre étude est limitée car nous avons évalué les effets d'un protocole de rééducation à court terme. D'autres études sur des protocoles d'entretien à long terme sont nécessaires.

NOS PARTENAIRES

PARTENAIRES SILVER



PARTENAIRE BRONZE



AUTRES PARTENAIRES



Vous soutenir en faisant de chaque petite victoire
une grande réussite !



Découvrez notre
set de sondage :

SpeediCath® Flex Set

doux, hygiénique,
simple à utiliser,
ici ou ailleurs



Produits intégralement remboursés LPPR pour les patients en ALD et pour les patients au régime général bénéficiant d'une couverture complémentaire.

Les sets de sondage SpeediCath Flex Set pour sondage urinaire intermittent sont indiqués pour des patients masculins qui souffrent de rétention urinaire et/ou de résidu post-mictionnel quelle que soit la cause. L'apprentissage de l'auto-sondage doit être fait par un professionnel de santé.

Dispositifs médicaux de classe I, stériles, marqués CE (2460). Fabricant : Coloplast A/S.

Lire attentivement la notice d'instructions des produits avant utilisation.

[Soins des stomies / Continence / Soins des plaies / Urologie interventionnelle](#)

Laboratoires Coloplast - SAS : Société par actions simplifiée
Siège social : Les Jardins du Golf - 6 rue de Rome 93561 Rosny sous bois CEDEX France
Capital social : 22 001 980 Euros - RCS BOBIGNY : 312 328 362 - SIREN : 312 328 362
SIRET : 312 328 362 00040 - CODE NAF (ex APE) : 4646Z
N° TVA Intracommunautaire : FR 18 312 328 362

Le logo Coloplast est une marque enregistrée par Coloplast A/S, DK-3050 Humlebaek.
© Tous droits réservés aux Laboratoires Coloplast - Mai 2023

