

### **MEMBRES DU BUREAU**

Jean François Hernitel (President)
Kavier DEFFIEUX (Secretaire Général)
Renaud DE TAYRAC (Secretaire Général)
Emmanuel CHARTIER-KASTLER (Trésorier)
Benoit 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)
Thierry ROUMEGUERE (Délégué à la Francophonie)
Marianne DE SEZE (Chargée de la prospective)
Grégoire CAPON (Chargé de communication)
Michel COSSON (Past Président)





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 indiquées 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 - CDE NAF (ex APE) : 4646Z N° TVA Intracommunautair : 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 - PM-22782 - Septembre 2022



### LE MOT DU BUREAU DE LA SIFUD-PP

Le 44<sup>ème</sup> congrès de la SIFUD-PP aura lieu à Saint Malo du 14 au 16 septembre 2022, sous la présidence de Philippe Debodinance et Jacques Kerdraon.

Après l'élection du nouveau conseil d'administration de la SIFUD-PP, voici donc le premier événement organisé par notre nouvelle équipe. Il se veut un prolongement des précédents, avec quelques surprises, dont notamment une « joute oratoire » des prétendants aux bourses de recherche SIFUD, pour laquelle tous les participants au congrès pourront voter en direct.

Le programme prévu est conforme à l'esprit multidisciplinaire de notre société, tout en étant au plus près de l'actualité, avec une présentation des toutes dernières recommandations concernant la prise en charge des complications de la chirurgie du prolapsus et des bandelettes (recommandations de la HAS dont la SIFUD-PP est coorganisatrice).

Des tarifs préférentiels sont accordés aux membres de la SIFUD-PP à jour de leur cotisation ; pensez donc bien à renouveler votre adhésion !

Une Journée de l'infirmière (JDI), une session « juniors » et des ateliers variés inaugureront ces journées (pelvi-périnéologie connectée, la réparation des lésions obstétricales du sphincter anal, l'urodynamique, les pessaires, l'incontinence fécale...)

Le rapport portera cette année sur un sujet pivot de la pelvi-périnéologie : l'examen pelvien de la femme.

De nombreux aspects de la neuro-urologie, tant médicaux que chirurgicaux seront abordés, les particularités de la prise en charge des sujets âgés, la place des auto-sondages et des examens radiologiques en pelvi-périnéologie et les nouveautés thérapeutiques appliquées à l'incontinence et au prolapsus qu'elles soient médicamenteuses, rééducatives, chirurgicales ou mini-invasives (laser, radiofréquence, etc).

Quelques sujets feront certainement l'objet de discussions animées comme celui concernant l'intérêt éventuel d'un bilan urodynamique avant la chirurgie du prolapsus.

Après une journée chargée le jeudi sur le plan des sessions, vous pourrez vous divertir lors du QUIZZ au milieu des stands d'exposition, qui précèdera un cocktail autour duquel tous les sifudien(ne)s pourront se retrouver.

Enfin, Saint Malo est une ville sublime et le palais de congrès est au bord de la plage, aux portes de l'intramuros malouin. Vous pourrez donc facilement profiter des embruns (et du soleil on le souhaite!), de la magie des remparts, voire prolonger par un week-end afin de (re)découvrir les thermes marins, les îles des Bés, le Château, le phare Môle des Noires, le Fort national, les rochers sculptés par l'abbé Fouéré à Rothéneuf et Cancale.

Pour le Conseil d'administration de la SIFUD-PP,

X. Deffieux Secrétaire Général

## LE MOT DES PRESIDENTS

### Cher(e)s Ami(e)s,

C'est avec beaucoup de plaisir que nous vous accueillerons à St Malo pour ce 44<sup>ème</sup> congrès de la SIFUD-PP. Nous remercions tout d'abord le Conseil d'Administration qui nous fait l'honneur de présider ce congrès.

Nous arrivons tous deux en fin de carrière professionnelle et avons pu suivre l'évolution de cette société qui a su maintenir sa vocation pluri disciplinaire et l'exigence d'une diffusion à tous, des connaissances les plus émergentes, au service de la prise en charge des pathologies pelvi périnéales et à l'interface de tant de disciplines et spécialités. Pour autant, l'explosion au cours de ses 44 dernières années des nouveaux outils d'exploration diagnostiques et thérapeutiques dans le domaine de la robotique, des neurosciences, de l'imagerie, de l'intelligence artificielle, des big data et plus encore, nous rappelle à ne pas se départir des principes élémentaires qui fondent depuis toujours notre pluridisciplinarité et parfaitement illustré par la place toujours centrale de l'examen clinique élémentaire, thème du rapport de ce congrès et porté par la complémentarité d'expertise et l'excellence de ses rapporteurs.

L'ensemble du programme scientifique de cette année respecte encore une fois cet esprit. Merci donc au Conseil Scientifique d'avoir su ordonner communications libres, posters, symposiums et tables rondes.

Nous en terminerons en remerciant le bureau de la SIFUD-PP et ses Président et Vice-Président, Jean François Hermieu et Gérard Amarenco, véritables chevilles ouvrières de cette société.

Nous savons aussi tous deux ce que nous avons respectivement partagé au fil de ces années avec Gérard Amarenco et Michel Cosson. Qu'ils en soient remerciés.

Au plaisir de se retrouver en cité malouine!

Philippe Debodinance et Jacques Kerdraon Présidents du 44ème Congrès SIFUD-PP de Saint Malo

### **INFORMATIONS GENERALES**



### **PALAIS DU GRAND LARGE**

1 Quai Duguay-Trouin 35400 Saint-Malo



### **DU 14 AU 16 SEPTEMBRE 2022**

HOP **HOPSCOTCH CONGRES** 

s c o 23 / 25 rue Notre Dame des Victoires

тсн 75 002 Paris CONGRÈS

### ORGANISATION GENERALE

Margot CHESTERMAN TEL: 0141342088

EMAIL: mchesterman@hopscotchgroupe.com

### **GESTION DES PARTENARIATS**

Faiza CHENOUFI TEL: 0170946584

EMAIL: fchenoufi@hopscotchcongres.com

### SERVICE INSCRIPTIONS

TEL: 0170946535

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: sifud-pp@orange.fr WEB: www.sifud-pp.org

### PLAN D'EXPOSITION

- 01 / IPSEN
- **03 / BOSTON**
- **04 / CF SANTÉ**
- **05 / MANFRED**
- **07** / A.M.I FRANCE
- **08 / CONVATEC**
- 10 / STIMULI TECH
- 11 / NATECH
- 12 / CREO MEDICAL
- **13** / DIADOM
- 14 / AB MEDICA
- 15 / RÉFÉRENCE SANTÉ
- 16 / WELLSPECT
- 17 / COLOPLAST
- 18 / PIERRE FABRE
- **19** / HOLLISTER

- **20 / FSK**
- 21 / LABORIE
- 22 / LE RÉSEAU DES DOULEURS CHRONIQUES PELVI PÉRINÉALES (RDCP)
- 23 / TELEFLEX
- 24 / BBRAUN
- 25 / ABBVIE
- **26 / SLG MÉDICAL**
- **27 /** DJO (ENOVIS)
- 28 / LILIAL
- **29** / BARD
- **30 / SCHWA MEDICO**
- 31 / MEDTRONIC
- **32 / PRC**
- **33 / IBSA**
- **34** / PARLONS PIPI SANS TABOU
- 35 / PELVI UP
- 36 / GAYA WOMEN



## SYNOPSIS MERCREDI 14 SEPTEMBRE 2022

AUDITORIUM Chateaubriand Niveau o	SALLE Bouvet Niveau 1	SALLE Charcot Niveau 1	AMPHITHÉÂTRE Maupertuis Niveau 2	ROTONDE Surcouf Niveau 2	SALLE Vauban Niveau 2	
09h00 - 10h15 Journée des Infirmières Atelier A	09h00 - 10h15 Journée des Infirmières Atelier B	09h00 - 13h30 Session Juniors	ATELIER 1 Imagerie des complications et récidives après chirurgie de l'incontinence féminine et du prolapsus	ATELIER 5 Prise en charge des déchirures obstétricales du sphincter anal	ATELIER 9 Insuffisance sphinctérienne et patient neurologique : quel bilan ? quelle prise en charge ?	
<b>10h15 - 10h45</b> Pause et visite des stands						
10h45 - 12h00 Journée des infirmières Plénière 1			ATELIER 2 Techniques robotiques urogynecologiques « step by step »	ATELIER 6 Malformations anorectales : point de vue pluridisciplinaire	ATELIER 10 Prise en charge des vessies neurologiques pendant la grossesse	
<b>12h00 - 13h30</b> Déjeuner sur l'exposition			<b>12h00 - 13h30</b> Déjeuner sur l'exposition			
13h30 - 15h15 Journée des Infirmières Plénière 2		<b>13h30 - 14h30</b> Déjeuner sur l'exposition	ISh30 - ISh00 ATELIER 3 Urodynamique en question : Etude Pression débit : Quand ? Comment ? Pourquoi ?	13h30 - 15h08 ATELIER 7 Incontinence fécale, évaluation et prise en charge, point de vue du MPR, du proctologue et du kinésithérapeute	ATELIER 11 Pessaires en 2022 : Prise en charge pluridisciplinaire : Indications, EBM, choix, suivi et surveillance	
15h15 - 16h00 Journée des infirmières Plénière 3			15000 - 18650 ATELIER 4 Aidant sexuel : cadre légal et état des lieux	MATELIER 8 Syndrome de stress post traumatique et douleurs pelviennes-	1500 - 1850 ATELIER 12 Pelvi-Périnéologie connectée : Applications,	
16h00 - 16h15 JOURNÉE DES INFIRMIÈRES Synthèse de la journée et perspectives				périnéales chroniques	Téléconsultations, Autorééducation « stéréotypée » ?	
16h30 - 16h40 OUVERTURE OFFICIELLE DU CONGRÈS						
16140 • 17140 « Les brèves de la SIFUD-PP »						
17h45 - 18h05 Session francophone						
18h05- 18h25 Session SIUD and SIFUD PP 18h25 - 18h55						
Le pour ou contre du soir	19500					
	Conseil Administration de la SIFUD PP					

## SYNOPSIS JEUDI 15 SEPTEMBRE 2022

AUDITORIUM Chateaubriand Niveau o	AMPHITHÉÂTRE Maupertuis Niveau 2	SALLE Bouvet Niveau 1	SALLE Vauban Niveau 2	ROTONDE Surcouf
<b>08h00 - 09h00</b> Table Ronde 1				
09h05 - 10h05 Symposium FSK				
10h05 - 10h35 Lecture				
	- 11h05 ite des stands			
THUS - 12500 TABLE RONDE 2A Dysraphisme spinal : PEC pelvipérinéale de l'enfant à l'adulte	TABLE RONDE 2B Recommandations HAS concernant les complications de la chirurgie prothétiques de l'IUE et du prolapsus			
12h00 - 13h30 Rapport de la sifud				
<b>13h30 - 14h30</b> Déjeuner sur exposition		13h30 - 14h30 Symposium Convatec	14h00 - 14h30 Symposium Laborie	13h30 - 14h30 Symposium IPSEN
14h30 - 15h30 Table Ronde Plénière				
15h30 - 16h00 Mise au Point				
18h00 - 16h30 Bourse				
<b>16h30 - 17h00</b> Pause et visite des stands				
17h00 - 18h30 Communications Libres Medicales	17h00 - 18h30 Communications Libres Chirurgicales			
18h30 - 19h30 Symposium Hollister	18h30 - 19h30 Symposium medtronic	18h30 - 19h15 Symposium abbvie		
19h30 - 20h00 Quiz Sifud-PP sur exposition				
20h00- 21h00 Cocktail Apéritif sur l'exposition				

## SYNOPSIS VENDREDI 16 SEPTEMBRE 2022

**AUDITORIUM AMPHITHÉÂTRE** SALLE SALLE CHATEAUBRIAND VAUBAN **MAUPERTUIS BOUVET** ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DÉBAT DÉBAT Reste-il une place pour Le concept VNotes en chirurgie : l'urétro-cystomanométrie? 8 minutes pour convaincre (vidéos) **TABLE RONDE** 10h00 - 10h30 **LECTURE AFU ETAT DE L'ART SEVEN UP** 13h00 - 14h00 13h00 - 14h00 SYMPOSIUM COLOPLAST **COMMUNICATIONS LIBRES COMMUNICATIONS LIBRES MÉDICALES CHIRUGICALES SESSION INTER ACTIVE REMISE DES PRIX** 17h00 **FIN DU CONGRES** 



Les produits de la gamme GentleCath® 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 GentleCath® Glide et Air sont remboursables par la Sécurité Sociale au titre ler, 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. © 2022 ConvaTec Pri indique une marque d'une société du groupe ConvaTec. Juillet 2022

### MERCREDI 14 SEPTEMBRE 2022 SESSION JUNIOR

Modérateurs : Bernard Parratte, Jean François Hermieu, Rebecca Haddad, Grégoire Capon

08h30 - 09h00

**ACCUEIL DES PARTICIPANTS** 

09h00 - 10h00

### **ANATOMIE**

#### Salle Charcoi

- > Regard sur l'anatomie pelvi périnéale / Stéphane Ploteau (Nantes)
- > Innervation pelvienne / Bernard Parratte (Besançon)

10h00 - 11h00

### **EXAMEN CLINIOUE**

### Salle Charcot

- > Patiente algique chronique / Amélie Levesque (Nantes)
- > Prolapsus génital / Renaud De Tayrac (Nîmes)
- > Dyschésie / Anne Marie Leroi (Rouen)
- > Neurologique périnéal / Rebecca Haddad (Paris)

1h00 - 11h30

### **PAUSE ET VISITE DES STANDS**

11h30 - 12h30

### PIEGE EN URODYNAMIQUE

Salle Charcot

- Débimétrie / Nader Hadiji (Saint Saturnin)
- > Profilométrie / Caroline Thuillier (Grenoble)
- > Cystomanométrie / Audrey Charlanes (Bordeaux)

13h00 - 13h30

### THERAPEUTIOUES: COMMENT JE FAIS?

'alle Charco

- > Injection intravésicale de toxine botulique / Véronique Phé (Paris)
- > Traitement du prolapsus sans prothèse / Michel Cosson (Lille)
- > Injection intra caverneuse / Damien Waz (St Genis Laval)
- > Neuromodulation implantation et test / Grégoire Capon (Bordeaux)
- > Bandelette sous urétrale rétropublenne / Jean François Hermieu (Paris)
- > Injections péri urétrales agents de comblement / Brigitte Fatton (Nîmes)

13h30 - 14h30

PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

### MERCREDI 14 SEPTEMBRE 2022 JOURNÉE INFIRMIÈRES

08h30 - 09h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

09h00 - 10h15

### **ATELIERS**

### ATELIER A / Auditorium Chateaubriand

Cas pratico-pratiques sur le sondage urinaire : apprentissage, difficultés de sondage, voies de sondage, sous populations

Dr Even Alexia et Huron Mylène (Garches), Dr Thuillier Caroline et Vincent Virginie (Grenoble)

### ATELIER B / Salle Bouvet

**Bossard Olivier** 

Gestion de la rétention aigue d'urine sur hypertrophie prostatique: Cathéter sus pubien, sonde à demeure, auto-sondages? Dr Perrouin-Verbe Marie Aimée et Cailleau Ludivine (Nantes), Dr Reiss Bénédicte et

10h15 - 10h45

### PAUSE ET VISITE DES STANDS

10h45 - 12h00

### MOT D'ACCUEIL

Eliane Tan, Marianne de Sèze

10h45 - 12h00

### **PLÉNIÈRE 1**

Modératrices : Isabelle Barbesange, Eliane Tan et Marianne de sèze

Qu'est-ce qu'un(e) infirmièr(e) experte en Pelviperinéologie : Prérequis, formation, validation, rôle, valorisation

Dr Chesnel Camille et Blouet Emilie (Tenon), Pr Cornu Jean Nicolas et Chapelot Elisabeth (Rouen)

### PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

13h30 - 15h15

### **PLENIERE 2**

Modératrices : Isabelle Barbesange, Eliane Tan, Marianne de sèze

### Hygiène et Pelviperinéologie : Quelles mesures hygiéno-diététiques et pour qui ?

- > Chez le patient neurologique ? / Dr Hadji Nader et Baptiste Jennifer (Le Mans)
- > Chez l'enfant ? / Dr Loubersac Thomas et Charles Odile (Nantes)
- > Chez la personne âgée ? / Dr Haddad Rebecca et Marechal Gaelle (Rothschild)
- > Pour la santé sexuelle ? / Dr Waz Damien et Claude Amélie (Lyon)
- > En pre et post opératoire de chirurgie urogynécologique / Pr De Tayrac Renaud et Barbesange Isabelle (Nîmes/Calmart), Pr Gamé Xavier (Toulouse)
- > En per et post partum immédiat (accouchement normal, épisiotomie, LOSA) / Dr Vieillefosse Sarah et Barbesanae Isabelle (Clamart)

## MERCREDI 14 SEPTEMBRE 2022 JOURNÉE INFIRMIÈRES

15h15 - 16h00

**PLENIERE 3** 

Auditorium Chateaubrian

Modérateurs : Eliane Tan, Benoit Peyronnet

Appareillage et incontinence : Optimiser ses choix. Choisir sa protection/Choisir son étui pénien

Pr Hermieu Jean-François et Cortet Isabelle, Sadek LALALI (Bichat)

16h00 - 16h19

**SYNTHESE DE LA JOURNEE ET PERSPECTIVES** 

**Auditorium Chateaubriand**Fliane Tan, présidente de la JU

## MERCREDI 14 SEPTEMBRE 2022 ATELIERS SIFUD-PP

### 08h30 - 09H00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

	ATELIERS Amphithéâtre Haupertuis	ATELIERS Rotonda Surcouf	ATELIERS Salle Vauban			
09h00 - 10h30	ATELIER 1 Imagerie des complications et récidives après chirurgie de l'incontinence féminine et du prolapsus Marie Florin (Paris) Sandrine Campagne-Loiseau (Clermont Ferrand)	ATELIER 5 Prise en charge des déchirures obstétricales du sphincter anal Xavier Deffieux (Clamart) Sylvie Billecocq (Paris)	ATELIER 9 Insuffisance sphinctérienne et patient neurologique : quel bilan ? quelle prise en charge ? Claire Hentzen (Paris) Xavier Gamé (Toulouse)			
10h30 - 12h00	ATELIER 2 Techniques robotiques urogynécologiques « step by step » Benoit Peyronnet (Rennes) Krystel Nyangoh Timoh (Rennes)	ATELIER 6 Malformations anorectales: point de vue pluridisciplinaire Guy Valancogne (Lyon) Pauline Lallemant (Paris) Célia Cretolle (Paris)	ATELIER 10 Prise en charge des vessies neurologiques pendant la grossesse Elsa Bey (Nîmes) Alexia Even (Garches)			
12h00 - 13h30	PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION					
	ATELIERS Amphithéâtre Maupertuis	ATELIERS Rotonde Surcouf	ATELIERS Salle Vauban			
13h30 - 15h00	ATELIER 3 Urodynamique en question : Etude Pression débit : Quand ? Comment ? Pourquoi ? Amandine Guinet-Lacoste (Lyon) Xavier Biardeau (Lille)	ATELIER 7 Incontinence fécale, évaluation et prise en charge, point de vue du MPR, du proctologue et du kinésithérapeute Laurent Siproudhis (Rennes) Gabriel Miget (Paris) Sylvie Billecocq (Paris)	ATELIER 11 Pessaires en 2022 : Prise en charge pluridisciplinaire : Indications, EBM, choix, suivi et surveillance Anne Cécile Pizzoferrato (Caen) Sophie Frignet (Etréchy) Martine Bernard (Evry)			
15h00 - 16h30	ATELIER 4 Aidant sexuel : cadre légal et état des lieux Corinne Berthelot (Saint-Priest-en- Jarez) Kathleen Charvier (Lyon)	ATELIER 8 Syndrome de stress post traumatique et douleurs pelviennes-périnéales chroniques Amélie Levesque (Nantes) Virginie Quistrebert Davanne (Strasbourg)	ATELIER 12 Pelvi-Périnéologie connectée : Applications, Téléconsultations, Autorééducation Grégoire Capon (Bordeaux) Benoît Steenstrup (Saint Etienne) Michel Cosson (Lille)			

### MERCREDI 14 SEPTEMBRE 2022 SIFUD-PP

### 16h30 - 16h40

### **OUVERTURE DU CONGRES SIFUD PP**

**Auditorium Chateaubriand** 

### 16h40 - 17h40

### **BRÈVES DE LA SIFUD-PP**

Auditorium Chateauhriand

Modérateurs : Véronique Phé (Paris), Michel Cosson (Lille), Camille Chesnel (Paris)

- > Bilan urodynamique : pourquoi utiliser les capteurs électroniques ? / Gilberte Robain (Paris)
- Laser, LED, Radiofréquence en pelvi périnéologie de la femme / Sarah Vieillefosse (Clamart)
- > Comment je traite une dyssynergie vésico-sphincterienne en 2022 ? / Xavier Biardeau (Lille)
- > Traitements médicamenteux et énurésie de l'enfant : quand les prescrire ? quand les arrêter ? / Ourdia Bouali (Toulouse)
- La stimulation intra auriculaire du nerf vague a-t-elle une place dans le traitement de l'HAV en 2022 ? / Camille Chesnel (Paris)
- Constipation du patient neurologique : Quelle place pour la caecostomie percutanée par voie endoscopique en 2022 ? / Charlotte Desprez (Lyon)
- > Sténose cutanée des dérivations urinaires continentes en 3 points : Prévalence ? Les éviter ? Les traiter ? / Véronique Phe (Paris)
- > Choisir une BSU et une prothèse de prolapsus ? / Michel Cosson (Lille)

### 17h45 - 18h05

### SESSION FRANCOPHONE

Auditorium Chateaubriant

Modérateurs : Gérard Amarenco (Paris), Michel Cosson (Lille)

> Nycturie / Dr François Hervé (Brussels)

### 18h05 - 18h25

### **SESSION SIUD AND SIFUD-PP**

Auditorium Chateaubriand

Modérateurs : Gérard Amarenco (Paris), Michel Cosson (Lille)

> Is coexistent overactive-underactive bladder a real clinical syndrome ? / Dr Vito Mancini (Italie)

### 18h25 - 18h55

### LE POUR OU CONTRE DU SOIR

Auditorium Chateaubriand

Doit-on traiter chirurgicalement tout reflux en neuro-urologie?

- > Pour / Xavier Gamé (Toulouse)
- > Contre / Pierre Denys (Garches)

### 19h00

**CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SIFUD-PP** 



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



07h30 - 08H00

**ACCUEIL DES PARTICIPANTS** 

### 08h00 - 09h00

### **TABLE RONDE PLENIERE 1**

Auditorium Chateaubriand

Modérateur : Gérard Amarenco (Paris), Andrea Manunta (Rennes), Xavier Deffieux (Clamart)

### L'incontinence urinaire mixte : mécanismes, évaluation et prise en charge

- > Rappels physiopathologiques / Jacques Kerdraon (Ploemeur)
- > Spécificité de l'évaluation et de la prise en charge chez la femme non neurologique / Brigitte Fatton (Nîmes)
- > Spécificité de l'évaluation et de la prise en charge chez le patient neurologique / Charles Joussain (Garches)
- > Spécificité de l'évaluation et de la prise en charge chez l'homme / Laurent Wagner (Nîmes)

### 09h05 - 10h05

### SYMPOSIUM INDUSTRIE

FSK / 09H05 - 10H05

**Auditorium Chateaubriand** 

Regards croisés : L'évolution du parcours de soin et les besoins pluridisciplinaires du blessé médullaire

### 10h05 - 10h35

### **LECTURE**

ditorium Chateaubriand

> Bas appareil urinaire et chirurgie transgenre / Nicolas Morel Journel (Lyon)

#### 10h35 - 11h05

### PAUSE ET VISITE DES STANDS

### 11h05 - 12h00

### **TABLE RONDE**

### **TABLE RONDE 2 A**

### Auditorium Chateaubriand

Modérateurs : Jacques Kerdraon (Ploemeur), Ourdia Bouali (Toulouse)

MEDICAL : Dysraphisme spinal : Prise en charge pelvipérinéale de l'enfant à l'adulte

- Clinique et urodynamique / Claire Hentzen (Paris)
- > Sexualité du spina bifida / Sarah Mathieu (Sciez) et Caroline Voiry (Rennes)
- > Transition enfant/adulte / Pauline Lallemant (Paris)
- Spécificité de la chirurgie urologique / Andrea Manunta (Rennes)

### **TABLE RONDE 2 B**

### Amphithéâtre Maupertuis

Modérateurs : Marie Aimée Perrouin Verbe (Nantes), Sandrine Campagne Loiseau (Clermont Ferrand), Renaud De Tayrac (Nîmes)

CHIRUGICAL : Recommandations HAS

- concernant les complications de la chirurgie prothétiques de l'IUE et du prolapsus
- Dernières analyses de VIGIMESH / Xavier Fritel (Poitiers)
- > Synthèse des recommandations / Jean François Hermieu (Paris)
- > Troubles mictionnels induits / Nadja Stivalet (Paris)
- > Exposition prothétique / Xavier Deffieux (Clamart)
- Douleur et dyspareunie / Maximilien Baron (Nantes)

### 12h00 - 13h30

### RAPPORT DE LA SIFUD

Auditorium Chateaubriand

> EBM et Examen physique pelvi-périnéal chez la femme / Frédérique Le Breton (Paris), Marie-Aimée Perrouin-Verbe (Nantes), Xavier Fritel (Poitiers)

### 3h30 - 14h30

### PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

### SYMPOSIUM INDUSTRIE DEJEUNER

### LABORIE / 13H30-14H00

Salle Vauban

Modération : Jean François HERMIEU

### Evaluer l'insuffisance sphinctérienne féminine

- > Evaluation clinique et par l'imagerie / Xavier FRITEL
- > Evaluation urodynamique / Gilberte Robain
- Comparaison Capteurs à eau
  - Capteurs électroniques / Rana AOUN
- > Conclusions / Jean-François HERMIEU

### CONVATEC / 13H30-14H30 Salle Bouvet

### L'urètre dans tous ses états

- Dernière connaissances sur l'anatomie et la physiologie de l'urètre /
  - Dr Matthieu GRASLAND
- › Lésions urétrales liées au cathétérisme : diagnostic et traitement : La chirurgie réparatrice de l'Urétre / Dr Johann Barkatz
- La dernière génération de lubrification des cathéters grâce aux molécules amphiphiles / David Pollard

### IPSEN / 13H30-14H30 Rotonde Surcouf

Modérateur : Pr Xavier GAME

Mieux vivre avec une hyperactivité neurogène du détrusor : Quelle place pour une nouvelle toxine ?

- > La science pour le patient : Présentation et Analyses de l'étude CONTENT / Pr Pierre DENYS
- > La toxine pour le patient : Impact sur les infections urinaires et la qualité de vie / Pr Gilles KARSENTY
- > Traitement personnalisé : Quel type de traitement pour quelle vessie ? / Dr Marie-Aimée PERROUIN VERBE

### 14h30 - 15h30

### **TABLE RONDE PLENIERE**

iditorium Chateauhrian

Modérateurs : Renaud de Tayrac (Nîmes), Guillaume Meurette (nantes), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Xavier Biardeau (Lille)

### Microbiote(s): Où en sommes-nous en 2022?

- Le microbiote urinaire existe-t-il vraiment ? / Camille Chesnel (Paris)
- Déséquilibre et impact du microbiote vaginal / Lucie Allègre (Nîmes)
- Impact du dysfonctionnement du microbiote digestif sur les troubles digestifs fonctionnels / François Mion (Lyon)
- Microbiote(s) et infections urinaires / Franck Bruyère (Tours)

### 15h30 - 16h00

### MISE AU POINT

Auditorium Chateauhrian

Modérateur : Jean François Hermieu (Paris), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)

> Diagnostic de l'obstruction chez la femme / Benoit Peyronnet (Rennes)

### 16h00 - 16h30

### **BOURSES**

Auditorium Chateaubriand

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

### 16h30 - 17h00

### PAUSE ET VISITE DES STANDS

### 17h00 - 18h30

### **COMMUNICATIONS LIBRES**

### **COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES**

### **Auditorium Chateaubriand**

Modérateurs : Caroline Voiry (Rennes), Christian Saussine (Strasbourg), Stéphane Ploteau (Nantes), Jean Leveque (Rennes)

>Évaluation du vécu des patients lors d'une première consultation de pelvi-périnéologie : de l'interrogatoire à l'examen physique périnéal

Gabriel MIGET, Cécile NLOGA, Claire HENTZEN, Eliane TAN, Frédérique LE BRETON, Maelys TENG, Camille CHESNEL. Gérard AMARENCO

Atteinte radiculaire dans les kystes de Tarlov sacrés et corrélation avec les troubles pelvi périnéaux

Claire HENTZEN, Ivan CABRILO, Prasad MALLADI, Sara SIMEONI, Gérard AMARENCO, Nathalie ZAIDMAN, Mahreen PAKZAD, Sachit SHAH, Adrian CASEY, Inlesh PANICKER

 Performances diagnostiques de l'interrogatoire et de la débitmétrie pour identifier l'effort de poussée abdominale durant la miction

Sami LASRI, Pierre-Luc DEQUIREZ, Emeline CAILLIAU, Laurence QUEVAL, Xavier BIARDEAU

### **COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES**

### Amphithéâtre Maupertuis

Modérateurs : Nicolas Turmel (Paris), Nicolas Hermieu (Paris), Philippe Ferry (La Rochelle), Krystel Nyangoh (Rennes)

 L'insuffisance sphinctérienne congénitale isolée : une cause exceptionnelle d'incontinence urinaire d'effort de l'enfant

Marc FRANÇOT, Fanny PARET, Jérome RIGAUD, Loic LE NORMAND, Marie-Aimée PERROUIN-VERBE, Maximilien BARON

- Evaluation des pratiques françaises dans la prise en charge et le suivi des lésions obstétricales du sphincter anal Marine LALLEMANT, Romane BASSI, Nicolas MOTTET, Raieev RAMANAH
- Sexualité après chirurgie de prolapsus génital et facteurs prédictifs d'absence de douleur lors des rapports sexuels à long terme Stéphanie BARTOLO, Michel COSSON, Arnaud FAUCONNIER, Jean-Philippe LUCOT
- Prise en charge conservatrice versus suture systématique des déchirures périnéales du premier degré ou vaginales isolées l'accouchement : à essai préliminaire d'efficacité randomisé Marine LALLEMANT, Chrystelle VIDAL, Grégory TIO, Aude BOURTEMBOURG, Malek CHEHAB, Guillaume BOITEUX, Rajeev RAMANAH, Lionel PAZART, Didier RIFTHMULLER, Nicolas MOTTET

Infections urinaires en service de rééducation neurologique : Bilan à 8 ans de la mise en place d'indicateurs qualité de suivi des prescriptions d'antibiotiques

Ferhat LOULI, Amandine GUINET-LACOSTE, Emmanuelle CARRE

> Troubles pelvi-périnéaux des femmes ayant des lésions obstétricales du sphincter anal, une étude rétrospective

Sylvie BILLECOCO

- La méconnaissance initiale de l'anatomie périnéale n'influence pas l'apprentissage de l'auto-sondage intermittent chez la femme Gabriel MIGET, Florence LEFAFTA, Claire HENTZEN, Eliane TAN, Frédérique LE BRETON, Rebecca HADDAD, Camille CHESNEL, Gerard AMARENCO
- > Evaluation de l'obstruction urodynamique chez l'homme avec maladie de Parkinson idiopathique

Christophe DANG, Camille CHESNEL, Gabriel MIGET, Maelys TENG, Frederique LE BRETON, Gerard AMARENCO. Claire HENTZEN

Influence de la vitesse de remplissage et de la température du fluide au cours du bilan urodynamique sur la sensibilité et l'hyperactivité détrusorienne chez les patients avec sclérose en plaques

Claire HENTZEN, Camille CHESNEL, Gabriel MIGET, Frédérique LE BRETON, Philippe LAGNAU, Maëlys TENG, Gérard AMARENCO

Impact de sessions d'éducation périnéale chez des adolescentes

Anne-Cécile PIZZOFERRATO, Véronique BLANCHARD, Ophélie ARZEL

- Impact périnéal de l'accouchement d'un foetus en présentation du siège Perrine LEBORNE, Renaud DE TAYRAC, Emmanuelle VINTEJOUX, Zakarya ZEMMACHE, Lucie ALLEGRE, Pascale FABBRO-PERRAY
- > Résultats à long terme de la cystectomie sus trigonale avec enterocystoplastie d'agrandissement par voie coelioscopique robot assistee pour vessie neurologique ou syndrome douloureux vesical/cystite interstitielle

Thomas BATARD, Marie Aimee PERROUIN VERBE

> Résultats de la sacrospinofixation par voie antérieure dans le traitement d'une cystocèle associée ou non à un prolapsus utérin ou du fond vaginal

Benjamin LAMBERT, Céline GIORDANO, Stéphanie BARTOLO, Alessandro RUFFOLO, Sophie DELPLANQUE, Michel COSSON

Cure de fistule vesico-vaginale robotassistée : comparaison des techniques transvésicale et extravésicale

Benoit PEYRONNET, Pierre LECOANET, Thibault TRICARD, Anne MAUGER DE VARENNES, Camille HAUDEBERT, Juliette HASCOET, Imad BENTELLIS, Branwell TIBI, Christian SAUSSINE, Jacques HUBERT

Implantation robot-assistée du sphincter artificiel urinaire AMS-800 chez la femme : une série multicentrique internationale de 182 patientes

Benoit PEYRONNET, Jean-Nicolas CORNU, Olivier BELAS, Grégoire CAPON, Xavier BIARDEAU, Pierre LECOANET, Vincent CARDOT, Shahed BOROJENI, Adrien VIDANT, Frank VAN DER AA

### 18h30 - 19h30

### **SYMPOSIUM INDUSTRIE**

### HOLLISTER / 18H30 - 19H30 Auditorium Chateaubriand

Troubles vésicosphinctériens chez le patient atteint de sclérose en plaques : quelle prise en charge en fonction de l'évolution de la maladie

Pr Pierre Denys (Garches), Dr Xavier Biardeau (Lille), Dr Bénédicte Reiss (Nantes)

### MEDTRONIC / 18H30 - 19H30 Amphithéâtre Maupertuis

Neuromodulation Sacrée : 1 an après : retour d'expérience sur la neuromodulation rechargeable

Dr Benoit Peyronnet (CHU Rennes)

### ABBVIE / 18H30 - 19H15 Salle Bouvet

Atelier pratique d'injection de toxine sur mannequin

### 19h30 - 20h00

### **QUIZ SIFUD PP SUR EXPOSITION**

Organisateurs : Benoit Peyronnet (Rennes) et Rebecca Haddad (Paris)

### 20h00 - 21h00

### **COCKTAIL SUR EXPOSITION**

Ouvert à tous!



\* UNE VRAIE DIFFÉRENCE

# UNE RÉVO LUTION ENTRE VOS MAINS

LoFric® Elle™, la première sonde intermittente au monde avec une poignée en L, permettant d'améliorer le contrôle et de se sonder de façon hygiénique et innovante.

wellspect.fr



LoFric Elle est un dispositif médical de Classe I stérile, à usage unique, fabriqué par Wellspect HealthCare, Mölndal Suède, indiqué dans le sondage urinaire intermittent. Organisme notifié N°2797, Remboursement sécurité sociale à 60% ou 100% pour le patient en A.L.D. Lire attentivement le mode d'emploi. REV : Aout 2022.







07h30 - 08H00

**ACCUEIL DES PARTICIPANTS** 

08h00 - 08h30

**ASSEMBLEE GENEREALE** 

luditorium Chateaubriand

08h30 - 09h00

### **DEBATS**

### DÉBAT MÉDICAL

### **Auditorium Chateaubriand**

Modérateurs : Xavier Biardeau (Lille), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon)

### Reste-il une place pour l'urétrocystomanométrie ?

- > Oui / Gilberte Robain (Paris)
- Non / Jean François Hermieu (Paris)

### DÉBAT CHIRURGICAL

### **Amphithéâtre Maupertuis**

Modérateurs : Philippe Debodinance (Coudekerque), Laurent Wagner (Nîmes)

## Le concept VNotes en chirurgie : 8 minutes pour convaincre (vidéos)

- > vNOTES : principe général et application en chirurgie utéro-annexielle / Michel Cosson (Lille)
- >vNOTES pour le traitement du prolapsus génital / Sandrine Campagne Loiseau (Clermont Ferrand)
- > vNOTES en coloproctologie / Guillaume Meurette (Nantes)

#### 09h00 - 10h00

### **TABLE RONDE**

Auditorium Chateauhriana

Modérateurs : Anne Cécile Pizzoferrato (Caen), Christian Saussine (Starsbourg), Florence Hapillon (Anthysur-Léman), Claire Delleci (Bordeaux)

#### Obésité et IUE de la femme

- > Physiopathologie de l'incontinence urinaire d'effort chez l'obèse / Anne Villot (Caen)
- Les traitements non chirurgicaux chez l'obèse / Evelyne Castel Lacanal (Toulouse)
- > Chirurgie bariatrique ou bandelette sous urétrale / Thibaut Thubert (Nantes)
- Chirurgie urogynécologique chez l'obèse : quand opérer, trucs et astuces et particularités / Caroline Thuillier (Grenoble)

#### 10600 10630

### PAUSE ET VISITE DES STANDS

### 10h30 - 11h00

### **LECTURE DE L'AFU**

Auditorium Chateauhrian

Modérateur : Xavier Gamé (Toulouse), Xavier Deffieux (Clamart), Gilberte Robain (Paris)

Urgences pelvipérinéales / Paul Chiron (Begin)

#### 11h00 - 11h30

### **ETAT DE L'ART**

Iuditorium Chateauhrian

Modérateur : Xavier Gamé (Toulouse), Gilberte Robain (Paris)

> Spasticité pelvi-périnéale : concept et évaluation / Gérard Amarenco (Paris)

### 11h30 - 13h00

### **SEVEN UP**

itorium Chateauhriana

Modérateurs : Philippe Debodinance (Coudekerque), Jacques Kerdraon (Ploemeur), Jean François Hermieu (Paris), Amandine Guinet-Lacoste (Lyon), Xavier Deffieux (Clamart)

- > Etude Knowell / Sylvie BILLECOCO
- > État de santé perçu des femmes après reprise chirurgicale de bandelette sous-urétrale ; à propos de 282 femmes /

Hugo CAMILLI, Brigitte FATTON, Elise GAND, Sandrine CAMPAGNE-LOISEAU, Jerome RIGAUD, Xavier FRITEL

- > Evaluation d'un traitement par neurostimulation électrique transcutanée (TENS) du nerf tibial postérieur des troubles vésico-sphinctériens (TVS) secondaires à un syndrome parkinsonien : Etude multicentrique randomisée contre placebo Uroparktens /
  - Evelyne CASTEL-LACANAL, Benoit PEYRONNET, Gilles KARSENTY, Catherine-Marie LOCHE, Véronique PHÉ, Emmanuel CHARTIER-KASTLER, Xavier BIARDEAU, Alexia EVEN, Pierre DENYS, Amandine GUINET-LACOSTE, Alain Ruffion, Stéphane Bart, Xavier Gamé
- > Validation d'un questionnaire spécifique des troubles anorectaux dans la Sclérose en plaques : STAR-0 (Symptoms' assessment of AnoRectal dysfunction in Multiple sclerosis) / Eliane TAN, Nicolas TURMEL, Jacques KERDRAON, Amandine GUINET-LACOSTE, Jean-Gabriel PRÉVINAIRE, Evelyne CASTEL-LACANAL, Alexia EVEN, Camille CHESNEL, Claire HENTZEN, Gérard AMARENCO
- > Association entre fragilité et l'hyperactivité-hypocontractilité du détrusor chez la femme âgée / Ong Damien LY, Yves DEYRA, Emmanuel CHARTIER KASTLER, Karine LOISEAU, Gilberte ROBAIN, Rebecca HADDAD
- > Récidive d'incontinence urinaire d'effort après révision chirurgicale de bandelette sous urétrale : prévalence et facteurs de risque /
  - Benoit PEYRONNET, Jeanne-Claire SIX, Marion PINSARD, Sonia GUERIN, Anis GASMI, Claire RICHARD, Camille HAUDEBERT, Krystel NYANGOH TIMOH, Juliette HASCOET
- > Quelle est la meilleure stratégie de révision en cas de dysfonction non mécanique d'un sphincter artificiel urinaire chez l'homme : une étude multicentrique /
  - Tiffany COUSIN, Imad BENTELLIS, Mehdi EL-AKRI, Jean-François HERMIEU, Xavier GAMÉ, Xavier BIARDEAU, Pierre LECOANET, Thibault TRICARD, Grégoire CAPON, Benoit PEYRONNET

### 13h00 - 14h00

### PAUSE DÉJEUNER SUR EXPOSITION

### SYMPOSIUM INDUSTRIE DEJEUNER

### **COLOPLAST / 13H00 - 14H00**

Salle Bouvet

SEP et Troubles urinaires : faut-il être maximaliste d'emblée ?

Pierre Denys (Garches)

### 14h05 - 15h35

### **COMMUNICATIONS LIBRES**

### **COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES**

### **Auditorium Chateaubriand**

Modérateurs : Pierre Denys (Garches), Renaud De Tayrac (Nîmes), Benoit Steenstrup (Saint Etienne), François Mion (Lyon)

 Efficacité clinique et urodynamique à long terme des chirurgies d'entéro-cystoplastie avec cystectomie sus-trigonale chez les patients blessés médullaires

Astrid BALANÇA, Alexia EVEN, Claire MALOT, Emmanuel CHARTIER-KASTLER, Pierre DENYS, Charles JOUSSAIN

Qualité de vie et adhésion à la stomie à court terme (3 mois); résultats de la cohorte Mionol

Guillaume MEURETTE, Timothée VIGNAUD, Souad MEILLASSOUX, Eric VICAUT

Nycturie et polyurie nocturne chez les patients atteints de dysraphisme spinal

Rebecca HADDAD, Ong Damien LY, Yves DEYRA, Karine LOISEAU, Gilberte ROBAIN

Identification des facteurs influençant le choix du pessaire pour les femmes ayant un prolapsus génital : une étude exploratoire utilisant un entretien semi-directif

Marie Amélie LEQUOY, Xavier DEFFIEUX, Odile COTELLE, Léa MORAND FRENETTE

### **COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES**

### Amphithéâtre Maupertuis

Modérateurs : Ourdia Bouali (Toulouse), Xavier Fritel (Poitiers), Emmanuel Chartier Kastler (Paris), Juliette Hascoët (Rennes)

 Efficacité et révisions des sphincters urinaires artificiels dans la population des hommes âgés de plus de 75 ans

Camille GIRARD, Mehdi EL AKRI, Matthieu DURAND, Benoit PEYRONNET, Imad BENTELLIS, Xavier GAME, Jean Nicolas CORNU, Jean François HERMIEU, Grégoire CAPON, Thibault TICARD

 Uréthroplastie distale d'avancement dans les sténoses de l'urètre féminin

Claire RICHARD, Benoit PEYRONNET, Alice DRAIN, Juliette HASCOET, Nirit ROSENBLUM, Rachael D SUSSMAN, Lucas FRETON, Lee ZHAO, Victor NITTI, Benjamin BRUCKER

La technique du plastron associée à la sacrospinofixation antérieure : une nouvelle approche pour le traitement du prolapsus de la paroi vaginale antérieure et apicale

Alessandro Ferdinando RUFFOLO, Céline GIORDANO, Stéphanie BARTOLO, Benjamin LAMBERT, Sophie DELPLANQUE, Michel COSSON

Grossesse après chirurgie de la statique pelvienne

Maëva SANCHEZ

Modifications de la sensibilité ano-rectale et ses relations avec la constipation, l'incontinence fécale, le temps de transit colique et les paramètres urodynamiques chez les patients atteints de sclérose en plaques

Maelys TENG, Claire HENTZEN, Camille CHESNEL, Eliane TAN, Philippe LAGNAU, Gabriel MIGET, Nicolas TURMEL, Gérard AMARENCO

Résultats de la neurostimulation transcutanée du nerf tibial postérieur dans les troubles vésico-sphinctériens de l'enfant : une série de 145 patients consécutifs

Aline RANKE, Julie LIÉNARD, Olivier LARMURE, Nicolas BERTE, Vladimir GOMOLA, Jean-Louis LEMELLE

Quelle est l'efficacité des réglages de la stimulation sacrée après implantation définitive pour incontinence fécale?

Charlotte DESPREZ, Audrey GRANGE, Guillaume GOURCEROL, Valérie BRIDOUX, Anne-Marie LEROI

- Incontinence urinaire et rééducation : Enquête quantitative auprès de femmes de 30 à 65 ans Benoit STEENSTRUP, Camille PANNOZZO, Nathalie OUOUE
- > Adhésion et barrières au sondage intermittent propre chez une population musulmane

Ryme EL BELOUI, Hajar ABOUIHSANE, Sara HADIR, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI  Cystostomie continente robotique avec dérivation urinaire intra-corporelle : de bons résultats fonctionnels

Camille HAUDEBERT, Claire RICHARD, Juliette HASCOET, Andrea MANUNTA, Caroline VOIRY, Emmanuelle SAMSON, Jacques KERDRAON, Benoit PEYRONNET

Intérêt de la Résection de Brides Hyménéales dans le Traitement des Cystites Post-coïtales Récidivantes

Camille DESCAZEAUD, Gilles CUVELIER, Aurélien DESCAZEAUD, Brieuc GESTIN, Anton RIVET, Nadia SAÏDANI

Plastie YV robotique pour sclérose de col vésical versus sténose de l'anastomose vésicourétral

Lucas FRETON, Claire RICHARD, Zineddine KHENE, Juliette HASCOET, Gregory VERHOEST, Romain MATHIEU, Quentin VESVAL, Lee ZHAO, Karim BENSALAH, Benoit PEYRONNET

LE BULKAMID® : une alternative pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort

Noémie SAIAG, Antoine PELHUCHE, Stéphanie STÉPHANIE BEREZNEFF, Herve FERNANDEZ, Elodie DEBRAS

Injections péri-urétrales de Bulkamid® sous anesthésie locale, en consultation et en ambulatoire dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme : résultats préliminaires

Brice FAURIE, Hascoet JULIETTE, Claire RICHARD, Camille HAUDEBERT, Mehdi EL-AKRI, Lucas FRETON, Caroline VOIRY, Andrea MANUNTA, Benoit PEYRONNET

### 15h40 - 16h20

### **SESSION INTERACTIVE**

Auditorium Chateaubriand

- > « Un homme et une femme » RCP de pelvipérinéologie SIFUD PP / Discutants : Florence Hapillon (Anthy-sur-Léman), Benoit Parratte (Besançon), Philippe Ferry (La Rochelle), Emmanuel Chartier Kastler (Paris), Alexia Even (Garches), Isabelle Barbesange (Clamart)
- > Cas clinique homme / Ugo Pinar (Paris)
- > Cas clinique femme / Philippe Ferry (La Rochelle)

16h20 - 17h00

**REMISE DES PRIX** 

Auditorium Chateaubriano

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

17h00

**FIN DU CONGRES** 



> CYSTECTOMIE SUS-TRIGONALE ET ENTEROCYSTOPLASTIE D'AGRANDISSEMENT ROBOT-ASSISTEE POUR VESSIE NEUROLOGIQUE CHEZ L'ADULTE : COMPARAISON DE LA DERIVATION EXTRA-CORPORELLE ET INTRA-CORPORELLE

Benoit PEYRONNET, Pierre LECOANET, Adil MELLOUKI, Juliette HASCOET, Branwell TIBI, Andrea MANUNTA, Younès ALLAHAL, Emmanuelle SAMSON, Imad BENTELLIS - Service D'urologie Chu Rennes, France, Service D'urologie Chu Nancy, France, Service D'urologie Chu Nice, France, Service De Mpr Chu Rennes, France

> UNE REVUE SYSTEMATIQUE DES INTERVENTIONS DE KINESITHERAPIE FONCTIONNELLE HOLISTIQUE Supervisee apres prostatectomie

Benoit STEENSTRUP, Marie CARTIER, François Xavier NOUHAUD, Maxime GILLIAUX - Chu Rouen, France, Hôpital La Musse, France

> ETUDE DE LA SATISFACTION DES INTERNES ET DES JEUNES CHEFS EN MPR A UNE FORMATION DISPENSEE PAR UNE UNITE MOBILE DE SIMULATION AU SUJET DE L'ANNONCE CHEZ LE PATIENT BLESSE MEDIII LAIRES

Audrey BRINGER, Philippe GRISE, Louis SIBERT - Hôpital La Musse Et Chu Rouen, France, Médical Training Center Chu Rouen, France, Médical Training Center Chu Rouen Et Service Urologie Chu Rouen, France

> COMPARAISON DE L'IMPLANTATION ROBOT-ASSISTEE DU SPHINCTER ARTIFICIEL CHEZ LA FEMME VS.
IMPLANTATION BULBAIRE DU SPHINCTER URINAIRE ARTIFICIEL CHEZ L'HOMME POUR L'INCONTINENCE
URINAIRE D'EFFORT NON NEUROGENE

Benoit PEYRONNET, Alexandre DUBOIS, Valentine LETHUILLIER, Claire RICHARD, Camille HAUDEBERT, Imad BENTELLIS, Mehdi EL-AKRI, Lucas FRETON, Andrea MANUNTA, Juliette HASCOET - Service D'urologie Chu Rennes. France

- » « INDICATIONS, EFFICACITE, SATISFACTION EN PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA NEUROSTIMULATION TIBIALE POSTERIEURE DANS L'HYPERACTIVITE VESICALE: ETUDE PROSPECTIVE A 3 MOIS » Alexandre BAUDRY, Rana AOUN, Yohann GRASSANO, Jean-François HERMIEU, Nicolas HERMIEU - Université De Paris
- > EST-CE QUE LES PARAMETRES DE LA FONCTION DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN DIFFERENT CHEZ LES FEMMES EN FONCTION DE LEUR STATUT DE CONTINENCE ? UNE REVUE SYSTEMATIQUE Benoit STEENSTRUP, Albane AUDRAIN. Yann COMBRET - Chu Rouen, France, Ifmk Rouen, France
- > IMPACT DES RETENTISSEMENT PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL SUR LES PATIENTES AYANT DES SYMPTOMES D'INCONTINENCE URINAIRE. UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE.

  Benoit STEENSTRUP, Pauline JOSSE, Renaud DE TAYRAC, Maxime GILLIAUX Chu Rouen, France, Hôpital La Musse, France, Chu Nîmes, France
- > IMPACT DES MODIFICATIONS DES COURBURES VERTEBRALES SAGITTALES LIEES A L'AGE SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES PELVIENS. UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE Benoit STEENSTRUP, Jean Nicolas CORNU, Maxime GILLIAUX Chu Rouen, France, Hôpital La Musse, France



> TROUBLES VESICO SPHINCTERIENS CHEZ LES BLESSES MEDULLAIRES : INTERET DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU SONDAGE INTERMITTENT PROPRE

Ryme EL BELOUI, Hajar ABOUIHSANE, Rime DADES, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI -Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Maroc

> PROFIL URODYNAMIQUE DANS LES SCLEROSES COMBINEES DE LA MOELLE AVEC TROUBLE VESICO-Sphincteriens

Dr Mouad YAZIDI, Dr H. ABOUIHSANE, Dr K. ABDELHAKIM, Dr R. DADES, Pr N. KYAL, Pr F. LMIDMANI, Pr A. EL Fatimi

> EFFICACITE DE LA NEUROSTIMULATION TIBIALE POSTERIEURE CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE VESSIE NEUROLOGIQUE MESUREE PAR DEBITMETRIE, ETUDE PILOTE

Lisa VIALLARD, Caroline VOIRY, Stephanie MAZE, Isabelle BONAN, Benoit PEYRONNET - Chu Rennes, France

- > RETENTION URINAIRE EN POST-PARTUM. UNE ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE
  Anne-Cécile PIZZOFERRATO, Sylvie BILLECOCQ Service De Gynécologie-Obstétrique Chu Caen Normandie,
  France, Maternité Notre-Dame-De-Bon-Secours, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, France
- > INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT D'UN ENFANT NE SANS VIE SUR LES DECHIRURES PERINEALES

  Marine LALLEMANT, Thibaud BOUDRY, Rajeev RAMANAH, Nicolas MOTTET Service De GynécologieObstétrique, Chu Besancon, France
- > RETENTION AIGUË D'URINE DANS LE POST PARTUM ÉTUDE CAS-TEMOINS
  Lucie CHAUDEY, Bertrand GACHON Interne De Gynécologie Obstétrique, France, Gynécologue obstétricien,
  CHU de Poitiers, France
- > EFFICACITE COMPARATIVE DE L'ABOBOTULINUMTOXINA DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE NEUROGENE REFRACTAIRE DU DETRUSOR : COMPARAISON INDIRECTE DES TRAITEMENTS Charbel MOUAWAD - Josen, France
- > ASSOCIATION ENTRE COMORBIDITES ET L'HYPERACTIVITE-HYPOACTIVITE DU DETRUSOR CHEZ LES FEMMES AGEES NEUROLOGIQUES.

Ong Damien LY, Yves DEYRA, Emmanuel CHARTIER KASTLER, Karine LOISEAU, Gilberte ROBAIN, Rebecca HADDAD - Département De Médecine Physique Et De Réadaptation, Hôpital Rothschild, France, Département D'urologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, France

> BILAN URODYNAMIQUE ET FIBROME UTERIN , QUEL INTERET ?

Zaineb TAHRI, Hakim BOURRA, Taha ZINEDDINE, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif ELFATIMI - Chu Ibn Rochd

## RESUMÉ DES CONFÉRENCES

### **JEUDI 15 SEPTEMBRE**

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30 ÉVALUATION DU VECU DES PATIENTS LORS D'UNE PREMIERE CONSULTATION DE PELVI-PERINEOLOGIE : DE L'INTERROGATOIRE A L'EXAMEN PHYSIQUE PERINEAL

**MIGET Gabriel** 

### **INTRODUCTION**

La démarche diagnostique, l'identification des mécanismes physiopathologiques ou du lien étio-pathogénique ainsi que la spécificité des manifestations et symptômes pelvi-périnéaux en neuro-urologie impose la réalisation d'un interrogatoire policier, précis, qui s'engouffre dans l'intimité des patients. Ces questions peuvent parfois heurter une certaine pudeur. De façon associée, la réalisation d'un examen physique périnéal (troubles statiques, sensibilité, tonus, reflexe sacrés) est un examen intrusif pouvant être mal vécu par certains patients. Ces ressentis négatifs peuvent être péjoratifs dans l'objectif de la mise en place d'une relation de soins optimale. Nous avons souhaité évaluer le vécu des patients bénéficiant d'une première consultation motivée par la présence de troubles pelvi-périnéaux.

### **MÉTHODES**

Nous avons effectué étude prospective et monocentrique au sein d'un service tertiaire spécialisé en neuro-urologie. Quatre-vingt-treize sujets ont été inclus de façon consécutive, au décours d'une première consultation effectuée dans notre service. Chaque sujet inclus devait, s'il l'acceptait, remplir un questionnaire strictement anonyme au décours de cette consultation. N'étaient pas inclus, les sujets mineurs, les sujets ne comprenant ou ne lisant pas le français, les sujets présentant des troubles cognitifs ne permettant pas de répondre au questionnaire et les sujets ayant bénéficié d'une exploration complémentaire (bilan urodynamique, EMG, manométrie) de façon concomitante à la consultation.

Le contenu du questionnaire, afin de répondre à nos objectifs, avait été discuté et validé au cours de 4 réunions d'experts qui comprenaient des médecins MPR, urologues et infirmières diplômées d'état. L'âge, le motif principal de consultation, la pathologie principale sousjacente, le niveau scolaire, le niveau socio-économique étaient recueillis. Plus précisément, et afin de répondre à notre objectif, les données suivantes ont été recueillies : sentiment/ réactions envers les questions d'interrogatoire qui concernaient les troubles vésicosphinctériens, anorectaux ou génito-sexuels (choquantes, gênantes, inattendues, acceptables, aidantes / nécessaires, étonnantes, intrusives) noté sur une échelle de type Likert à 4 niveaux (pas du tout, un peu, moyennement, énormément) Si un examen périnéal était réalisé, les sujets devaient répondre également par une échelle Likert à 4 niveaux à des questions concernant la bonne compréhension et explication du déroulé de l'examen, son intérêt, le respect de l'intimité, le sentiment de confiance ou d'aisance lors de l'examen.

### **PRÉSULTATS**

Quatre-vingt-treize sujets ont été inclus, dont 59 (63.4%) étaient des femmes. Seulement 12 (12,9%) étaient accompagné lors de la consultation dont l'ensemble avait été réalisé par 7 médecins thèsés différents. Plus de 50% des sujets présentaient une pathologie neurologique, 76% des femmes avaient des antécédents gynécologiques et 30% des hommes avaient des antécédents prostatiques. Enfin, 41 (44.1%) rapportaient avoir déjà bénéficié, dans leur histoire médicale, d'un examen périnéal avec toucher pelvien.

Soixante-seize pourcents des sujets présentaient des troubles vésico-sphinctérien, 34% des troubles anorectaux et 14% des rapportaient des troubles génito-sexuels. Treize sujets (14%) présentaient des douleurs périnéales.

Concernant la perception des questions de l'interrogatoire, moins de 15% des sujets trouvaient les questions moyennement ou énormément « choquantes », « gênantes », « inattendues », « étonnantes » ou « intrusives », que ces questions s'intéressent aux troubles vésico-sphinctériens, anorectaux ou génito-sexuels. Les comparaisons selon le sexe, la présence d'antécédents urogynécologiques ou la lecture préalable à la consultation d'une notice spécifique d'information du service ne montraient de différence significative.

Au cours de la consultation, 39% des sujets avaient bénéfice d'un examen périnéal. Parmi ces sujets, 100% rapportaient être entièrement en confiance lors de sa réalisation et plus de 85% des sujets avaient parfaitement compris l'intérêt et les modalités de réalisation de l'examen, effectué dans 100% des cas dans le respect de l'intimité. Pour autant, 42% des sujets rapportait être mal à l'aise pendant cet examen physique. Les comparaisons selon le sexe, la présence d'antécédents urogynécologiques ou la lecture préalable à la consultation d'une notice spécifique d'information du service ne montraient de différence significative. Pour autant, parmi les sujets n'ayant pas pris connaissance de la notice explicative spécifique à notre service avant la consultation, 19 sujets (20%) rapportaient que sa lecture modifiait la perception globale de la consultation à son terme. La satisfaction globale des sujets au terme de la consultation était de 9.4/10 (SD=1.1).

### CONCLUSION

L'interrogatoire et l'examen physique peuvent être, de façon inhérente aux troubles qu'ils évaluent, perçus comme dérangeants ou intrusifs et être mal vécus, entrainant nombre de sentiments potentiellement péjoratifs pour la mise en place d'une relation de soin optimale. Alors que chez la très grande majorité des patients, les questions d'interrogatoire sont bien acceptées et leur intérêt bien identifié, dans près de 15% des cas, les questions posées sont perçues comme choquantes, gênantes ou intrusives. L'intérêt de l'examen neuro-périnéal est dans la très grande majorité bien assimilée mais près d'un sujet sur 2 se rapporte gêner. L'information des patients par l'intermédiaire de notices spécifiques avant la réalisation de la consultation de neuro-urologie pourrait-être un moyen d'améliorer la compréhension et le vécu des patients au cours de celle-ci. Pour autant, l'information directe, également indispensable notamment pour recueillir le consentement en cas d'examen périnéal, semble prévaloir à la version écrite.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30

### ATTEINTE RADICULAIRE DANS LES KYSTES DE TARLOV SACRES ET CORRELATION AVEC LES TROUBLES PELVI PERINEAUX

**HENTZEN Claire** 

### **OBJECTIFS**

Les kystes de Tarlov sont généralement considérés comme fortuits et asymptomatiques sur les imageries lombo-sacrées. Les études récentes suggèrent cependant leur possible association avec des symptômes neurologiques comme les douleurs neuropathiques, les troubles de la sensibilité et les troubles vésico-sphinctériens. L'objectif de cette étude était d'explorer l'impact des kystes de Tarlov sur les racines sacrées par une évaluation neurophysiologique périnéale, et de corréler les atteintes neurophysiologiques aux symptômes cliniques et aux données de l'IRM lombo-sacrée.

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les patients consécutifs avec kystes de Tarlov adressés dans un contexte de symptômes pelvi-périnéaux tels qui soient, et ayant bénéficié d'une évaluation neurophysiologique périnéale ont été inclus dans cette étude transversale. Les symptômes pelvi périnéaux - urinaires, anorectaux, génito-sexuels, douleur - ont été évalués par des questionnaires validés. Les données de l'évaluation neurophysiologique périnéale incluant les potentiels évoqués somesthésiques (PES) par stimulation pudendale, les PES par stimulation des dermatomes sacrés S2 et S3, et l'électromyographie du sphincter anal externe, et les données de l'IRM lombo sacrée ont été collectées rétrospectivement. Les liens entre les tests neurophysiologiques, les données de l'IRM et les symptômes rapportés par les patients ont été évalués par des tests de Fisher pour les données qualitatives et des tests ANOVA pour les données quantitatives.

### **PRÉSULTATS**

Soixante-cinq patientes ont été inclues (âge moyen  $51,2\pm12,1$  ans). Le symptôme le plus fréquemment rapporté était la douleur (92%). Les troubles urinaires (91%), anorectaux (71%) et sexuels (80%) étaient également fréquents. Trente-sept patients (57%) avaient des anomalies retrouvées à l'exploration neurophysiologique, reflétant une atteinte des racines sacrées. Il n'a pas été retrouvé d'association entre les données de l'IRM (taille du/ des kyste(s), localisation, sévérité de la compression) et l'atteinte radiculaire à l'exploration neurophysiologique. Une association négative a été observée entre les anomalies neurophysiologiques et la présence d'une incontinence urinaire sur urgenturie (p=0,03), une hyperactivité détrusorienne (p<0,01), et une incontinence urinaire à l'effort (p=0,04).

### **CONCLUSION**

Contrairement à ce qui est habituellement rapporté, les kystes de Tarlov peuvent induire une atteinte des racines sacrées, et ce chez la majorité des patients présentant des kystes suspects d'être symptomatiques. La présence d'une incontinence urinaire sur urgenturie ou à l'effort n'est pas un élément en faveur d'une atteinte radiculaire liée au(x) kyste(s), et n'est pas à considérer comme étant en lien avec le(s) kyste(s).

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30 PERFORMANCES DIAGNOSTIQUES DE L'INTERROGATOIRE ET DE LA DEBITMETRIE POUR IDENTIFIER L'EFFORT DE POUSSEE ABDOMINALE DURANT LA MICTION

LASRI Sami

### **OBJECTIFS**

Évaluer les performances diagnostiques de l'interrogatoire et de la débitmétrie pour identifier l'effort de poussée abdominale durant la miction.

### **MÉTHODES**

Tous les patients consécutifs qui ont bénéficié d'un bilan urodynamique - incluant une débitmétrie libre finale associée à une surveillance de la pression intra-rectale - entre 2020 et 2021 dans notre département d'urologie ont été considérés comme éligibles. Les courbes de pression intra-rectale (gold-standard) ont été examinées par 3 urologues seniors pour déterminer la présence d'un effort de poussée durant la miction. L'impression d'effort de poussée pour uriner du patient a été évaluée au moment de la débitmétrie. Les courbes de débitmétrie libre ont été soumises rétrospectivement pour interprétation à 3 groupes de différents niveaux d'expérience (internes, médecins juniors, médecins séniors). Chaque groupe était composé de 3 examinateurs qui étaient indépendants et en aveugle de la pression intra-rectale. Les performances diagnostiques associées à l'interrogatoire du patient et les performances diagnostiques ainsi que la corrélation inter- et intra-examinateur associées à la débitmétrie libre ont été évaluées.

### **RÉSULTATS**

Au total, 282 patients neurogènes et non-neurogènes ont été inclus dans l'étude. L'interrogatoire du patient pour identifier l'effort de poussée durant la miction était associé à une sensibilité, une spécificité, une valeur prédictive positive (VPP) et une valeur prédictive négative (VPN) de 68,4%, 63,9%, 68,0% et 64,3%, respectivement. La débitmétrie libre finale était associée à une sensibilité, une spécificité, une VPP et une VPN de 60,4 %, 75,1 %, 73,1 % et 62,8 %, respectivement. La concordance inter- et intra-examinateur a été jugée modérée à faible, variant entre 0,17-0,72 et 0,58-0,79, respectivement.

### CONCLUSION

L'interrogatoire avec le patient et la débitmétrie libre ne sont pas suffisamment fiables pour être pris en compte dans le diagnostic de l'effort de poussée abdominale per mictionnel.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30 INFECTIONS URINAIRES EN SERVICE DE REEDUCATION NEUROLOGIQUE : BILAN A 8 ANS DE LA MISE EN PLACE D'INDICATEURS QUALITE DE SUIVI DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES

**LOULI Ferhat** 

### **OBJECTIFS**

Les patients médullo ou cérébro-lésés, avec vessie neurologique, développent des infections urinaires (IU) préoccupantes par leur fréquence et leur gravité. L'IU est la première cause de morbidité, d'hospitalisation et la deuxième cause de mortalité chez ces sujets. Les antibiothérapies itératives qui en découlent favorisent la sélection de germes résistants et engendrent des surcoûts liés à la prise en charge médicale des patients.

Afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique des IU et limiter l'apparition de résistances, nous nous sommes engagés depuis 2014 dans une démarche continue d'évaluation de la qualité. En plus de l'analyse des prescriptions d'antibiotiques (ATB) de notre établissement SSR de 150 lits, nous avons mis en place le suivi en routine de trois indicateurs qualité (IQ) de bon usage dans les IU. L'objectif est de suivre l'évolution de ces indicateurs afin de montrer l'impact du suivi des prescriptions ATB au long cours. Notre travail présente le bilan de ce suivi huit ans après sa mise en place.

### MATÉRIFI ET MÉTHODE

Toutes les prescriptions d'ATB des IU sont analysées par les pharmaciens, à l'instauration du traitement puis deux fois par semaine. Les données cliniques et relatives à l'antibiothérapie sont collectées à l'aide du logiciel de prescription Easily® et enregistrées dans un tableau Excel. Pour les IU, 3 IQ sont suivis en routine : conformité à la durée, conformité à la posologie et conformité à l'antibiogramme (ATBg) à J0 si le traitement est documenté et après réévaluation si le traitement est probabiliste. Les référentiels utilisés sont ceux de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, ainsi que thériaque. Une réunion médico-pharmaceutique trimestrielle permet de discuter des cas complexes et de valider a posteriori la conformité aux indicateurs. Un bilan des IU prises en charge dans nos services est également réalisé annuellement, permettant une analyse de la population traitée, des germes identifiés ainsi que des antibiotiques utilisés. Ce travail présente le bilan 2014 2021 des IU suivies dans notre SSR et des 3 indicateurs qualité.

### **PÉSULTATS**

### Population:

De 2014 à 2021, 495 personnes ont été prises en charge, 66% d'hommes et 34% de femmes. Ce rapport reste constant d'une année à une autre. L'âge moyen de la population étudiée est de 51 ans [17 à 91 ans]. Deux tiers des patients sont âgés de 30 à 64 ans. Les moins de 30 ans et les plus de 64 ans représentent respectivement 10 et 23% de la population.

### Germes:

934 épisodes d'infections urinaires ont été analysés, avec une moyenne de 117 épisodes annuels. Près de 94% des épisodes traités ont fait l'objet d'un ECBU suivi d'une culture bactérienne.

Les entérobactéries représentent 83% des germes responsables d'IU. Les bactéries les plus identifiées sont E. Coli et K. Pneumoniae. Leur taux annuel moyen est de 46% et 20% respectivement. En troisième position, on détecte en fonction de l'année soit P. mirabilis (6 à 14%), P. Aeruginosa (13% en 2021) ou E. Faecalis (8% en 2020). On identifie deux à trois germes simultanément dans 17% des cas.

### Antibiotiques:

Nous avons analysé 1300 lignes de prescriptions correspondant aux 934 épisodes d'infections urinaires. La moyenne annuelle est de 163 lignes de prescriptions. Dans 66% de cas, le traitement a été instauré après réalisation d'un antibiogramme.

Les trois familles: pénicillines, céphalosporines et fluoroquinolones (FQ) représentent 70% des ATB prescrits. De 2016 à 2021, la prescription des aminosides a progressivement diminué de 13 à 1% car ils ont été de moins en moins instaurés en probabiliste. A ce jour, lls sont utilisés en cas d'aggravation des infections, notamment si le patient présente un pic fébrile (suspicion d'une bactériémie) malgré l'antibiothérapie. Leur durée de traitement a également été réduite de 3 à 1 jour en moyenne. Cela est en adéquation avec les recommandations qui stipulent que l'usage des aminosides doit être réservé principalement aux infections urinaires associées aux soins (IUAS) avec signes initiaux de gravité, risque d'infection à BMR et/ou allergies aux béta-lactamines3.

Depuis 2018, le recours à un traitement en prise unique par la fosfomycine 3g chez la femme est parfois réalisé, traitement instauré au livret thérapeutique en 2018.

A partir de 2018, la documentation des antibiothérapies probabilistes a augmenté d'environ 11%. Le recours aux FQ a diminué de 29% en 2016 à 13% en 2020, cette famille d'ATB étant moins prescrite en probabiliste. Cette évolution est favorable au bon usage des antibiotiques. En effet, les FQ sont recommandées en probabiliste (et en dernier choix) uniquement en cas de cystite simple ou de prostatite. On observe également une augmentation des prescriptions de sulfamides après réalisation d'antibiogramme au détriment des FQ car chez les patients avec neurovessie, le taux d'IUAS à répétitions et de colonisations sont élevés, la prescription répétée des FQ (notamment de moins de 6 mois) n'est donc pas recommandée. Cela augmente l'émergence de BMR.

Le taux des bi/trithérapies diminue d'une année à une autre depuis 2016, notamment du fait de la diminution des co-prescritions des aminosides.

### Conformité aux indicateurs de qualité et interventions pharmaceutiques (IP):

Le nombre d'IP a augmenté après la mise en place du suivi des IQ pour atteindre un pic de 71 et 57 IP respectivement en 2015 et 2016. Depuis 2017, et la mise en place d'une réunion de sensibilisation systématique des internes en médecine, en début de chaque semestre, le taux d'IP varie entre 20 et 35 IP/an. Les IP réalisées ont été acceptées dans 61% des cas.

### Durée de traitement :

Plus de la moitié des IP réalisées (55%) concernent la durée de traitement. Cela correspond soit à une durée non-mentionnée sur la prescription, soit à une durée indiquée non-conforme aux recommandations ou inadéquate par rapport au contexte clinique du patient. La conformité de la durée de traitement aux recommandations a diminué de 98.5% en 2016 à 88% en 2020. Une amélioration de 6% (94%) a été réalisée en 2021 à la suite d'une sensibilisation des internes en médecine et prescripteurs plus précoce, dès le 1er mois de chaque semestre.

### Choix de la molécule, antibiogramme et recommandations :

Le pharmacien effectue une IP sur le choix de la molécule dans 1 cas sur 5, pour être en conformité aux recommandations ou à l'antibiogramme. Le taux de conformité du choix de l'antibiotique à l'antibiogramme reste très élevé depuis 2014. Cet indicateur observé à postériori au vu du traitement réellement reçu par le patient reflète la bonne collaboration médico-pharmaceutique pour la prise en charge optimale du patient. Ce taux est égal à 100% durant 5 années sur 8, avec une moyenne à 99,03%.

### Posologie & voie d'administration :

Les IP sur la posologie et la voie d'administration représentent respectivement environ 10 et 4% de la totalité des IP réalisées. La conformité des posologies aux recommandations est en moyenne égale à 99,64%.

### CONCLUSION:

Le suivi des prescriptions d'antibiotiques prescrits pour traiter les infections urinaires symptomatiques des patients avec vessies neurologiques, hospitalisés en service de SSR, est une activité importante et chronophage réalisée par l'équipe pharmaceutique en collaboration avec les prescripteurs. Elle repose sur différentes actions : l'analyse des prescriptions, la réalisation d'interventions pharmaceutiques et l'échange avec les prescripteurs, le suivi des trois indicateurs qualité avec retour sur les dossiers complexes lors de réunions médico-pharmaceutiques, enfin sur la sensibilisation des internes et des prescripteurs séniors à chaque début de semestre. La mise en place des IQ a pu mettre en évidence une évolution favorable de la qualité des prescriptions en adéquation avec les recommandations. Cette évolution favorable s'explique par la bonne collaboration médico-pharmaceutique mais aussi par la publication de recommandations plus précises en termes de choix de molécules et de durée de traitement. Ces bons résultats montrent la nécessité de pérenniser ce suivi et de poursuivre la sensibilisation des prescripteurs à chaque début de semestre, la période de changement des internes apparaissant la période la plus critique.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30 TROUBLES PELVI-PERINEAUX DES FEMMES AYANT DES LESIONS OBSTETRICALES DU SPHINCTER ANAL, UNE ETUDE RETROSPECTIVE

**BILLECOCQ Sylvie** 

### **CONTEXTE**

La prévalence des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) est en augmentation et estimée à 5,9%, les LOSA sont responsables de troubles pelvipérinéaux. Ils impactent la qualité de vie chez 37% des patientes<sup>(1)</sup>.

Dans la littérature, le dépistage des troubles pelvi-périnéaux (TPP) proposés à 1 semaine concernait l'incontinence anale, l'incontinence fécale (IF), l'incontinence urinaire d'effort (IUE) et l'incontinence par urgenturie (IUU)<sup>(2)</sup>; à 6 semaines, il concernait l'IA<sup>(3)</sup> et l'IF<sup>(4)</sup>. Aucun auteur n'a évalué dans le postpartum immédiat la rétention urinaire et à 6 semaines la dysurie, la double incontinence (DI), la constipation, les symptômes de troubles de la statique pelvienne, l'association des symptômes ni l'évolution des symptômes.

### **OBJECTIFS**

Recenser les troubles pelvi-périnéaux des femmes ayant eu des LOSA pendant leur séjour en suite de couches (SDC) et à 5 semaines de leur accouchement.

Etudier la prévalence des symptômes en fonction du grade de la lésion.

Etudier la prévalence des symptômes en fonction de l'utilisation de l'aide instrumentale ou non. Etudier l'évolution de ces symptômes entre les suites de couches et le bilan réalisé à 5 semaines.

Décrire les différents tableaux cliniques de TPP rencontrés.

### MÉTHODE:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 84 bilans pré-rééducation de femmes présentant des LOSA parmi 1845 bilans effectués entre juillet 2016 et février 2021 à 5 semaine en postpartum. Les TPP étudiés étaient l'incontinence anale (score de St Marks), la constipation (critères de Rome III), l'incontinence urinaire (score Urinary Symptoms Profil), les troubles de la statique pelvienne par les questions 2 et 3 du questionnaire PFDI-20. Les troubles anorectaux (constipation et IA) et les troubles urinaires (rétention et IU) présents en suite de couche (SDC) ont été renseignés lors du bilan à 5 semaines.

Les tests statistiques usuels ont été réalisés avec un degré de significativité de 5%.

### RÉSULTATS

Les résultats portent sur 82 bilans de femmes d'âge moyen 31.39 ans (86.59% primipares, 13.41% multipares) réalisés en moyenne à 5,82 semaines post accouchement, présentant des LOSA dont 58.00% de grade 3a, 25.90% de grade 3b, 16.10% de grade 3c/4. L'aide instrumentale fut utilisée dans 62.20% des accouchements (74.5% de forceps, 13,73% de spatules, 7.84% étaient des ventouses et 3.92% de succession de 2 instruments, l'épisiotomie fut réalisée dans 34.15% des accouchements.

En SDC, 64,63% des patientes furent concernées par au moins un symptôme ; 50.00% des patientes présentaient un trouble anorectal dont 42,8% d'IA (25,61% d'incontinence aux gaz (IG) et 10,98 % (IF)), 10,98 % de constipation et 26,83% d'IU dont 54,4% d'IUU, 36,6% d'IUE, 9,09% d'IU mixte (IUM), 6,10% de rétention urinaire complète du postpartum. La double incontinence (IU et IA) concernait 15,85% des femmes.

Aucune différence significative était retrouvée selon la sévérité de la lésion ou l'utilisation d'instrument. Seule la rétention urinaire n'était présente que chez les femmes ayant accouché par aide instrumentale (P=0,29)

A 5 semaines, 80,24% des patientes furent concernées par au moins un symptôme ; 56,09% des patientes présentaient un trouble anorectal dont 46.33% d'IA (39,02% d'IG, 12,2% IF, 19,51% d'urgence aux selles), 18,29% de constipation et 36,59% d'IU dont 32,93% d'IUU, 10,92% d'IUE, 9.76% d'IUM, 6,10% dysurie ; 41,46% des femmes présentaient au moins un trouble de la statique pelvienne (39,02% pesanteur, 10,98% boule). La double incontinence (IU et IA) concernait 18,29% des femmes.

Aucune différence significative était retrouvée selon la sévérité de la lésion ou l'utilisation d'instrument pour autant, les patientes ayant accouché avec une aide instrumentale étaient plus fréquemment symptomatiques pour les troubles anorectaux (60,78% vs 48,39%),et les patientes ayant eu des lésions de grade 3c/4 étaient plus fréquemment symptomatiques pour l'IA que celles en ayant eu de grade 3a/3b (61,54% vs 55,88%), plus symptomatique pour les troubles de la statique pelvienne (53.85% vs 38,23%).

En considérant les patientes incontinentes anales, celles ayant accouché avec une aide instrumentale présentaient 40% d'IF versus 17,65% sans instrument.

Les associations de symptômes retrouvés dans la population totale pour au moins 2 troubles pelvi-périnéaux incluant l'IA et/ou l'IU et/ou un symptôme de trouble de la statique pelvienne concernait 20.73% des patientes et 12,20% des patientes présentaient 3 troubles pelvi-périnéaux caractérisés par une double incontinence et au moins un trouble de la statique pelvienne. Parmi les patientes ayant une double incontinence, 66,7% présentaient un symptôme de trouble de la statique pelvienne.

L'évolution des symptômes entre les suites de couches et la 5ème semaine est marquée par l'augmentation de 15,61% de femmes symptomatiques pour au moins un trouble pelvipérinéal.

La prévalence des troubles anorectaux a augmenté de 6,09% à 5 semaines. Si la prévalence de l'IF n'a pas augmenté, ce symptôme semble se déclarer plus tardivement, 81.25% des patientes atteintes d'IF à 5 semaines ne l'étaient pas en suites de couches.

La prévalence totale des troubles urinaires a augmenté de 10%. Parmi les femmes présentant des symptômes d'IU en SDC (26,83%), 68,18% présentaient toujours des symptômes urinaires à 5 semaines. Cette persistance de symptômes ne semble pas liée avec l'importance de la lésion, puisque toutes les patientes avaient une lésion de grade 3a/3b.

L'IUE était persistante à 5 semaines pour 80% des patientes présentant une IUE en SDC. La prévalence de l'IUU a presque doublé à 5 semaines (17.07% en SDC et 32.93% à 5 semaines, 81,48% d'IUU de novo).

La prévalence de double incontinence augmente de 2,44% à 5 semaines. Plus de la moitié des patientes (53.85%) ayant déclaré cette double incontinence en suites de couches étaient toujours symptomatiques à 5 semaines.

### **COMMENTAIRES**

Dans la littérature, entre la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> semaine, la prévalence de l'IA était de 74,4% dont 33,8% d'IF, de l'IUE 31%, de l'IUU 35,1% (<sup>2)</sup> ce qui diffère de nos résultats qui sont inférieurs pour les l'IA et l'IF, et supérieurs pour l'IUU, seul notre résultat pour l'IUE est comparable. Dans notre étude nous avons noté une augmentation des symptômes jusqu' 5 semaines, nos résultats concernent les 1<sup>ers</sup> jours suivant l'accouchement. Dans l'étude de Davé et al., l'utilisation d'une aide instrumentale était significativement associée à l'importance de l'IA (p=0.04)(<sup>2)</sup>, dans notre étude également sans atteindre le seuil de significativité, l'effectif étant plus important dans l'étude de Davé et al. (n=268). Les différents symptômes de l'IA ont été détaillés par Roos et al., chez les patientes ayant une LOSA, à 9 semaines de l'accouchement (<sup>5)</sup>. 29% avaient une urgence aux selles (versus 19.51% dans notre étude), 18% avaient une incontinence aux gaz, (45.25% dans notre étude), 5% une IF aux selles liquides (9.76% dans notre étude) et 2% une IF aux selles solides (2.44% dans notre étude).

Aucun auteur n'a évalué la rétention urinaire dans le postpartum immédiat et à 6 semaines la dysurie, la double incontinence (DI), la constipation, les symptômes de troubles de la statique pelvienne, l'association des symptômes ni l'évolution des symptômes entre les suites de couches et la 5<sup>ème</sup> semaine.

### CONCLUSION

Le bilan pré-rééducation à l'aide de questionnaires validés a mis en exergue les symptômes et associations de symptômes à prendre en charge en rééducation du post-partum chez les femmes présentant des LOSA. En suites de couches, 64.63% des femmes présentant une LOSA avait au moins un TPP. Le trouble le plus fréquent était l'IA. Aucune différence, suivant les grades de lésion ou l'utilisation d'aide instrumentale, n'atteignait le seuil de significativité. À 5 semaines de l'accouchement, la prévalence des patientes symptomatiques pour au moins un trouble pelvi-périnéal avait augmenté. Les patientes ayant accouché avec une aide instrumentale étaient plus fréquemment symptomatiques pour les troubles anorectaux et plus fréquemment concernées par l'IUE et l'IU mixte. Les patientes ayant eu des lésions de grade 3c/4 étaient plus fréquemment symptomatiques pour l'IA, les symptômes de troubles de la statique pelvienne que celles ayant eu des lésions de grade 3a/3b. L'association de 2 TPP concernait 20.73% des patientes et 12,20% des patientes présentaient 3 troubles pelvipérinéaux.

### BIBLIOGRAPHIE

- <sup>(1)</sup> Evans E, Falivene C, Briffa K, Thompson J, Henry A. What is the total impact of an obstetric anal sphincter injury? An Australian retrospective study. Int Urogynecology J 2020;31:557-66.
- <sup>(2)</sup> Davé BA, Leader-Cramer A, Mueller M, Johnson LL, Kenton K, Lewicky-Gaupp C. Anal Sphincter Injuries After Operative Vaginal Versus Spontaneous Delivery—Is There a Difference in Postpartum Symptoms? Female Pelvic Med Reconstr Surg 2016;22:194–8.
- (3) Everist R, Burrell M, Mallitt K-A, Parkin K, Patton V, Karantanis E. Postpartum anal incontinence in women with and without obstetric anal sphincter injuries. Int Urogynecology J 2020;31:2269-75.
- (4) Richter HENager CW, Burgio KL, Whitworth R, Weidner AC, Schaffer J, Zyczynski HM, Norton P, Jelovsek JE, Meikle SF, Spino C, Gantz M, Graziano S, Brubaker. Incidence and Predictors of Anal Incontinence After Obstetric Anal Sphincter Injury in Primiparous Women, Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2015 Jul-Aug; 21(4):182-9.
- (5) Roos A-M, Thakar R, Sultan AH. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? Ultrasound Obstet Gynecol 2010;36:368-74.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30 LA MECONNAISSANCE INITIALE DE L'ANATOMIE PERINEALE N'INFLUENCE PAS L'APPRENTISSAGE DE L'AUTO-SONDAGE INTERMITTENT CHEZ I A FEMME

**MIGET Gabriel** 

### **OBJECTIFS**

Evaluer l'influence de la méconnaissance anatomique du périnée chez la femme sur la réussite d'un premier apprentissage à l'auto-sondage intermittent (ASI).

### **MÉTHODES**

30 patientes ont bénéficié de l'apprentissage de l'auto-sondage intermittent lors de 2 hospitalisations de jour consécutives dans une unité spécialisée de neuro-urologie. Trois tests de connaissances anatomiques ont été réalisés : un dessin à main levée, un schéma à annoter puis un test d'auto-localisation de 6 structures (grandes lèvres, petites lèvres, clitoris, méat urétral, orifice vaginal, anus). Une correction était effectuée après l'annotation du schéma pour parfaire l'apprentissage avant la réalisation du geste.

### **PRÉSULTATS**

La population étudiée était principalement neurologique (83%) avec des antécédents gynéco-obstétricaux chez 78% des sujets. La moitié des sujets avait bénéficié de rééducation périnéale. La connaissance anatomique de son périnée par la femme était médiocre : 43,3% des sujets pensaient connaître partiellement son anatomie et 46.7% rapportaient qu'elles ne la connaissaient pas. Cinquante-trois pourcents des sujets n'indiquaient pas le méat urétral et 43,3% n'annotaient pas l'orifice vaginal sur planche anatomique. Des difficultés de transposition anatomique ont été observées : le méat urétral n'était localisé sur leur propre corps que chez 43.3% des sujets et 30% ne repéraient pas l'orifice vaginal. Un antécédent de traitement par rééducation périnéale ne modifiait pas les scores de connaissance anatomiques. Pour autant l'ensemble des patientes, y compris celles ne localisant pas le méat urétral initialement ont acquis la technique de l'ASI.

### **CONCLUSION**

La méconnaissance de l'anatomie périnéale chez la femme est fréquente mais n'est pas un obstacle à l'apprentissage de l'ASI.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30

### EVALUATION DE L'OBSTRUCTION URODYNAMIQUE CHEZ L'HOMME AVEC MALADIE DE PARKINSON IDIOPATHIQUE

**DANG Christophe** 

### **OBJECTIFS**

Les troubles urinaires sont fréquents dans la maladie de Parkinson idiopathique (MPI), avec une large prédominance des symptômes d'hyperactivité vésicale. En revanche, lorsque les patients rapportent une dysurie, faire la part des choses entre le retentissement de la MPI ou la participation de troubles du bas appareil urinaire liés au vieillissement comme l'hypertrophie prostatique peut constituer un challenge diagnostique. Le but de cette étude était de déterminer les causes de la dysurie chez l'homme avec MPI, notamment pour évaluer la fréquence de l'obstruction et le type d'obstacle. L'objectif secondaire était de déterminer s'îl existe des tableaux cliniques différents en fonction de la présence ou non d'une obstruction sous vésicale et du type d'obstruction.

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons conduit une étude rétrospective sur des hommes atteints de MPI suivis pour troubles urinaires dans un service de neuro-urologie entre 2003 et 2022 et ayant une dysurie à l'interrogatoire, pour laquelle des études pression-débit ont été réalisées selon les recommandations de l'International Continence Society (ICS) afin d'identifier le mécanisme de la dysurie. L'obstruction urodynamique a été définie par un Bladder Outlet Obstruction Index (BOOI) supérieur à 40, et l'hypo contractilité par un Bladder Contractility Index (BCI) inférieur à 100. Les profils cliniques et urodynamiques des patients obstrués et non obstrués ont été comparés par des tests de Welch pour les variables quantitatives et tests de Fisher pour les variables qualitatives. La population de patients avec obstruction sous vésicale a été ensuite analysée pour rechercher la cause de l'obstruction. L'hypertrophie bénigne prostatique (HBP) était définie par un volume prostatique supérieur à 30 ml à l'échographie. Les profils des patients en fonction du niveau de l'obstruction ont été secondairement comparés.

### **RÉSULTATS**

Quarante et un patients ont été inclus dans l'étude avec un âge médian de 70(10R:66-74) ans et un délai moyen de diagnostic de la MPI de  $8,9\pm5,5$  années. Vingt-neuf patients (70,7%) étaient obstrués, 8 patients (19,5%) étaient non obstrués et 4 patients (9,6%) étaient équivoque. Lors des études pression-débit, le débit maximum enregistré était significativement inférieur chez les patients obstrués par rapport aux non obstrués ( $6,8\pm2,6$  ml/s vs  $13,6\pm2,3$  ml/s; p<0,001) et le résidu post-mictionnel était significativement plus important chez les patients obstrués ( $98,7\pm132,7$  ml contre  $9,3\pm16,4$  ml; p=0,002). Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative de volume prostatique à l'échographie, de sévérité des symptômes urinaires évalués par les sous-scores à l'Urinary Symptom Profile (USP) dysurie et hyperactivité ou par le score Patient Global Impression of Severity (PGI-S). Sur la phase de remplissage, 34 patients (82,9%) avaient une hyperactivité détrusorienne et 22 patients (53,7%) urinaient

sur la poursuite d'une contraction non inhibée du détrusor, sans différence entre les groupes obstrués et non obstrués. Concernant la contractilité détrusorienne, 10 patients (24,4%) avaient une hypo contractilité (2 patients non obstrués, 7 patients obstrués, 1 équivoque). Six patients avaient une dysurie sans obstruction ni hypo contractilité au bilan urodynamique.

Parmi les 29 patients obstrués, 7 patients (24,1%) avaient un volume prostatique inférieur ou égal à 30 ml à l'échographie, 18 patients (62%) avaient une HBP (et 4 patients sans échographie). Il n'y avait pas de différence entre les données urodynamiques (présence d'une hyperactivité détrusorienne, débit maximum aux études pression-débit et résidu post-mictionnel) entre les patients avec HBP et sans. 4 patients sans HBP et 7 avec HBP ont bénéficié d'une urétrocystographie avec clichés per-mictionnels (UCRM) : tous les patients sans HBP avaient une mauvaise ouverture du col à l'UCRM en phase mictionnelle contre un seul patient avec HBP.

### **CONCLUSION**

Dans cette étude chez les patients dysuriques avec MPI, on retrouvait une obstruction chez 70,7% des patients et une hypo contractilité chez 24,4% des patients aux études pression-débit, sans tableau clinique prédictif.

L'obstruction urodynamique était associée à une diminution du débit maximum et une augmentation du résidu post-mictionnel lors des études pression-débit. Une HBP était retrouvée dans 62% des cas chez les patients obstrués. En l'absence d'obstruction prostatique chez les patients obstrués, une mauvaise ouverture du col vésical a été mise en évidence à l'UCRM. Un mécanisme dynamique dans le contexte de MPI telle qu'une bradykinésie du col pourrait être évoquée, et des études futures pourraient explorer ce mécanisme dynamique. La majorité des patients ayant une hyperactivité détrusorienne, l'interprétation des études pression-débit doit cependant se faire avec précaution dans cette population. L'évaluation dynamique par l'UCRM ou vidéo urodynamique est probablement une aide diagnostique importante dans l'exploration de la dysurie dans cette population, en complément des études pression-débit et de l'échographie prostatique.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30 INFLUENCE DE LA VITESSE DE REMPLISSAGE ET DE LA TEMPERATURE DU FLUIDE AU COURS DU BILAN URODYNAMIQUE SUR LA SENSIBILITE ET L'HYPERACTIVITE DETRUSORIENNE CHEZ LES PATIENTS AVEC SCLEROSE EN PLAQUES

**HENTZEN Claire** 

### **OBJECTIFS**

L'objectif était d'évaluer l'impact de la vitesse de remplissage et de la température du fluide au cours de la phase de remplissage d'une cystomanométrie, à la fois sur la sensibilité vésicale et sur le volume d'apparition d'une hyperactivité détrusorienne éventuelle chez les patients avec sclérose en plaques (SEP).

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les patients avec SEP ayant eu un bilan urodynamique standardisé avec 3 remplissages entre juin 2020 et mars 2022 ont été inclus rétrospectivement. La première cystomanométrie était réalisée selon les recommandations de l'ICS à la vitesse de 20ml/min avec de l'eau stérile à température ambiante. Des conditions sensibilisatrices pour dépister une éventuelle hyperactivité détrusorienne avec un remplissage à 100ml/min à température ambiante et à 100ml/min avec une eau à  $4^{\circ}$ C (test à l'eau glacée) étaient réalisées systématiquement. Le volume d'apparition des différentes sensations de besoin (premier besoin B1, besoin normal B2, besoin important/urgent B3) et le volume d'apparition d'une éventuelle hyperactivité détrusorienne ont été collectés. L'impact de la vitesse de remplissage et de la température du fluide a été évalué par tests de Student appariés.

### **PRÉSULTATS**

Cent cinquante-sept patients ont été inclus (âge moyen  $47.4\pm11.8$  ans, 73.9% de femmes). Le score EDSS médian était de 3 (01-03:[2-5]). Quatre-vingt-deux patients (52%) avaient une hyperactivité détrusorienne sur au moins un des remplissages.

L'apparition des différents besoins au cours du remplissage était significativement retardée lors du remplissage à 100ml/min comparativement à 20ml/min(p<0,001 pour chaque volume), et ce même après exclusion des patients présentant une hyperactivité détrusorienne pouvant modifier la sensation de besoin. Le remplissage à l'eau glacée entrainait une apparition plus précoce des sensations de besoin comparativement au remplissage à 100ml/min à température ambiante (p<0,0001 pour chaque besoin), même après exclusion des patients avec hyperactivité détrusorienne. Le volume d'apparition de l'hyperactivité détrusorienne n'était pas impacté par la vitesse de remplissage (p=0,87) mais était significativement plus faible lors du test à l'eau glacé par rapport au remplissage à 100ml/min (différence moyenne de -67 ml [-93; -40], p<0,0001).

### CONCLUSIONS

La vitesse de remplissage et la température du fluide joue un rôle significatif sur la sensibilité vésicale et doivent être pris en compte lors de l'interprétation du bilan urodynamique. Si la température du fluide joue un rôle certain sur l'apparition plus précoce d'une hyperactivité détrusorienne, la vitesse de remplissage ne semble elle pas modifier le délai d'apparition de la contraction détrusorienne non inhibée dans la SEP.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 17H00 - 18H30

# IMPACT DE SESSIONS D'EDUCATION PERINEALE CHEZ DES ADOLESCENTES

### **PIZZOFERRATO Anne Cécile**

### OBJECTIES

Bien que la prévalence des troubles pelvi-périnéaux (TPP) soit importante, il n'existe actuellement pas de programme de prévention primaire en santé périnéale chez les adolescentes. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de sessions d'éducation périnéale chez des adolescentes à propos de leurs connaissances générales sur les TPP et l'anatomie du plancher pelvien et de comparer les connaissances chez les sportives par rapport aux non sportives.

### **MATÉRIEL**

Des sessions d'éducation périnéale ont été proposées à des adolescentes provenant de différents collèges et lycées de la ville de Caen. Chaque session abordait l'anatomie périnéale, la physiologie urinaire et digestive ainsi que les situations à risque pour la sphère périnéale. En début et fin de séance, les participantes ont rempli un questionnaire sur leurs connaissances et des questions concernant leur satisfaction ont été posées en fin de session. Un questionnaire a été envoyé à 2 mois des sessions afin d'évaluer les modifications de leurs habitudes urinaires et digestives ainsi que la diffusion de l'information auprès de leur entourage.

### **RÉSULTATS**

Cent cinq adolescentes, d'âge moyen 15 ans, ont participé à ces sessions ; 61% ont répondu à 2 mois. Les sessions d'éducation ont permis d'améliorer significativement les connaissances concernant la sphère périnéale. Après les sessions, 92% rapportaient avoir changé leurs habitudes urinaires et 52% leurs habitudes défécatoires. Les participantes ont trouvé les sessions très utiles (évaluation à 9,8/10), et la diffusion de l'information reçue était importante.

### CONCLUSIONS

Les sessions d'éducation périnéale permettent d'améliorer les connaissances des adolescentes, la satisfaction est importante et la diffusion de l'information forte. La mise en place d'un programme d'éducation en santé périnéale en milieu scolaire et une sensibilisation des professionnels de santé et du corps enseignant pourrait permettre de participer à limiter ces comportements à risque pour la sphère périnéale et favoriser la recherche de soin.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30 L'INSUFFISANCE SPHINCTERIENNE
CONGENITALE ISOLEE : UNE CAUSE
EXCEPTIONNELLE D'INCONTINENCE URINAIRE
D'EFFORT DE L'ENFANT

**FRANCOT Marc** 

### > INTRODUCTION

L'incontinence urinaire d'effort de l'enfant est définie par l'International Children's Continence Society (ICCS) comme la survenue de fuites involontaires d'urine chez l'enfant à partir de 5 ans ; elle peut être permanente ou intermittente (1). L'IU permanente peut-être associée à des malformations congénitales (ex : uretère ectopique), une cause iatrogène (ex : fistule vésico-vaginale) ou liée à une insuffisance sphinctérienne, pouvant être à l'origine d'un IU à l'effort. Chez la petite fille, l'IU effort est exceptionnelle. Elle est dans ce cas malformative (épispadias) ou d'origine neurologique (spina bifida), dans un contexte d'insuffisance sphinctérienne.

Une cause exceptionnelle est l'insuffisance sphinctérienne congénitale (ISC) ou idiopathique, sans cause organique retrouvée. Cette étiologie avait déjà été rapportée dans la littérature en 2007, à propos de 2 cas (2). Nous décrivons ici pour la première fois une série de 6 cas d'ISC suivis à Nantes de 1991 à 2022. Le but de cette étude est de décrire la présentation clinique, le bilan et de discuter la thérapeutique de l'insuffisance sphinctérienne congénitale de l'enfant.

### > MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Nous avons inclus rétrospectivement les patientes chez lesquelles une insuffisance sphinctérienne congénitale avait été diagnostiquée entre 1991 et 2020 au CHU de Nantes.

Chaque patiente inclue avait un diagnostic confirmé d'ISC après élimination des diagnostics différentiels (malformatif ou neurologique).

Nous avons collecté rétrospectivement les données épidémiologiques. Les données de l'interrogatoire ont été recueillies pour décrire les symptômes d'incontinence urinaire, et les circonstances de survenue. Nous avons évalué les données du calendrier mictionnel, le nombre de protections utilisées par jour, l'impact sur la pratique d'une activité physique ou l'impact sur le plan social (ex : déscolarisation).

Nous avons inclus les données de l'examen clinique, ainsi que les données d'imagerie pelvienne, des voies urinaires inférieure et supérieure, lorsque disponibles. Il a également été recueilli les données urodynamiques et de l'examen clinique et endoscopique sous anesthésie générale, lorsque celui-ci était réalisé).

Les différents types de stratégies thérapeutiques ont également été collectées allant du traitement conservateur (rééducation périnéo-sphinctérienne, traitement médicamenteux...) aux traitements chirurgicaux de l'IUE par insuffisance sphinctérienne). L'efficacité du traitement a également été évaluée par la continence aux dernières nouvelles définie par la continence urinaire comme le port de 1 ou 0 protection par jour.

### > RÉSULTATS

Les dossiers de 6 patientes avec un diagnostic d'insuffisance sphinctérienne congénitale isolée ont été rétrospectivement analysés.

L'âge médian au diagnostic était de 12 ans (10-16). Aucune patiente n'avait d'antécédent neurologique connu. 2 patientes avaient été suivies dans l'enfance pour un reflux vésico urétéral bilatéral dont une patiente traitée par cure chirurgicale de reflux selon Cohen. Une patiente avait une duplication rénale droite. Une patiente avait un méga uretère avec abouchement urétral ectopique associé à un kyste de l'ouraque traité par urétérectomie et ablation du kyste en coelioscopie.

A l'interrogatoire et à l'analyse du calendrier mictionnel, 100% des patientes décrivaient des fuites diurnes et nocturnes associées à des efforts, notamment pendant la pratique sportive. Aucune patiente ne décrivait de pollakiurie ni urgenturie.

Toutes les patientes portaient des protections quotidiennement jour et nuit avec une médiane de 3 garnitures par jour (1-5). Aucune patiente n'était déscolarisée. Quatre patientes ont présenté au moins un épisode d'infection urinaire traité, sans infections à répétition.

Chez toutes les patientes, l'examen clinique était normal, sans argument pour une origine neurologique; examen neurologique normal y compris du périnée, absence d'argument pour une atteinte du cône terminal/dysraphisme spinal, ni malformative (ex: absence clitoris bifide ou autre anomalie morphologique pouvant évoquer un épispade). 6 patientes avaient bénéficié d'une imagerie du Haut appareil urinaire (HAU) (Urétéropyélograhie rétrograde ou uroscanner) sans mettre en évidence de malformation du HAU, ou d'abouchement d'uretère ectopique. Un test au bleu (gélules de bleu per os) a été réalisé pour 5 patientes confirmant de que l'écoulement était bien de l'urine.

L'examen sous anesthésie générale sous neuroleptanalgésie sans utilisation de curare a été réalisé chez 5 patientes.

Chez 5 patientes, une fuite à la pression hypogastrique directe ou à la pression du muscle releveur de l'anus de part et d'autre du périnée a été mis en évidence, sans anomalie endoscopique (un seul méat urétéral à droite et à gauche).

La débitmétrie a retrouvé un Qmax médian de 42,5 ml/s (27ml/s - 54ml/s) sans résidus post mictionnel dans 100% des cas. D'un point de vue qualitatif, l'aspect des courbes était monophasique et en cloche chez toutes les patientes.

La profilométrie retrouvait une pression de clôture urétrale maximale médiane à 33cmH20 (27-77). La cystomanométrie retrouvait une compliance normale dans 100% des cas, sans aucune hyperactivité détrusorienne. La capacité cystomanométrique maximale médiane était de 290 ml (min et max).

Pour 100% des patientes, un traitement d'épreuve par anticholinergique a été introduit sans efficacité. 3 patientes (50%) patientes ont eu une rééducation périnéo-sphinctérienne sans efficacité. Pour une patiente âgée de 16 ans, un tampon vaginal a été utilisé lors de la pratique sportive sans efficacité.

6 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical avec délai médian entre diagnostic et chirurgie de 13 mois (4-24) : 5 patientes ont eu une implantation de sphincter urinaire artificiel, et une patiente a eu une injection d'agent comblant (Bulkamid). L'âge médian lors de la chirurgie était de 12ans (10ans-16ans). Pour ces 6 patientes, 100% étaient continente en post-opératoire aux dernières nouvelles.

#### **CONCLUSION**

Nous rapportons pour la première fois 6 cas de patientes prise en charge pour insuffisance sphinctérienne congénitale isolée. L'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires recherchent les diagnostics différentiels notamment une étiologie malformative (épispade) ou neurologique (dysraphisme spinal). La réalisation d'un examen sous anesthésie générale permettant de provoquer des fuites à la pression hypogastrique permet de le confirmer. De même, il paraît important d'associer au moins un profil urétral pour confirmer le diagnostic d'insuffisance sphinctérienne.

Ces différentes observations permettent aussi d'insister sur le problème d'errance diagnostique de cette pathologie du fait d'une symptomatologie peu banale à cet âge. Néanmoins, des thérapeutiques telles que l'implantation d'un sphincter urinaire artificiel peuvent être proposée avec une bonne efficacité.

### REFERENCES

- 1 Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society: ICCS Terminology for Pediatric LUT Function. Neurourol Urodynam. avr 2016;35(4):471 81.
- 2 Leveau E, Le Normand L, Buzelin J-M, Labat J-J, Glemain P, Bouchot O, et al. L'insuffisance sphinctérienne congénitale isolée : une cause exceptionnelle d'incontinence urinaire d'effort de l'enfant. Pelv Perineol. avr 2007;2(1):42 5.
- 3 Ludwikowski BM, Bieda J-C, Lingnau A, González R. Surgical Management of Neurogenic Sphincter Incompetence in Children. Front Pediatr. 26 mars 2019:7:97.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30

### EVALUATION DES PRATIQUES FRANÇAISES DANS LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI DES LESIONS OBSTETRICALES DU SPHINCTER ANAL

**LALLEMANT Marine** 

### **>OBJECTIFS**

Évaluer la prise en charge et le suivi des patientes présentant une lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA) dans les maternités françaises à un double niveau : celui de la patiente et celui de l'unité de soin.

### > MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons conduit une étude d'évaluation des pratiques prospective dans toutes les maternités de France. Un questionnaire anonyme auto-construit a été développé et testé localement. Ils couvraient cinq domaines : informations générales sur les hôpitaux, prise en charge de la LOSA immédiate et en suites de couches, son suivi, sa prise en charge lors d'une grossesse ultérieure, organisation des soins et formation des professionnels de santé. Chaque maternité du territoire français métropolitain et d'outre-mer (soit 456 maternités) a été contactée via l'envoi de ce questionnaire par mail ou par courrier. Une relance par mail a été effectuée. Les réponses au questionnaire ont été collectées du 1er décembre 2021 au 28 février 2022.

### > RÉSULTATS

Sur la période étudiée, 102 réponses (22,4%) parmi les 456 questionnaires envoyés ont été obtenues. Quarante-cing (44,1%) maternités n'ont pas de protocole dédié à la prise en charge et le suivi des LOSA. Dans quatre maternités françaises (4%), l'interne seul ou la sagefemme seule suturait les LOSA. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des obstétriciens suturaient le sphincter anal externe par les techniques du paletot ou du bout à bout. La visite postnatale de ces patientes était réalisée pour dix maternités (9,8%) auprès d'un gynécologue spécialisé en Pelvi-Périnéologie, pour deux maternités (2%) auprès d'un médecin généraliste et pour cing maternité (4,5%) auprès d'une sage-femme. Au cours du suivi, seulement deux maternités (2%) utilisaient des guestionnaires évaluant la symptomatologie liée à la LOSA et son retentissement dans la vie quotidienne. Lors du suivi, ces patientes étaient adressées systématiquement auprès d'un gynécologue spécialisé en Pelvi-Périnéologie dans dix maternités (9,8%), chez un coloproctoloque dans 15 maternités (14,7%) et auprès d'un chirurgien digestif dans cing maternités (4,9%). Dans 42 (41,2%) maternités, un masso-kinésithérapeute spécialisé en Pelvi-Périnéologie était sollicité systématiquement pour la prise en charge de ces patientes. Concernant les examens complémentaires, neuf maternités (8,8%) prescrivaient systématiquement une échographie sphinctérienne (endo-anale ou périnéale) à ces patientes à la sortie de la maternité et trois maternité (2,9%) une manométrie anorectale (MAR). Dans aucune maternité, le dossier d'une patiente ayant présenté une LOSA était systématiquement présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire de Pelvi-Périnéologie. En revanche, cette réunion était sollicitée pour les patientes présentant une symptomatologie en lien avec la LOSA dans uniquement 14 maternités (13,7%). Concernant la formation des obstétriciens à la prise en charge des LOSA, elles n'existaient pas dans les maternités de 84 répondants (82,4%).

### **CONCLUSION**

Nous avons observé une grande inhomogénéité dans la prise en charge des patientes présentant un LOSA dans les maternités françaises. Des recommandations nationales et des formations régulières des professionnels de santé nous semblent importantes pour améliorer la prise en charge de ces patientes.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30 SEXUALITE APRES CHIRURGIE DE PROLAPSUS GENITAL ET FACTEURS PREDICTIFS D'ABSENCE DE DOULEUR LORS DES RAPPORTS SEXUELS A LONG TERME

**BARTOLO Stéphanie** 

### > INTRODUCTION

Le prolapsus génital est une affection courante qui peut nécessiter un traitement chirurgical. Le prolapsus et son traitement peuvent affecter la fonction sexuelle.

Objectifs : Décrire l'évolution de la fonction sexuelle et identifier les facteurs prédictifs de l'absence de douleur pendant les rapports sexuels après une cure chirurgicale de prolapsus.

### >MÉTHODES

Etude ancillaire d'une étude prospective randomisée multicentrique comparant la chirurgie prothétique par voie vaginale et la promontofixation coelioscopique. Le critère de jugement principal était l'absence de douleur pendant les rapports sexuels à au moins 36 mois. La fonction sexuelle a été évaluée à l'aide des scores FSFI et PISQ-IR. Une analyse univariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs prédictifs de l'absence de douleur lors des rapports sexuels (données démographiques, antécédents chirurgicaux gynécologiques l'obésité, le type d'intervention réalisée et les gestes associés, les scores FSFI, EQ5D, ICIQSF, PFDI20, PFIQ 7 et EQ5D initiaux, les réponses aux questions du PISQR concernant l'activité sexuelle).

### > RÉSULTATS

Sur les 257 femmes incluses 208 ont été suivies jusqu'à 36 mois. Le taux global de dyspareunie à 36 mois est de 7,6% (7/94), avec 8,2% de dyspareunie de novo. En pré-opératoire, 136 (52,9%) étaient sexuellement actives, dont 18 (13,2%) présentaient une dyspareunie. Sur les 102 femmes restantes à 36 mois qui n'avaient pas de dyspareunie préopératoire, 49 (48,0%) étaient toujours sexuellement actives et 3 (6,2%) avaient une dyspareunie de novo. Les raisons de l'arrêt de l'activité sexuelle en post-opératoire chez les femmes initialement actives sexuellement (plusieurs réponses possibles) étaient : 63% pas de partenaire, 57% pas d'intérêt, 6% lié au trouble de la statique, 5% pour un problème de douleur. En préopératoire, 44,3% (51/121) des femmes qui n'avaient pas d'activité sexuelle déclaraient que c'était à cause de leur prolapsus. À 48 mois, il restait 90 de ces 121 femmes et 39 (43,3%) sont devenues sexuellement actives, dont 3 (8,1%) ont décrit une dyspareunie. 6 (6,4%) des 94 femmes qui avaient une activité sexuelle à au moins 36 mois ont présenté une dyspareunie quel que soit leur activité sexuelle pré opératoire. Il n'y avait pas de différence significative dans le score FSFI pré-opératoire et à 48 mois. Nous n'avons pas trouvé de facteur prédictif d'absence de douleur pendant les rapports sexuels après la chirurgie.

### > CONCLUSION

Les taux de dyspareunie globale et de dyspareunie de novo sont faibles après chirurgie prothétique du prolapsus génital. Nous n'avons pas trouvé de facteur pouvant prédire l'absence de douleur pendant les rapports sexuels, en particulier la technique chirurgicale.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30 PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE VERSUS SUTURE SYSTEMATIQUE DES DECHIRURES PERINEALES DU PREMIER DEGRE OU VAGINALES ISOLEES A L'ACCOUCHEMENT : ESSAI PRELIMINAIRE D'EFFICACITE RANDOMISE

**LALLEMANT Marine** 

### **OBJECTIF**

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'une prise en charge conservatrice comparée à une suture systématique des déchirures périnéales du premier degré ou vaginales isolées à l'accouchement.

### > MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude préliminaire d'efficacité, prospective, randomisée, contrôlée et ouverte. Cette étude a suivi un plan de Simon en 2 étapes (analyse intermédiaire et analyse finale) pour tester le taux de réussite de l'attitude conservatrice comparativement au bras de référence « suture systématique » qui représente les pratiques habituelles. Les femmes primipares âgées de  $\geq$  18 ans présentant une déchirure périnéale du premier degré ou vaginale isolée après un accouchement par voie basse spontané, d'une présentation céphalique, à terme ( $\geq$  37 semaines) ont été inclues et réparties de manière aléatoire dans le groupe de prise en charge conservatrice (PECC) (compression digitale de la déchirure pendant 5 minutes si saignement, suivie d'une suture si le saignement persistait) ou dans le groupe de suture systématique (SS). Le critère de jugement principal était le succès de l'intervention à 10 jours du post-partum (J10) défini par : une douleur évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique < 3, une cicatrisation satisfaisante définie par un score REEDA  $\leq$  2 et l'absence de saignement ou d'infection. La qualité de vie sexuelle a été évaluée à deux et six mois après l'accouchement.

### > RÉSULTATS

Parmi 861/2209 femmes éligibles, 143 femmes consentantes présentant une déchirure périnéale superficielle ont été randomisées : 72 dans le groupe « suture systématique » et 71 dans le groupe « prise en charge conservatrice ». Le taux de succès à J10 du post-partum était de 87,8% (90% CI [70,5-93,54]) (42/55) dans le groupe SS contre 90% (90% CI [78,3-93,8]) (53/61) dans le groupe PECC (p=NS). Le score REEDA était significativement plus élevé dans le groupe SS (1,4 contre 0,9 ; p=0,036). La douleur périnéale était significativement plus élevée au premier jour dans le groupe SS (2,38 vs 1,69 ; p=0,034). Concernant le score du Female Sexual Functional Index, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes à l'inclusion, à 2 et 6 mois du post-partum.

### **CONCLUSION**

La prise en charge conservatrice des déchirures périnéales superficielles présente un taux d'efficacité ≥ 90 %. Les femmes ayant eu une prise en charge conservatrice présentaient moins de douleur périnéale au premier jour du post-partum, avaient un score REEDA plus faible au dixième jour du post-partum et une meilleure qualité de vie sexuelle.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30

# IMPACT PERINEAL DE L'ACCOUCHEMENT D'UN FOETUS EN PRESENTATION DU SIEGE

**LEBORNE Perrine** 

### > INTRODUCTION

Les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) sont des lésions qui surviennent lors de l'accouchement. Elles sont responsables d'incontinence anale, de dyspareunie, de douleur, voire de fistule recto-vaginale. Ces types de lésions et leur incidence ont été étudiées dans le cas d'accouchement en présentation céphalique, mais aucune publication ne les a spécifiquement étudiées après accouchement d'un fœtus en présentation du siège. Pourtant, on peut penser que la présentation du siège pourrait engendrer plus de LOSA, en raison d'un contrôle du dégagement de la tête qui n'est pas optimal et d'un dégagement souvent rapide de la tête fœtale dans ce type de présentation. Le but de notre étude est d'évaluer l'incidence des LOSA et des lésions périnéales après accouchement d'un fœtus en présentation du siège, en comparaison avec les présentations céphaliques.

### > MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude bicentrique et rétrospective. Le calcul du nombre de sujets nécessaires tenait compte d'un taux de 1,25% de LOSA dans le groupe présentation céphalique (basé sur la littérature existante), et nous avons émis l'hypothèse d'un risque relatif à 4. Ainsi, 693 patientes étaient nécessaires, que nous avons décidé d'inclure dans un ratio de 1:2.

Les critères d'inclusion étaient les patientes avec un fœtus en présentation du siège, ayant accouché par voie basse, à plus de 34 semaines d'aménorrhée. Nous avons exclu les grossesses multiples et les accouchements instrumentaux.

Nous avons inclus 670 patientes: 224 ont accouché d'un fœtus en présentation du siège, 446 d'un fœtus en présentation céphalique. Les deux groupes ont été appariés selon le poids fœtal à la naissance (±200g), la date d'accouchement (±2 ans) et la parité vaginale. L'objectif principal était d'évaluer l'incidence des LOSA dans le groupe « siège », en comparaison aux présentations céphaliques. Les objectifs secondaires étaient le taux de périnée intact ou de ler degré, le taux de périnée de second degré, le taux d'épisiotomies dans chaque groupe, ainsi que les facteurs de risque de LOSA.

### > RÉSULTATS

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur l'incidence des LOSA entre les deux groupes (OR: 0.772 (0.133; 4.479), p=0,77)). Le taux de LOSA dans le groupe sièges était faible (0,9%) et n'était pas plus élevé que dans le groupe présentations céphaliques (1,1%). Pour chaque patiente ayant présenté une LOSA, il s'agissait d'une lésion du 3ème degré (trois degrés 3a, un degré 3b et trois données manquantes).

Il y avait significativement plus d'épisiotomies dans le groupe sièges (12,5% vs 5,4%, p=0,0012) et le taux de périnée intact ou de 1er degré n'était pas significativement différent entre les deux groupes (74,1% vs 75,3%, p=0,7291). Il existait légèrement plus de périnée du 2ème degré dans le groupe présentation céphalique (18,2%) comparé aux sièges (12,5%), avec une tendance à la significativité (p=0,06).

La 2<sup>ème</sup> phase du travail était significativement plus longue dans le groupe siège (83 min vs 49 min, p=0,01).

Aucune variable n'était significativement associée à la présence d'une LOSA dans notre étude, mais 2 facteurs étaient à souligner : la durée totale du travail qui était plus longue chez les patientes ayant eu une LOSA (459 min vs 345 min, p=0,19) et la parité (85,7% des patientes ayant eu une LOSA étaient nullipares contre seulement 47,5% dans le groupe absence de LOSA, p=0,1026).

### **CONCLUSION**

Notre étude est originale étant donné qu'il s'agit de la première étude ayant spécifiquement étudié les lésions périnéales dans une population de fœtus en présentation du siège.

Les LOSA étaient un évènement rare dans notre étude, et aucune différence n'a été mise en évidence sur leur incidence entre les patientes ayant accouché d'un fœtus en présentation du siège ou en présentation céphalique. Les résultats sur l'état périnéal global étaient également très rassurants, et devraient encourager la pratique de la voie basse chez les fœtus en présentation du siège. De plus, nos résultats peuvent aider à l'information des patientes lors du choix de la voie d'accouchement.

Ces résultats doivent cependant être confirmés par des études complémentaires incluant un plus grand nombre de patientes, et se basant sur nos résultats afin de réaliser un nouveau calcul du nombre de sujets nécessaires.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30 RESULTATS A LONG TERME DE LA
CYSTECTOMIE SUS TRIGONALE AVEC
ENTEROCYSTOPLASTIE D'AGRANDISSEMENT
PAR VOIE COELIOSCOPIQUE ROBOT
ASSISTEE POUR VESSIE NEUROLOGIQUE OU
SYNDROME DOULOUREUX VESICAL/CYSTITE
INTERSTITIELLE

**BATARD Thomas** 

### > OBJECTIF

La cystectomie sus trigonale avec entérocystoplastie d'agrandissement par voie coelioscopique robot assistée (CSTEARA) consiste à réaliser une cystectomie en préservant le trigone vésical, les uretères et l'urètre puis à prélever un segment d'intestin, qui est détubulé et suturé au trigone vésical.

Cette intervention est indiquée chez les patients ayant un trouble vésico-sphinctérien neurologique (TVSN) de type hyperactivité détrusorienne ou défaut de compliance réfractaire aux traitements conservateurs (1) et en capacité de s'auto-sonder.

Il s'agit d'une stratégie thérapeutique également mentionnée dans l'ensemble des sociétés savantes dans la prise en charge des syndromes douloureux vésicaux/cystites interstitielles (SDV/CI) chez certains patients sélectionnés ayant une capacité vésicale réduite plus ou moins associée à un défaut de compliance après échec des traitements conservateurs (2).

La chirurgie assistée par robot permet de s'affranchir des limites de la laparoscopie (vision 3D, articulation et précision des instruments), tout en préservant les avantages de la chirurgie mini-invasive (durée d'hospitalisation plus courte, moins de douleurs postopératoires et de cicatrices chirurgicales).

Les résultats de cette technique était seulement rapporté sur des faibles cohortes et à court terme (résultats fonctionnels et complications.

A notre connaissance, cette approche n'a jamais été rapportée dans le SDV/CI.

Le but de l'étude actuelle était de rapporter les résultats fonctionnels à long terme, la qualité de vie et les complications de CSTEARA chez les patients atteints de TVSN et SDV/CI.

### > MATÉRIFI S FT MÉTHODES :

Tous les patients présentant un TVSN ou SDV/CI opérés d'une CSTEARA entre décembre 2012 et décembre 2020 ont été inclus.

Ont été exclus les patients ayant une chirurgie concomitante (fronde aponévrotique, sphincter urinaire artificiel, dérivation urinaire continente ...).

La technique chirurgicale, dont les résultats préliminaires ont déjà été publiés, associe la laparoscopie robot assistée et la mini-laparotomie.

La première étape consistait à la réalisation de la cystectomie sustrigonale par voie laparoscopique robot assistée.

Ensuite, la deuxième étape était réalisée par mini-laparotomie en agrandissant l'incision sous ombilical du trocart optique de 5 cm maximum.

Cela permettait l'extraction de la pièce opératoire et le prélèvement de l'anse iléale sur 40 cm avec remise en continuité digestive par anastomose termino-terminale au fil résorbable tressé 3.0.

L'anse iléale prélevée était détubulé permettant la confection de la néo-vessie par une plastie en Z ou en U.

Enfin la troisième étape consistait a l'anastomose de la néo-vessie au trigone vésical par deux hémi-surjet de fils résorbables en « V-lock 3/0 » en débutant par la face postérieure en laparoscopie robot assistée.

Pour les patients atteints de TVSN, la pathologie neurologique, les données préopératoires (données cliniques, urodynamiques) et les données périopératoires, y compris les complications postopératoires précoces, ont été rapportées.

Nous avons également évalué les complications postopératoires tardives et les résultats fonctionnels à long terme : continence, paramètres urodynamiques et qualité de vie.

Pour les patients atteints de SDV/CI, la douleur (échelle d'évaluation numérique), la fréquence mictionnelle et la capacité vésicale fonctionnelle (calendrier mictionnel), le mode mictionnel, les paramètres urodynamiques et la qualité de vie ont été évalués.

La qualité de vie a été évalué à l'aide du questionnaire PGI envoyé à chaque patient par courrier postal.

### > RÉSULTATS

71 patients (41 avec TVSN et 30 SDV/CI) avec un âge médian respectif de 39 ans (+/- 24,5) et 63,5 ans (+/-17,5) ont été inclus. Le suivi médian était de 4,8 ans (+/-2,2).

Pour les patients atteints de TVSN, les pathologies neurologiques étaient : 27(65 %) lésions de la moelle épinière, 6 (15 %) spina bifida, 6 (15 %) sclérose en plaques, 2 (6 %) chirurgies de tératome sacro-coccygien.

L'ASPI était le mode mictionnel chez tous les patients atteints de TVSN.

### Résultats péri opératoires :

La durée opératoire médiane était de 184 minutes (49) pour les SDV/CI et de 252,2 minutes (34,8) pour les patients avec TVSN (NS).

Dans la population globale, le taux de complications précoces était de 36% dont 32% de Clavien 1 et 2(n=28) et 4% de grade 3(n=3). Aucun décès n'a été signalé.

3 complications tardives sévères ont été observées : 1 perforation vésicale à 1 an et 2 occlusions intestinales à 6 et 18 mois.

### Résultats fonctionnels et qualité de vie :

Chez les patients atteints de TVSN, tous les paramètres urodynamiques ont été significativement améliorés (Tableau 1). Au dernier recul, 90 % des patients avaient une vessie basse pression avec un taux global de continence de 93 % (n = 38). La qualité de vie a été améliorée chez 72 % des patients.

Chez les patients atteints de SDV/CI, la douleur était significativement améliorée au dernier suivi, tout comme la capacité cystonamométrique maximale (304 ml contre 112 ml; p < 0,01) (Tableau 2). La pollakiruie était également significativement réduite (100 % contre 63 %; p<0,01). 4 patients ont été considérés en échec et une cystectomie radicale avec dérivation

urinaire non continentale a été proposée chez 2 d'entre eux.

11(37%) patients ont nécessité un auto-sondage intermittent de novo. La qualité de vie a été améliorée chez 73 % des patients.

### Interprétation des résultats

À notre connaissance, cette série est la première à rendre compte de la CSTEARA chez des patients adultes atteints de SDV/CI.

Par ailleurs, elle rapporte également les résultats de la plus grande cohorte de patients adultes atteints de TVSN. Dans les deux populations, la qualité de vie était significativement améliorée chez 71% des patients

### > CONCLUSION

Chez les patients présentant un TVSN, la CSTERAR est une intervention reproductible et sur avec un taux de complications acceptable.

Cette technique apporte des résultats fonctionnels satisfaisants à long terme, c'est à dire l'obtention d'un réservoir vésical à basse pression, une protection des voies urinaires supérieures et une amélioration significative de la continence chez les patients atteints de TVSN.

Elle apporte également une amélioration de la douleur et de la pollakiurie chez les patients atteints de SDV/CI.

Dans les deux populations, une amélioration significative de la qualité de vie a été rapportée.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30 RESULTATS DE LA SACROSPINOFIXATION PAR VOIE ANTERIEURE DANS LE TRAITEMENT D'UNE CYSTOCELE ASSOCIEE OU NON A UN PROLAPSUS UTERIN OU DU FOND VAGINAL

**LAMBERT Benjamin** 

### > OBJECTIF

Décrire l'efficacité et la sécurité du traitement chirurgical d'une cystocèle avec ou sans prolapsus utérin ou du fond vaginal associé par la technique de la sacrospinofixation par voie antérieure (SSFA).

### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Étude prospective mono-centrique sur des patientes atteintes d'une cystocèle de grade > Il selon la classification POP-Q avec ou sans prolapsus génital du compartiment moyen et du compartiment postérieur, opérée selon la technique de la SSFA. A la consultation de suivi, les résultats anatomiques et fonctionnels ont été évalués. Les complications péri- et post-opératoires ont été enregistrées suivant la classification de Clavien-Dindo.

### > RÉSULTATS

149 patientes ont été incluses dans l'étude. Les caractéristiques générales de la population et les antécédents chirurgicaux sont reportés dans le Tableau 1. 38,9% (58/149) des patientes avaient déjà bénéficié d'une chirurgie gynécologique et 26,8% (40/149) d'une chirurgie pour prolapsus. À l'examen pré-opératoire, 100% (149/149) des patientes présentaient une cystocèle, 93,3% (139/149) un prolapsus de l'apex et 52,3% (78/149) un prolapsus de la paroi vaginale postérieure (Tableau 2), 12,8% des patientes (19/149) signalaient une incontinence urinaire d'effort (IUE). Sur les 149 SSFA réalisées, 52 étaient une SSFA simple, 50 étaient associées à un plastron et un geste antérieur concomitant (plicature prévésicale ou paletot) a été réalisé chez 47 patientes. Au suivi post-opératoire (follow-up moyen 20 ± 12 mois), 20,8% (31/149) des patientes récidivaient un prolapsus génital. Parmi les patientes qui ont récidivé, 38,7% (12/31) étaient symptomatiques. Parmi ces récidives, on notait 12,9% (4/31) de décompensation du compartiment postérieur. Le taux de résolution de l'IUE était de 89,5% (17/19). Cependant, 23.8% (31/130) des patientes continentes en pré-opératoires ont signalé une IUE démasquée par la correction du prolapsus avec au total 5.4% (8/149) de réinterventions pour fuites urinaires à l'effort. La majorité des IUE démasquées ont été résolues par kinésithérapie. 2% (3/149) des patientes ont eu une complication nécessitant un traitement chirurgical (grade IIIA selon la classification de Clavien-Dindo), tandis que les complications Clavien-Dindo de grade II étaient de 8,7% (13/149) et les complications de grade I étaient de 5,4% (8/149).

### **CONCLUSIONS**

La technique de la SSFA associée ou non à un geste concomitant peut être considérée comme une technique efficace et sûre pour le traitement chirurgical d'une cystocèle associée ou non à un prolapsus utérin ou du fond vaginal, par voie basse à environ 20 mois de follow-up.

### Tableau 1

Caractéristiques générales et antécédents de chirurgies gynécologiques et pelviennes de la population étudiée.

Caractéristiques	Population étudiée (n=149)
Âge, moyen (± ET), années	68.2 (± 9.1)
IMC, moyen (± ET), Kg/m2	25.8 (± 6.2)
Tabac, n(%)	5(3.3)
Multiparité, n (%)	147 (98.6)
Parité, médian (EI), n	2 (2-3)
Césarienne, n (%)	5(3.3)
Accouchement instrumental (forceps), n(%)	34(22.8)
Épisiotomie médio-latéral, n (%)	58 (38.9)
Ménopause, n (%)	138 (92.6)
Sexuellement actif, n(%)	45 (30.2)
Chirurgie gynécologique, n(%)	58 (38.9)
Hystérectomie, n(%)	42 (28.2)
Chirurgie pelvienne pour prolapsus, n(%): Réparation antérieure par native-tissue Réparation antérieure par prothèse Sacrocolpopexie Richter Réparation postérieure par native-tissue Réparation postérieure par prothèse Exérèse de prothèse Autres	40 (26.8) 9 (6.0) 12 (8.0) 16 (10.7) 4 (2.7) 7 (4.7) 10 (6.7) 3 (2.0) 7 (4.7)
Chirurgie de l'incontinence, n(%): TVT TOT Burch Burch + TVT BSU MMK	18(12.0) 5(3.3) 6(4.0) 3(2.0) 1(0.7) 2(1.3) 1(0.7)

ET : Écart-type ; EI : Écart interquartile ; TVT : Tension-Free Vaginal Tape ; TOT : Trans Obturator Tape ; BSU : Bandelette Sous Urétrale ; MMK : Marshall-Marchetti-Krantz

**Tableau 2** Résultats anatomiques à la consultation de suivi.

	Préopératoire (n=149)	Suivi (n=149)	p-value
Prolapsus génital, n (%)	149 (100.0)	31(20.8)	<0.001
Prolapsus de la paroi vaginale antérieure, n (%) : I II III	149 (100.0) 2 (1.3) 29 (19.5) 104 (69.8) 14 (4.7)	23 (15.4) 3 (2.0) 14 (9.4) 6 (4.0) 0 (0)	<0.001
Prolapsus utérin/fond vaginal, n (%):               	139 (93.3) 20 (13.4) 67 (45.0) 30 (20.1) 22 (14.8)	8 (5.4) 3 (2.0) 5 (3.4) 0 (0) 0 (0)	<0.001
Prolapsus utérin/fond vaginal, n (%): I II III IV	78 (52.3) 37 (24.8) 26 (17.4) 6 (4.0) 9 (6.0)	15 (10.1) 9 (6.0) 5 (3.4) 1 (0.7) 0 (0)	<0.001

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30

### CURE DE FISTULE VESICO-VAGINALE ROBOT-ASSISTEE : COMPARAISON DES TECHNIQUES TRANSVESICALE ET EXTRAVESICALE

**PEYRONNET Benoit** 

### **OBJECTIF**

La réparation robotique des fistules vésico-vaginales (FVV) a été décrite en 2004 dans le but de minimiser la morbidité ce la cure de FVV pr voie abdominale. Près de deux décennies plus tard, la littérature sur la cure de VVF robot-assistée reste pauvre. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de la cure de VVF robotique et de comparer les techniques transvésicale et extravésicale

### > MÉTHODES

Les dossiers de toutes les patientes ayant eu une cure de FVV robot-assistée entre mars 2007 et décembre 2021 dans quatre centres universitaires ont été revus rétrospectivement. Tous les chirurgiens impliqués avaient déjà une solide expérience de la chirurgie robotique avant leur première cure de FVV robotique (>50 cas) mais une expérience limitée de la cure de FVV. Toutes les cures de FVV par voie abdominale au cours de la période d'étude ont été effectuées par voie robotique. Tous les centres utilisaient un abord vaginal en cas d'orifice fistuleux facilement accessible par voie vaginale. La décision de recourir à un abord par voie vaginale ou abdominale n'était pas standardisée entre les centres et laissée à la discrétion des chirurgiens. Les caractéristiques des patientes, les détails de la technique chirurgicale (interposition du lambeau ou non, approche transvésicale ou extravésicale, excision du tractus fistuleux ou non) et les résultats péri-opératoires ont été collectés. Le succès de la cure de FVV a été défini comme l'absence de récidive clinique à la date du dernier suivi. Les résultats des techniques extravésicale et transvésicale ont été comparés.

### > RÉSULTATS

Vingt-deux patients ont été inclus pendant la période d'étude. L'âge médian était de 43 ans (IQR 38-50). Les causes de la FVV étaient soit post-chirurgicales (77,3%), soit post-obstétricales (18,2%), soit post-traumatiques (4,5%). Les fistules étaient supratrigonales et trigonales dans 18 et 4 cas respectivement. Le tractus fistuleux a été systématiquement excisé et un lambeau d'interposition a été utilisé dans tous les cas sauf deux (90,9%). Les techniques transvésicale et extravésicale ont été utilisées dans 13 et 9 cas respectivement. Il y avait plus de fistules supratrigonales dans le groupe extravésical (100% vs. 69,2%; p=0,11). Une complication peropératoire est survenue dans le groupe extravésical : une plaie urétérale qui a été immédiatement suturée (11,1 % vs. 0 % ; p=0,41). La durée opératoire tendait à être plus courte dans le groupe extravésical (179 vs. 229 minutes ; p=0,13). Il n'y a eu que trois complications postopératoires, toutes mineures : une hématurie macroscopique dans le groupe extravésical (grade 1 de Clavien), un hématome nécessitant une transfusion sanguine et une pyélonéphrite dans le groupe transvésical (tous deux de grade 2 de Clavien) (11,1% vs. 15,4%; p=0,99). La durée de l'hospitalisation ne différait pas significativement entre les deux groupes (5,1 vs. 4,1 jours; p=0,56). Aucune des patientes n'a eu de récidive de fistule vésicovaginale après un suivi médian de 14 mois (IQR 3-21).

### > CONCLUSION:

La présente série, l'une des plus importantes cures de FVV robotique rapportées à ce jour, est cohérente avec les quelques séries déjà publiées avec un taux de guérison de 100% et d'excellents résultats péri-opératoires. L'excision systématique du tractus fistuleux et le taux élevé d'interposition de lambeaux peuvent expliquer le taux de réussite élevé. L'approche transvésicale et extravésicale a donné des résultats similaires, mais l'approche transvésicale peut permettre de traiter des fistules plus complexes (par exemple, infratrigonales).

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 17H00 - 18H30 IMPLANTATION ROBOT-ASSISTEE DU SPHINCTER ARTIFICIEL URINAIRE AMS-800 CHEZ LA FEMME : UNE SERIE MULTICENTRIQUE INTERNATIONALE DE 182 PATIENTES

**PEYRONNET Benoit** 

### > INTRODUCTION

L'Implantation robot-assistée du sphincter artificiel urinaire AMS-800 (SAU) chez la femme s'est considérablement développée dans plusieurs pays. Cependant, les données sur le sujet restent relativement limitées. L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats péri-opératoires et fonctionnels de l'implantation robot-assistée du SAU chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire d'effort (IUE) par insuffisante sphinctérienne

### > PATIENTS ET MÉTHODES

Toutes les patientes ayant eu une implantation robot-assistée de SAU selon une technique standardisée (approche antérieure) entre 2013 et 2022 dans seize institutions européennes ont été incluses dans une étude rétrospective. L'indication de l'implantation d'un SAU était l'incontinence urinaire d'effort de type III par insuffisance sphinctérienne définie par la combinaison d'une faible pression de cloture ou Valsalva Leak Point Pressure et de fuites objectivées à la toux avec un urètre peu mobile. Le critère d'évaluation principal était le résultat fonctionnel catégorisé en continence complète (0 protection), améliorée ou inchangée.

### > RÉSULTATS

Cent quatre-vingt-deux patients ont eu une implantation robot-assistée d'un SAU. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1. Il y a eu 26 complications peropératoires (15,6 %): 14 plaies du col vésicale et 12 plaies vaginales. Les chirurgiens ont poursuivi l'implantation dans tous les cas de plaie per-opératoire sauf un. Trente-huit patients ont présenté des complications postopératoires (22,3 %) mais seulement dix avaient une complication Clavien  $\geq 3$  (5,5 %). Après un suivi médian de 12 mois, 11 explantations de SAU ont été réalisées au total (6,1%) dont 8 pour extrusion urétrale ou exposition vaginale (4,4%). La survie sans explantation à 5 ans a été estimée à 88,8 % selon la méthode de Kaplan-Meier. Lors de la dernière visite de suivi, 152 patientes étaient sèches (83,5%), 15 étaient améliorés (8,2%) et 15 étaient inchangés (8,2%).

### > CONCLUSION

Dans cette grande série internationale multicentrique, l'implantation robotique du SAU chez la femme était associée à des résultats péri-opératoires et fonctionnels prometteurs. Cette série confirme la reproductibilité de la technique robotique «antérieure» d'implantation du SAU chez la femme

### Tableau 1

	N=182
Age médian (années)	67(28-86)
Score ASA=3	26 (14,5%)
Antécédent de chirurgie de l'incontinence	157 (86,3%)
Pression de cloture médiane (cmH20)	23 (2-60)
Antécédents de radiothérapie pelvienne	3(1,6%)
Insuffisance sphinctérienne neurogène	15 (8,2%)

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 14H05 - 15H35 EFFICACITE CLINIQUE ET URODYNAMIQUE A LONG TERME DES CHIRURGIES D'ENTERO-CYSTOPLASTIE AVEC CYSTECTOMIE SUS-TRIGONALE CHEZ LES PATIENTS BLESSES MEDULLAIRES

**BALANCA Astrid** 

### **INTRODUCTION**

Déterminer l'efficacité à long terme sur le plan clinique et urodynamique ainsi que l'apparition des complications uro-néphrologiques des patients blessés médullaires ayant eu une entéro-cystoplastie d'agrandissement avec cystectomie sus trigonale associée.

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Etude mono-centrique, rétrospective de patients blessés médullaires ayant eu une entérocystoplastie d'agrandissement depuis janvier 1994 avec un suivi de plus de 8 ans.

Le critère de jugement principal était l'efficacité à long terme sur le plan clinique et urodynamique des patients avec entéro-cystoplastie d'agrandissement avec cystectomie sus trigonale associée. Le critère de jugement secondaire était l'apparition de complications uro néphrologiques secondaires à la chirurgie.

### RÉSULTATS

Nous avons inclus 77 patients: 57% était de sexe féminin, la moyenne d'âge était de 52 ans (+/- 13 ans), 77% était paraplégique depuis 25 ans en moyenne [19.30]. Le taux de réussite à long terme (13 ans [10;15] après l'entéro-cystoplastie) était de 93,5 % pour les paramètres urodynamiques et de 76,6 % pour l'incontinence urinaire. Les résultats à court et à long terme après l'entéro-cystoplastie d'agrandissement ne différaient pas sur le plan urodynamiques ou sur le plan clinique. Des lithiases vésicales ont été retrouvé dans 20,5 % des cas, et 55,8% des patients ont présenté au moins un épisode d'infection urinaire, principalement au cours des deux premières années de suivi. Aucun cas de cancer de la vessie n'a été diagnostiqué.

### CONCLUSIONS

L'entéro-cystoplastie associée à une cystectomie sus-trigonale chez les patients blessés médullaire semble sûre et efficace à court comme à long terme. Le bilan urodynamique régulier ne semble pas nécessaire chez les patients cliniquement stables.

En revanche, une surveillance étroite des paramètres uro-néphrologiques est importante en raison du risque de complications urologiques potentielles.

COMMUNICATIONS LIBRES
MEDICALES
14H05 - 15H35

### QUALITE DE VIE ET ADHESION A LA STOMIE A COURT TERME (3 MOIS); RESULTATS DE LA COHORTE MIO-QOL

**MEURETTE Guillaume** 

### **INTRODUCTION**

La confection d'une stomie a un impact sur la qualité de vie des patients. Outre la modification de l'image corporelle, elle est responsable d'une morbidité spécifique (lésions cutanées, fuites sous l'appareillage, troubles du transit) qui influencent cette qualité de vie. Les progrès récents dans la qualité de l'appareillage et dans l'éducation des patients avant et durant leur séjour ont amélioré la prise en charge depuis les 10 dernières années. L'objectif de cette étude a été d'évaluer dans une cohorte prospective multicentrique nationale la qualité de vie, le recours aux ressources médicales et paramédicales 3 mois après la confection d'une stomie (iléostomie, colostomie droite et urostomie).

### PATIENTS ET MÉTHODES

195 patients (mars 2019-Décembre 2020) ont été inclus. Les données démographiques, indications de confection de la stomie, prise en charge préopératoire, périopératoire ont été systématiquement colligées. Les patients étaient revus de façon systématique lors d'une première visite à 1-2 mois, puis une seconde visite à 3 mois par les infirmières spécialisées en soins de stomie. Les scores validés de qualité de vie (Stoma-QoL) et de lésions cutanées (DET-score) ont été saisis. Les sollicitations médicales et paramédicales des patients en lien avec la stomie et entre les visites ont été rapportées (cahier patient). Tous les patients recevaient l'appareillage Sensura-Mio\* comme premier appareillage en routine de soins ; toute modification secondaire de l'appareillage était colligée.

### **PRÉSULTATS**

L'âge moyen était 62.5 ans ; avec une prédominance d'hommes (60%). La stomie était digestive dans 71% des cas, urinaire dans 29%. L'indication était cancérologique dans 65% des cas. La chirurgie était effectuée par laparotomie dans 65% des cas, et effectuée en urgence dans 36%. Un marquage préopératoire de la stomie a été effectué chez 61% des patients. Le score de qualité de vie à 3 mois était bon chez 69.8% des patients (score Stoma-QoL $\geq$ 53) ; (91.4% en cas d'urostomie, 62.9% en cas de stomie digestive). Concernant l'état cutané, le DET score moyen était de 1.19/15 en sortie d'hospitalisation : 1.75/15 à 1 mois, 1.14 à 3 mois. Concernant les fuites sous l'appareillage, elle sont survenues occasionnellement pour 25% des patients, mais ont augmenté significativement à 1 mois (p:0.0022). La consultation avec une infirmière formée en soins de stomie a permis de soulager ces épisodes et revenir à la situation d'hospitalisation (p:0.41). En analyse multivariée, 3 facteurs ont influencé la qualité de vie : L'indication (cancer OR : 2,9) ; l'existence d'un traitement anticancéreux (chimiothérapie ; OR : 15,7) et le score cutané à 3 mois (OR : 6,2). 94,1% des patients ont gardé le même appareillage sans changement et souhaitaient le poursuivre.

### CONCLUSION

Cette étude est la première évaluant la qualité de vie précoce après confection d'une stomie. En ayant recours à un appareillage moderne (Sensura-Mio) évalué dans cette étude, la qualité de vie des patients nouvellement stomisés avec stomie à effluents liquides est identique aux patients stomisés chroniques. L'intervention d'une infirmière spécialisée en soins de stomie est indispensable au suivi des patients notamment pour gérer les fuites occasionnelles et l'état cutané, leur rôle est central dans le suivi et le relai après l'hospitalisation

COMMUNICATIONS LIBRES
MEDICALES
14H05 - 15H35

# NYCTURIE ET POLYURIE NOCTURNE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE DYSRAPHISME SPINAL

**HADDAD Rebecca** 

### HYPOTHÈSE / OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

Les dysraphismes spinaux (DS) sont des malformations congénitales résultant d'un défaut de fermeture des composants de la colonne vertébrale et de la moelle épinière. Il existe deux types de DS: les DS ouverts, ou «spina bifida aperta», dans lequels il n'y a pas de couverture cutanée (par exemple, myéloméningocèle, myélocèle); les DS fermés, ou «spina bifida occulta», dans lequels la malformation est couverte (par exemple, lipome du filum terminal, sinus dermique, etc.). Le dysfonctionnement des voies urinaires est fréquent chez les personnes atteintes de DS, et les symptômes du bas appareil urinaire ont un impact significatif sur la qualité de vie. La nycturie, définie comme le fait de se réveiller pour uriner pendant les heures de sommeil souhaitées, est l'un des symptômes urinaires les plus courants et les plus gênants dans les pathologies neurologiques. Si l'épidémiologie de l'incontinence urinaire est bien documentée chez les patients avec un DS, aucune étude ne décrit la prévalence de la nycturie dans cette population.

L'objectif de cette étude est d'évaluer, dans une cohorte de patients atteints de DS, la prévalence de la nycturie et son mécanisme.

### PLAN DE L'ÉTUDE, MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une analyse transversale monocentrique de patients consécutifs atteints de dysraphisme spinal qui ont bénéficié d'une évaluation urodynamique dans un service de médecine de réadaptation d'un hôpital universitaire.

Les participants étaient des hommes et des femmes vivant dans la communauté et souffrant de DS qui se sont présentés pour une évaluation urodynamique. Les critères d'inclusion étaient l'âge ≥18 ans et le diagnostic de DS. Les critères d'exclusion étaient les facteurs associés à une nycturie atypique : recevoir des soins de fin de vie ou d'autres tumeurs malignes en phase terminale, une insuffisance rénale terminale, un cancer de la vessie, une radiothérapie pelvienne antérieure.

Les participants ont été classés selon qu'ils souffraient ou non de nycturie, avec ou sans polyurie nocturne. La nycturie était définie par au moins un réveil nocturne pour uriner. Cette variable a été recueillie à la 1ère évaluation dans le service. La polyurie nocturne a été définie comme une production proportionnelle accrue d'urine pendant la nuit par rapport au volume d'urine des 24 heures en utilisant l'indice de polyurie nocturne (NPi), le taux de polyurie nocturne (NUPr) et l'index de nycturie (Ni). Le NPi est le rapport du volume urinaire nocturne sur celui des 24 heures (%). Le NUPr est le rapport du volume urinaire nocturne sur la durée de la période de sommeil (mLs/h). Le Ni est le rapport du volume urinaire nocturne sur la capacité vésicale maximale. La polyurie nocturne est définie par un NPi=33% chez les adultes de plus de 65 ans, >20% chez les jeunes adultes et entre 20 et 33% chez les adultes d'âge moyen ; un NUPr>90ml/h ; un Ni>1.5 Cette variable a été recueillie par l'analyse du catalogue mictionnel. Des statistiques descriptives ont été réalisées pour déterminer la prévalence de la nycturie dans cette population et son mécanisme.

### **PRÉSULTATS**

31 patients ont été inclus, totalisant 55 venues (âge médian 29[21;39], 68% de femmes). La majorité des patients (n=17) avait une DS ouverte et avait une autonomie pour la marche (n=22). La plainte urinaire principale était la présence d'une incontinence urinaire mixte (n=10). Le diagnostic urodynamique le plus fréquent était la présence d'une hyperactivité du détrusor (n=13), associée à une insuffisance sphinctérienne dans la moitié des cas. Seulement 5 patients avaient une nycturie, avec une médiane d'épisode de 0,5(0;1). Sur les 27 catalogues mictionnels disponibles, 5 retrouvaient une polyurie nocturne définie par le NPi, 1 avec le Ni et aucun avec le NUPr. Sur les 5 patients avec une polyurie nocturne, seulement 3 se plaignaient d'une nycturie. Les deux patients se plaignant d'une nycturie et n'ayant pas de polyurie nocturne avec une insuffisance sphinctérienne ou une hyperactivité du détrusor.

### **CONCLUSION**

Dans cette étude préliminaire chez des patients avec un dysraphisme spinal, la prévalence de la nycturie est faible. La polyurie nocturne n'est pas systématiquement retrouvée chez les patients se plaignant d'une nycturie. Ces données seront étayées par celles d'une cohorte d'environ 200 patients.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 14H05 - 15H35 IDENTIFICATION DES FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX DU PESSAIRE POUR LES FEMMES AYANT UN PROLAPSUS GÉNITAL : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE UTILISANT UN ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

**LEOUOY Marie Amélie** 

### **INTRODUCTION**

La Haute Autorité de Santé recommande l'utilisation d'un pessaire en première intention pour tous les prolapsus pelviens symptomatiques.

Toutefois, aucune recommandation concernant le type de pessaire à utiliser en fonction des caractéristiques des patientes n'existe à ce jour, ceci conduisant souvent à une mauvaise prescription et donc à un échec.

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les facteurs influençant le choix du type de pessaire chez des professionnels « experts » et tenter d'établir une stratégie consensuelle du choix d'un type de pessaire lors d'une consultation pour prolapsus génital.

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude exploratoire qualitative réalisée en France entre novembre 2021 et janvier 2022. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de professionnels (médecins, kinésithérapeutes, sage-femmes) utilisant de façon courante dans leur pratique des pessaires.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation de l'information. Des algorithmes de choix ont ensuite été créés et évalués par une méthode DELPHI.

### RÉSULTATS

Vingt et un professionnels ont été interrogés. Quatre ont été exclus du fait d'une prescription insuffisante de pessaire. Parmi les dix-huit professionnels restants, nous avions neuf gynécologues obstétriciens, quatre kinésithérapeuthes, deux urologues, un gynécologue médical et une sage-femme.

Le nombre moyen de premiers pessaires prescrits étaiet en moyenne de 5 par semaine pour ces professionnels « experts » interrogés.

Tous les professionnels s'accordaient à dire que le premier paramètre à choisir lors de la pose est le modèle et non la taille.

Les paramètres permettant le choix d'un modèle étaient variables d'un professionnel à l'autre. Parmi les plus cités, on observait ; l'autonomie de la patiente (65%), la présence ou non d'une incontinence urinaire d'effort associée (47%), le type (29%) et le grade du prolapsus (29%). Ces caractéristiques nous ont permis d'élaborer deux algorithmes pour aider les « novices » dans le choix du modèle de pessaire.

Après évaluation, l'algorithme 1 semblait plus conforme aux pratiques des « experts » et plus utile pour des professionnels « novices ».

### CONCLUSION

Ces entretiens semi-directifs nous ont permis d'établir un algorithme de choix du modèle de pessaire.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 14H05 - 15H35 MODIFICATIONS DE LA SENSIBILITE ANO-RECTALE ET SES RELATIONS AVEC LA CONSTIPATION, L'INCONTINENCE FECALE, LE TEMPS DE TRANSIT COLIQUE ET LES PARAMETRES URODYNAMIQUES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SCLEROSE EN PLAQUES

**TENG Maelys** 

### **INTRODUCTION**

Le maintien de la continence anale requiert des capacités de discrimination anorectale et une intégrité des fibres nerveuses afférentes nécessaire pour initier l'envie de déféquer en réponse à la distension rectale.

Ainsi, des troubles de la sensibilité rectale, retrouvés dans des pathologies neurologiques telle que la sclérose en plaques (SEP), peuvent entrainer une incontinence fécale et/ou une constipation.

### **MÉTHODES**

74 patients atteints de SEP ont été inclus dans cette étude rétrospective monocentrique. Les données et scores cliniques (Neurogenic Bowel Dysfunction score (NBD), Bristol score, Urinary Symptoms Profile, Female Sexual Function Index (FSFI)) ont été collectés. Les résultats de la manométrie anorectale, du temps de transit colique et de l'évaluation urodynamique réalisés ont également été recueillis.

### **PRÉSULTATS**

Soixante-quatorze patients (55 femmes, 19 hommes, d'âge moyen 46.8 ans) ont été inclus. Le score EDSS moyen était à 3.39. 88% des patients présentaient une hyperactivité vésicale. Le score NBD moyen était à 5.63. Les seuils de perception rectale étaient supérieurs aux valeurs normales dans 90% des cas (67 patients sur 74).

Il existe une corrélation entre la première sensation du besoin de déféquer (PSBD) retrouvée à la manométrie anorectale et la première sensation de besoin d'uriner pendant l'évaluation urodynamique, (p= 0.39; p=0.026). Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la PSBD et les autres paramètres de manométrie (réflexe recto-anal inhibiteur, p=0.975; pressions du sphincter anal interne/externe, p=0.357).

Le score de charge anticholinergique n'était pas corrélé aux autres paramètres, notamment le score NBD, l'échelle de Bristol ou les autres paramètres anorectaux. En revanche, le PSBD était corrélé au score ESEL.

### CONCLUSION

Cette étude montre une altération des seuils de perception de la sensibilité rectale chez les patients atteints de sclérose en plaques ainsi que l'existence d'une relation entre les fonctions sensitives anorectale et vésicale dans cette population. Cette inter-relation doit être prise en compte dans la prise en charge des troubles vésico-sphinctériens et anorectaux d'origine neurologique.

Mots clés : sclérose en plaques, sensibilité anorectale, manométrie anorectale, constipation, incontinence fécale

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 14H05 - 15H35 RESULTATS DE LA NEUROSTIMULATION TRANSCUTANEE DU NERF TIBIAL POSTERIEUR DANS LES TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS DE L'ENFANT : UNE SERIE DE 145 PATIENTS CONSECUTIFS

**RANKE Aline** 

### **OBJECTIF**

Les troubles vésicos phinctériens de l'enfants sont fréquents et les possibilités thérapeutiques restent limitées. Nous présentons les résultats de la neurostimulation transcutanée tibiale postérieure, particulièrement à long terme, chez nos patients.

### MATÉRIFI

145 enfants (4 à 17 ans), début du traitement entre 2015 et 2020. La stimulation est réalisée 20 minutes par jour à domicile, 6 à 7 j par semaine durant au minimum 4 mois ; 38 patients ont un traitement associé. L'évaluation est réalisée au moyen d'un cahier de suivi individuel, de calendriers mictionnels, et de débitmétries.

### RÉSULTATS

101/145 enfants (70%) ont un succès total ou partiel du traitement; les meilleures indications sont: l'hyperactivité vésicale isolée (guéri ou amélioré=87%) ou associée à un trouble de la vidange vésicale (90%), à une énurésie nocturne (70%), ou à une insuffisance sphinctérienne (62%); les résultats sont intermédiaires en cas de trouble isolé de la vidange vésicale (50%); ils sont mauvais dans l'énurésie nocturne isolée (20%).

54 enfants ont suivi un traitement très prolongé (12-62 mois) avec des bons résultats, 8 restent dépendants de la stimulation.

### CONCLUSION

La neurostimulation transcutanée du nerf tibial postérieur a sa place dans la prise en charge des enfants porteurs de troubles vésicosphinctériens. En cas de résultats partiels, la stimulation peut être prolongée avec des résultats satisfaisants. La tolérance et la compliance sont excellentes.

COMMUNICATIONS LIBRES
MEDICALES
14H05 - 15H35

### QUELLE EST L'EFFICACITE DES REGLAGES DE LA STIMULATION SACREE APRES IMPLANTATION DEFINITIVE POUR INCONTINENCE FECALE?

**DESPREZ Charlotte** 

### > INTRODUCTION

La neuromodulation des racines sacrées (NMS) est recommandée comme traitement chirurgical de 1ère ligne chez les patients souffrant d'incontinence fécale (IF). Au cours du suivi, la reprogrammation des paramètres de stimulation est recommandée afin d'optimiser la réponse au traitement. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la reprogrammation du stimulateur chez les patients implantés pour IF.

### **MÉTHODE**

Les données issues de patients ayant reçu une implantation permanente d'une neuromodulateur dans notre centre entre janvier 2009 et décembre 2019 ont été analysées rétrospectivement. Les symptômes présents après implantation, les réglages initiaux du boitier de NMS et les changements de réglages réalisés à chaque visite ont été notés. L'efficacité de la reprogrammation était déterminée par l'évaluation de la satisfaction du patient.

### **RÉSULTATS**

Parmi 117 patients (H/F: 4/113; âge moyen: 59,5±11.8 ans) implantés pour IF, 84 (72%) présentaient au moins un symptôme nécessitant la reprogrammation du stimulateur, apparu pour la plupart dans l'année qui suivait implantation (p<0,05). Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient la perte d'efficacité (68,5%) (p<1.10-3) et la douleur (20.5%) (p<1.10-3). La reprogrammation était efficace dans 53% des cas si réalisée pour perte d'efficacité et dans 76% des cas si réalisée pour douleur. Lorsque les paramètres de stimulation étaient reprogrammés de manière consécutive quatre fois ou plus afin de traiter un même symptôme, la reprogrammation était moins efficace pour traiter ce symptôme (p=0,02).

### **CONCLUSION**

Un suivi régulier des patients en association à une reprogrammation des paramètres de stimulation afin de traiter les symptômes apparus au cours du suivi permettrait d'optimiser l'efficacité de la NMS.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 14H05 - 15H35

# INCONTINENCE URINAIRE ET REEDUCATION : ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DE FEMMES DE 30 A 65 ANS

STEENSTRUP Benoit

### **INTRODUCTION**

Au sein de la population générale française, l'Incontinence Urinaire (IU) féminine concerne près d'une femme sur deux. De nombreux facteurs de risque de l'IU féminine ont été décrits dans la littérature. Les recommandations françaises et internationales concernant sa prise en charge et les traitements associés s'accordent toutes sur l'importance de la rééducation en première intention. Cependant, l'IU est perçue par 43% de la population française comme un sujet tabou. Seulement une femme sur quatre en parle à son médecin et nombreuses sont celles qui méconnaissent l'existence de traitement. Afin de proposer une sensibilisation adéquate, notre étude a pour objectif de comprendre pourquoi de nombreuses femmes qui souffrent d'IU n'ont pas recours à la rééducation.

### MATÉRIFI ET MÉTHODE

Une étude observationnelle descriptive transversale a été menée durant les mois de janvier et février 2022, par le biais d'un questionnaire auprès de femmes de 30 à 65 ans, vivant dans la métropole du Grand Nancy. Ce questionnaire a permis d'appréhender les connaissances des femmes interrogées et d'identifier leurs comportements vis-à-vis de l'IU et de sa rééducation.

### **RÉSULTATS**

Les 96 réponses obtenues nous ont permis de mettre en avant plusieurs paradoxes pouvant expliquer le non-recours à la rééducation des femmes affectées par une IU. La présence d'idées reçues, des connaissances à consolider et/ou à développer, une sensibilité toujours présente autour de l'IU et un rôle primordial des divers professionnels de santé concernés ont également été relevés.

### DISCUSSION

Cette étude a permis de mettre en évidence des besoins, des réponses et une demande existante de la part des femmes vis-à-vis de la prise en charge de l'IU féminine et de sa rééducation. Des propositions de réponses en adéquation avec les résultats obtenus ont pu être avancées. La mise en place et l'évaluation de ces actions devraient faire l'objet d'études et de recherches supplémentaires pour permettre une meilleure prise en charge de l'incontinence urinaire féminine, véritable problème de santé publique.

COMMUNICATIONS LIBRES MEDICALES 14H05 - 15H35

### ADHESION ET BARRIERES AU SONDAGE INTERMITTENT PROPRE CHEZ UNE POPULATION MUSULMANE

**EL BELOUI Ryme** 

### **INTRODUCTION**

Le sondage intermittent propre (SIP) est le gold standard dans la prise en charge des vessies rétentionnistes.

Il nécessite une éducation thérapeutique. Les médecins en charge de cette éducation se heurtent à plusieurs barrières impactant l'adhésion du patient au SIP. L'objectif de cette étude et d'identifier les facteurs de non-adhésion au SIP chez une population musulmane afin de pouvoir proposer des solutions adaptées.

### PATIENTS ET MÉTHODES

C'est une étude prospective, descriptive et analytique ayant duré 18 mois.

Les patients ont été recrutés au service de médecine physique et réadaptation au CHU lbn Rochd Casablanca durant les consultations neuro-urologiques. Le questionnaire Intermittent Catheterization Satisfaction Questionnaire (InCaSaQ) a été rempli, ainsi qu'un questionnaire que nous avons réalisé, basé sur les difficultés que rencontrent les patients.

### **RÉSULTATS**

75 patients ont été recrutés. La moyenne d'âge était de 34,5 ans, avec une prédominance masculine. L'adhésion au SIP était de 69,33% après un mois. Un point a été fait à intervalle régulier avec les patients durant les 18 mois. L'adhésion à 1,5 ans était de 45,33%. Les facteurs de non-adhésion les plus communs étaient l'anxiété, la peur de se blesser, et la perte de virginité pour les femmes et la peur de l'infertilité chez les hommes.

### **CONCLUSION**

Plusieurs facteurs expliquent la non-adhésion des patients au SIP. L'éducation thérapeutique a toute son importance ainsi que des contrôles réguliers afin de rassurer les patients et permettre une meilleure observance.

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

# ETUDE KNOWELL BILLECOCO Sylvie

#### > INTRODUCTION

Une récente revue de littérature a montré que les connaissances des femmes en période périnatale sur les TPP, leurs facteurs de risque et les mesures préventives sont limitées [1] suggérant qu'elles ne sont pas en mesure de se prendre en charge et sont fataliste sface à leurs symptômes [1]; de plus, l'adhérence aux mesures préventives est dépendante de la connaissance des TPP. Cette revue systématique a permis de souligner qu'aucune étude n'a abordé dans son questionnaire, l'intégralité des différentes thématiques d'information sur les TPP. Les mesures préventives abordées ne concernaient que les exercices de contraction des muscles du plancher pelvien.

#### > OBJECTIFS

Notre objectif est d'étudier les connaissances des femmes en postpartum dans une maternité française sur les TPP en prenant en compte l'anatomie et la fonction des MPP, l'ensemble des TPP, les moyens de les prévenir ou traiter et d'étudier si le désir d'information varie en fonction de la présence de symptômes de TPP.

Evaluer les connaissances des femmes françaises sur les MPP et les troubles pelvi-périnéaux périnataux, les moyens de les prévenir ou traiter.

Evaluer le désir d'information des femmes sur les TPP et sur leur prévention en fonction de la présence ou non de symptômes.

Décrire les thèmes concernant les TPP abordés par les professionnels de santé pendant la grossesse

Déterminer les sources et le format de l'information reçue pendant la grossesse

#### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude est une enquête de cohorte prospective monocentrique, portant sur 251 participantes majeures, parlant français et dont les nourrissons étaient en bonne santé ont été recrutées pendant leur séjour en suite de couches entre juin 2021 et juin 2022.

Les données ont été recueillie par un questionnaire auto-administré propre à l'étude inspiré par le questionnaire validé PIKQ et les questionnaires retrouvés dans la littérature. Le questionnaire a été relu, revu et discuté par une équipe pluridisciplinaire de pelvipérinéologie et testé sur 10 participantes, le questionnaire final comporte 5 parties : « Vos connaissances », « Informations et grossesses », « Vos sources d'information », « Symptômes actuels », et « Format désiré ».

La présence de symptômes était recueillie grâce aux données des suite de couches.

Le score de connaissance a été déterminé par le nombre de bonnes réponses obtenues, 1 point par bonne réponse, 0 pour les mauvaises et 0,5 pour les réponses « Je ne sais pas », donnant un score sur 21.

Les « je ne sais pas » ont été comptabilisés avec les réponses « fausses » pour certaines questions lorsque leur nombre étaient inférieures à 4 %.

Pour le score d'information, le score total a été déterminé à partir des 2 questions «Sur quels thèmes auriez-vous souhaité plus d'informations pendant la grossesse ?» et «Merci de nous indiquer si pour les thèmes suivants, vous avez recherché des informations par vous-même.» réalisant un score total sur 14.

Une comparaison a été réalisée entre les femmes symptomatiques et non symptomatique pour déterminer si le fait d'avoir des symptômes entrainait un désir d'information plus important.

#### > RÉSULTATS :

Au total, les femmes avaient un score de connaissance global de 14,25 sur 21, pouvant être considéré comme satisfaisant. Les questions suscitant le plus de « Je ne sais pas » de la part des femmes sont : « Il n'y pas de traitement pour l'IA » pour 45,02% d'entre elles ; « La rééducation périnéale peut être proposée pendant la grossesse aux patientes présentant une incontinence (urinaire ou anale)? » pour 44,22% ; « Il est possible d'avoir une incontinence anale suite à une déchirure périnéale ? » pour 40,24 % ; « Il n'y a pas de traitement pour le prolapsus » pour 31,87% ; « Est-il possible d'avoir un prolapsus en post-accouchement ? » pour 25,90% ; « Il est possible d'avoir une incontinence anale suite à la grossesse et l'accouchement. » pour 25,50% ; et pour finir, « Il est possible d'avoir des douleurs aux rapports sexuels après l'accouchement. » pour 25,50%

Bien que le score de connaissance fut satisfaisant, certaines questions ont suscité un taux important de mauvaises réponses ; « La rééducation du périnée est-elle systématique en post-partum ? », 46,22% ont répondu « VRAI »; « La pratique d'exercices des muscles du plancher pelvien peut réduire le risque d'incontinence urinaire. », 35, 49% des femmes ont répondu « FAUX » ; « Combien d'orifices possèdent le plancher pelvien féminin ? », 33,74% des femmes ont répondu 2 orifices ; « Surveiller son poids pendant la grossesse peut réduire le risque d'incontinence urinaire ? », 29,48% des femmes ont répondu « FAUX » ; pour finir, à la question « Il est possible d'avoir des douleurs autour de la région génitale après l'accouchement. », 25,50% des femmes ont répondu « FAUX ».

En comparant le groupe de femmes symptomatiques (n= 139) au groupe de femmes non symptomatiques (n= 112), les scores de connaissances étaient peu différents (14,37 vs 14,09).

Le score total d'information des participantes était 5,18 sur 14 pouvant être considérée comme insatisfaisant. 79,58% des femmes n'avaient pas reçu d'informations sur les douleurs du plancher pelvien, 74,10% sur les facteurs de risques des TPP, 70,92% sur la prévention des TPP, 70,52% sur les douleurs pendant les rapports sexuels, 64,54% sur l'anatomie du plancher périnéal, 60,56% sur les prolapsus, 60,16% sur l'IA, 54,98% sur la constipation et 49% sur les fuites urinaires.

Cependant, 72,51% des femmes n'ont pas recherché d'informations sur les facteurs de risques sur les TPP, 70,92% sur les douleurs du plancher pelvien, 69,72% sur la prévention des TPP, 69,32% sur l'anatomie du plancher pelvien, 68,13% sur les prolapsus, 67,33% sur l'IA, 66,93% sur la constipation, 65,74% sur les douleurs pendant les rapports sexuels et 63,65% sur les fuites urinaires.

L'information sur l'incontinence urinaire était l'information la plus reçue pendant la grossesse et le thème le plus recherché tandis que les facteurs de risques sur les TPP était le moins recherché.

Les femmes accordaient un niveau d'importance élevée à l'ensemble des thèmes, de 96% à98%, les prolapsus et les douleurs au niveau du plancher pelvien ayant le plus haut niveau.

Aucun lien n'a été établi entre être symptomatique et le désir d'informations sur les différents thèmes exposés. Les femmes asymptomatiques souhaitaient autant s'informer que les femmes symptomatiques.

Pour l'anatomie du plancher pelvien, la première source d'information était la sage-femme 38,65%, les autres professionnels arrivant en 6ème position après les informations grand public kinésithérapeute 22,71%, le gynécoloque 20,32%, le médecin généraliste 17,13%.

Pour les symptômes pelvi-périnéaux, la première source d'information était la famille 31,47%, en 4ème position la sage-femme, 7ème le kinésithérapeute 19,92%, 8ème le gynécologue

Pour le thème sur la prévention et les facteurs de risques des TPP, les professionnels de santé comme source d'information étaient la sage-femme 31,73%, le médecin généraliste 30,68%, le gynécologue et le kinésithérapeute 25,90%.

Les thèmes pour lesquels les femmes souhaitaient être le plus informées étaient les symptômes pelvi-périnéaux, leur prise en charge et les moyens de les limiter. Elles souhaitaient être informées majoritairement en début de grossesse grâce à une application et par un professionnel de santé en groupe et individuellement.

#### Commentaires:

Les résultats ont montré des similitudes avec les données de la littérature pour les connaissances sur les TPP<sup>[2]</sup>, le lien surpoids et troubles pelvi-périnéaux<sup>[2]</sup>, pour le bienfait de l'activité physique durant la grossesse<sup>[3]</sup> ainsi que les différents traitements pouvant exister pour les différents troubles pelvi-périnéaux<sup>[2]</sup>. Aucun lien n'était retrouvé pour la présence d'IU et le désir d'être informer sur ce trouble<sup>[4]</sup>

Les femmes veulent être renseignées sur les moyens préventifs concernant les troubles pelvi-périnéaux et avoir de plus amples informations sur ces troubles. Cela s'accorde avec la littérature. Dans une étude de Neels et al., 75% des femmes ont déclaré être intéressées pour obtenir plus d'informations. [5]

#### > CONCLUSION

Le niveau de connaissance sur les TPP était satisfaisant. Cependant, l'éducation des femmes sur les facteurs de risques et les mesures préventives concernant la survenue des TPP était incomplète. Les professionnels de santé étaient peu source d'information, seule la sagefemme était dentifiée comme telle. Les femmes avaient peu connaissances des traitements et n'identifiaient pas les professionnels de santé en mesure de les prendre en charge.

<sup>[1]</sup> Charrié M, Troubles pelvipérinéaux de la période périnatale, Etat des lieux des connaissances, 2020, doi : 10.1016/j.purol.2020.10.009

<sup>[2]</sup> McLennan MT, Melick CF, Alten B, Young J, Hoehn MR. Patients' knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 17:22-6. https://doi.org/10.1007/s00192-005-1325-2

<sup>[3]</sup> Findley A, Smith DM, Hesketh K, Keyworth C. Exploring womens' experiences and decision making about physical activity during pregnancy and following birth: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2020;20(1):54.

<sup>[4]</sup> M. Mouadil , V. Blanchard , R. Fauvet , A. Dehaene , A.-C. Pizzoferrato. Troubles pelvi-périnéaux : quelles connaissances en ont les adolescentes et les jeunes femmes ? Une revue de la littérature. Progrès en Urologie. fév 2022.

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

ÉTAT DE SANTE PERÇU DES FEMMES APRES REPRISE CHIRURGICALE DE BANDELETTE SOUS-URETRALE ; A PROPOS DE 282 FEMMES

**CAMILLI Hugo** 

#### > HYPOTHÈSE / OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Après la pose d'une bandelette sous-urétrale (BSU), il peut survenir des complications diverses et une reprise chirurgicale peut être nécessaire chez environ 3,8 % des femmes [1]. L'objectif de notre analyse était d'évaluer l'état de santé perçu et l'impression d'amélioration des femmes après reprise chirurgicale pour complication d'une BSU.

#### > PLAN DE L'ÉTUDE / MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le registre VIGI-MESH a pour objectif de recueillir les complications après chirurgie de l'incontinence urinaire dans 30 centres en France et d'évaluer l'état de santé des femmes. Nous avons inclus les femmes ayant eu des complications de grade III (classification de Clavien-Dindo [2]) après la pose d'une BSU. Les complications de grade IV n'ont pas été incluses. En cas de complications multiples, nous avons pris en compte la première reprise chirurgicale. Chaque femme incluse a reçu un questionnaire de santé. Pour apprécier l'état de santé global, nous avons utilisé le minimodule européen ; la première question concerne la santé auto-perçue, la seconde la morbidité chronique et la troisième l'indicateur global de restriction d'activité. Le minimodule européen est utilisé par EuroStat pour évaluer la santé dans les pays européens chaque année : https://ec.europa.eu/eurostat/ (donnée de 2019).

Nous avons modélisé l'état de santé de notre échantillon en tenant compte des caractéristiques des femmes, du type de BSU (rétro-pubien ou trans-obturateur) et des types de complication (analyse logistique). Nous avons comparé l'état de santé de notre échantillon à l'enquête d'EuroStat pour la population française. Un bon état de santé était déterminé par une auto-perception de l'état de santé « bon » ou « très bon ». Les femmes étaient considérées comme handicapées si elles répondaient « sévèrement limitées » dans les activités quotidiennes. L'amélioration après reprise chirurgicale a été définie avec le score PGI-I si les femmes répondaient « mieux » ou « beaucoup mieux ». La douleur physique a été évaluée par une question de l'enquête European Health Interview Survey. Nous avons ajouté le PFDI-20 au questionnaire de santé et la question 3 de l'UDI-6 a été utilisée pour évaluer les fuites urinaires.

Nous avons proposé aux femmes de s'exprimer librement. Une analyse textuelle qualitative a été réalisée afin de statuer si les femmes associaient leur état de santé actuel à la pose de la BSU et de la reprise chirurgicale ou à des troubles urinaires persistants, ou inversement, si les femmes associaient leur état de santé actuel à d'autres problèmes. Toutes les analyses ont été effectuées par un auteur qui n'était pas le chirurgien.

#### > RÉSULTATS

Parmi les 385 femmes qui ont reçu notre questionnaire, 282 y ont répondu (73 %) et constituent notre échantillon. Les pose de BSU ont eu lieu entre janvier 1998 et décembre 2020 et les reprises entre mars 2017 et mai 2021. L'âge moyen au moment de la pose était de

53 ans et la reprise chirurgicale a été réalisée en moyenne  $60 \pm 71$  mois après la pose. Les BSU étaient rétro-publiennes pour 51% des cas et trans-obturatrices pour 49%. Les indications de la reprise chirurgicale étaient la douleur dans 125 cas (44%), l'exposition sans douleur dans 69 cas (24%) et les troubles urinaires sans exposition ni douleur dans 79 cas (28%). Les reprises chirurgicales ont consisté en une ablation totale ou partielle pour 186% femmes (66%), une section de BSU pour 45% cas (16%), une détente de BSU pour 32% cas (11%), un parage vaginal pour 10% cas (4%) ou d'autres procédures pour 9% cas (3%).

La moitié des femmes (49 %, 139 cas) ont déclaré un bon état de santé. Ce taux était inférieur à celui attendu dans la population française : 57 % selon Eurostat (p=0,0272). Les femmes ont noté une amélioration dans 53 % des cas après la reprise chirurgicale. Les femmes se classant comme ayant un bon état de santé ne différaient pas des autres en ce qui concerne l'indice de masse corporelle, le type de BSU, l'indication de reprise, la technique opératoire de reprise et le délai de reprise (analyse multivariée). Le fait d'avoir un bon état de santé était associé à un âge plus jeune (0dds Ratio (0R) par 10 ans [IC 95 %] = 0,78 [0,60-0,99] p = 0,0477), à moins de comorbidités déclarées (0,23 [0,12-0,42] p <0,0001) et à une plus faible proportion de fumeuses (0,24 [0,10-0,60] p = 0,0023).

Dix-neuf pour cent des femmes (53 cas) ont exprimé une limitation sévère dans leurs activités quotidiennes. Les comorbidités et le statut tabagique étaient significativement différents entre les femmes sévèrement limitées et les autres. Le type de BSU, l'indication de reprise, la technique opératoire de reprise et le délai de reprise étaient similaires. Les femmes qui se sont classées comme étant sévèrement limitées ont plus souvent subis des reprises multiples (26 vs 8 %, p=0,0003), ont plus souvent signalées des douleurs physiques (51 contre 11 %, p<0,0001), des douleurs pelviennes (69 contre 49 %, p=0,0208), et une incontinence urinaire d'effort (69 contre 48 %, p=0,0152).

L'analyse textuelle nous montre que parmi les 53 femmes sévèrement limitées, 30 ont lié leurs limitations aux chirurgies de la BSU ou aux troubles urinaires (11% de notre échantillon, 30/282), et 23 à d'autres problèmes de santé (Tableau 1).

#### > INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Après la reprise chirurgicale de BSU, 53 % des femmes se considéraient améliorées et 49 % se considéraient en bonne santé. Le type de BSU, l'indication de reprise ou la technique de reprise n'étaient pas liés à l'indice de santé. L'état de santé était plus faible que prévu dans la population française. Dans notre échantillon, 11 % des femmes ont lié leurs limitations sévères à la pose ou la reprise de la BSU. Si nous excluons ces femmes sévèrement limitées, on retrouve 54 % de femmes en bonne santé ; ceci correspond presque aux données d'Eurostat concernant la population française qui est de 57 % (p=0,4128). Ce dernier résultat suggère que la plupart des femmes qui subissent une complication après la pose de BSU peuvent avoir une vie comparable à celle de la population générale.

#### > CONCLUSION

Selon nos résultats, un bon rétablissement est obtenu pour la moitié des femmes après reprise chirurgicale de BSU. Néanmoins, 10% restent handicapées. Nos résultats sont utiles pour informer les femmes avant la pose d'une BSU ou après en cas de complication nécessitant un traitement chirurgical.

**Tableau 1**Expressions libres sur leur santé chez les femmes gravement limitées.

Sujet	Lien potentiel avec la BSU ou les troubles urinaires		
Douleur	«Brulures et fortes douleurs»; «Les douleurs sont restées»; «douleurs vaginales très importantes lors de mes rapports sexuels impliquant aujourd'hui une nouvelle forme de handicap.»; «Je ne peux avoir aucun rapport sexuel»; «C'est difficile pour mon époux et moi de concevoir une vie sexuelle normale»		
Trouble urinaire	«Je demeure obligée d'utiliser des protections genre protège slip pour éviter d'être souillée en permanence» ; «L'hyperactivité de la vessie n'a pas changé, elle persiste et est invalidante»		
Echec	«Ca n'a pas marché»; «Pas de changements» ; «J'attendais beaucoup plus d'amélioration»		
Désespoir	«Cette opération a détruit ma vie»; «Ma vie a été une longue descente aux enfers»; «J'ai même pensé au suicide ma vie à moi est un enfe <mark>r»</mark> ; «Le filet a détruit ma vie sportive, sexuelle, etc»; «Je me sens mutilée»; «Vie brisée»; «Ma vie est entre parenthèse»		
Travail	«Aménagement de poste pour diminuer les charges lourdes»		
	Limitation liée à un autre problème de santé		

	Limitation liée à un autre problème de santé
Autres problèmes	«Sous chimio"; «Échelle de santé à 80 car en rééducation pour la prothèse totale de genou» ; «Mon état de santé est mauvais suite à mon emphysème sévère»
Succès	«J'ai retrouvé ma dignité»; «J'ai pu reprendre le vélo depuis la dernière intervention»; «Mes soucis liés aux fuites urinaires ont été résolus après l'ablation de la bandelette»

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

EVALUATION D'UN TRAITEMENT PAR
NEUROSTIMULATION ELECTRIQUE
TRANSCUTANEE (TENS) DU NERF TIBIAL
POSTERIEUR DES TROUBLES VESICOSPHINCTERIENS (TVS) SECONDAIRES A
UN SYNDROME PARKINSONIEN: ETUDE
MULTICENTRIQUE RANDOMISEE CONTRE
PLACEBO UROPARKTENS

**CASTEL-LACANAL Evelyne** 

#### > INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Les troubles vésico-sphinctériens (TVS) sont fréquents en cas de syndrome parkinsonien, ils peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie et être responsables de complications. Leur prise en charge thérapeutique est particulière du fait des limites d'utilisation de certains traitements pharmacologiques et du caractère évolutif de la pathologie. La stimulation du nerf tibial par TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), facile d'utilisation et avec peu d'effets indésirables, est un traitement qui a montré son efficacité dans le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale, qu'il soit idiopathique ou neurologique, en particulier chez les patients ayant une sclérose en plaques. L'objectif de notre étude était d'évaluer son efficacité sur les symptômes du bas appareil urinaire, chez les patients atteints d'un syndrome parkinsonien.

#### > MÉTHODE

Etude randomisée multicentrique prospective, en double aveugle ayant comparé les effets du TENS 20 min par jour pendant 3 mois à une stimulation placebo avec le score PGI-I (Patient Global Impression of Improvment) chez des patients adultes, ayant des troubles vésico-sphinctériens dans un contexte de syndrome parkinsonien, en échec ou ayant une contre-indication aux traitements médicamenteux usuels. D'autres paramètres secondaires ont été étudiés et comparés entre les 2 groupes : l'évolution après 3 mois de stimulation des scores PGI-S (Patient Global Impression of Severity), USP (Urinary symptom profil), Qualiveen, le nombre de mictions par 24 heures, d'épisode de fuites urinaires par 24 heures et de la capacité vésicale maximale évalués par le catalogue mictionnel sur 3 jours, la variation du volume du résidu post-mictionnel mesuré par échographie et la survenue de complications infectieuses en comparant le nombre d'épisodes d'infection urinaire sur 3 mois.

#### > RÉSULTATS

Entre 2015 et 2020, 100 patients ont été inclus (47 dans le groupe TENS et 53 dans le groupe placebo), 71 Hommes, d'âge moyen  $68,6\pm8.4$  ans, 85 patients ayant une Maladie parkinson idiopathique. Au début de la prise en charge, le PGI-S était modéré à sévère (score entre 3 et 4) chez 80 patients : 38(83%) dans le groupe TENS, 42(82%) dans le groupe placebo. Il n'y avait pas de différence significative à l'inclusion entre les 2 groupes. Après 3 mois de traitement, 68 patients se sentaient améliorés (score PGI-I entre 1 et 3) : 30(68%) dans le groupe TENS,

38 (71%) dans le groupe placebo ; 66 patients gardaient des symptômes modérés à sévères (PGI S), 32 (69%) dans le groupe TENS, 34 (64%) dans le groupe placebo. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les 2 groupes après 3 mois de traitement, quel que soit le paramètre étudié.

#### > DISCUSSION-CONCLUSION

L'effet de la neuromodulation tibiale par TENS sur les troubles urinaires chez les patients ayant un syndrome parkinsonien après 3 mois de stimulation n'était pas différent du placebo que ce soit pour les scores de ressentis par le patient (PGI), pour les scores symptômes (USP), pour la qualité de vie (Qualiveen), les paramètres du calendrier mictionnel et le taux de complications urinaires.

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE DES TROUBLES ANORECTAUX DANS LA SCLEROSE EN PLAQUES : STAR-Q (SYMPTOMS' ASSESSMENT OF ANORECTAL DYSFUNCTION IN MULTIPLE SCLEROSIS)

**TAN Eliane** 

#### > OBJECTIF

Les troubles anorectaux sont fréquemment présents chez les patients atteints de sclérose en plaques (PaSEP), mais aucun questionnaire spécifique validé dans cette population ne permet une évaluation rigoureuse. Cette étude vise à valider un questionnaire multidimensionnel évaluant les troubles anorectaux chez les PaSEP.

#### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une étude prospective et multicentrique a été menée entre juin 2019 et avril 2021. Le STAR-Q a été construit en 3 étapes. Tout d'abord, une revue de la littérature et des entretiens qualitatifs avec des patients ont été réalisés afin de créer la première version du questionnaire, validée par un panel d'experts. Une étude pilote a ensuite été menée afin d'évaluer la compréhension, l'acceptation et la pertinence des items. Enfin, l'étude de validation a été effectuée pour mesurer la validité de contenu, la cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach) et la reproductibilité [coefficient de corrélation intraclasse (ICC)]. Le critère de jugement principal concernait l'obtention de bonnes propriétés psychométriques du questionnaire avec un q de Cronbach >0,7 et un ICC >0,7.

#### > RÉSULTATS

Nous avons inclus 231 SEP. La compréhension, l'acceptation et la pertinence des items étaient bonnes. STAR-Q a montré une très bonne cohérence interne (Cronbach's  $\alpha$ =0.84) et une très bonne reproductibilité (ICC =0.89). La version finale du STAR-Q est composée de 3 domaines correspondant aux symptômes (Q1-Q14), aux traitements et contraintes (Q15-Q18) et à l'impact sur la qualité de vie (Q19).

#### > CONCLUSIONS

Le STAR-Q présente de très bonnes propriétés psychométriques et permet une évaluation multidimensionnelle des troubles anorectaux chez les patients atteints de Sclérose en plaques.

#### > MOTS-CLÉS

Sclérose en plaques; troubles anorectaux; constipation; incontinence fécale; questionnaire; qualité de vie.

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

### ASSOCIATION ENTRE FRAGILITE ET L'HYPERACTIVITE-HYPOCONTRACTILITE DU DETRUSOR CHEZ LA FEMME AGEE

LY Ong Damien

#### **OBJECTIF**

Les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) affectent les personnes âgées et sont associés à une dégradation significative de la qualité de vie dans cette population. La relation entre les SBAU et l'âge avancé est probablement médiée, en grande partie, par le vieillissement de la vessie. Deux anomalies urodynamiques, qui peuvent généralement sous-tendre les SBAU d'un patient, l'hyperactivité du détrusor (HD) et l'hypoactivité du détrusor (hD), sont toutes deux de plus en plus fréquentes avec l'âge. L'HD peut coexister en combinaison avec l'hD (HD-hD). Ce diagnostic urodynamique a été décrit pour la première fois par Resnick et Yalla (et initialement appelé: « detrusor hyperactivity with impaired contractile function »). Certains auteurs ont émis l'hypothèse qu'il existe un continuum entre l'HD et l'hD, dans lequel l'HD-hD serait un état intermédiaire entre ces deux entités. La théorie d'une progression physiopathologique de l'HD à l'hD est soutenue par la découverte de facteurs étiologiques communs entre l'HD-hD, l'HD et l'hD, tels que le diabète sucré et d'autres pathologies systémiques. Néanmoins, l'étiologie de l'HD-hD reste mal comprise et implique probablement des facteurs multiples et complexes. En outre, étant donné que l'âge avancé a été associé à la fois à l'HD-hD et à la fragilité, on ne sait toujours pas si la fragilité est associée à cette forme unique de dysfonctionnement vésical. Par conséquent, nous avons cherché à explorer les associations potentielles entre l'HD-hD idiopathique et la fragilité chez les femmes présentant une dysfonction vésicale confirmée par urodynamique.

#### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude est une analyse monocentrique transversale de patientes qui ont eu une évaluation urodynamique de 2015 à 2019 dans un hôpital universitaire français en ambulatoire. Ces patientes ont bénéficié d'une évaluation gériatrique et d'une exploration urodynamique le même jour. L'évaluation clinique comprenait une anamnèse et un examen clinique, ainsi qu'une évaluation de l'humeur, de la cognition, de l'autonomie, de l'état nutritionnel, de la mobilité et des symptômes urinaires. Les études urodynamiques ont été réalisées conformément aux bonnes pratiques urodynamiques de l'International Continence Society. Les données de la présente analyse ont été vérifiées conformément à la législation française sur les études rétrospectives (numéro d'accord 2219031-V0) en suivant les principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki.

Les sujets inclus étaient des femmes âgées de ≥65 ans ayant eu cette double évaluation (gériatrique et urodynamique). Les patientes ayant des antécédents de troubles neurologiques ont été exclues. Les critères d'exclusion supplémentaires étaient une incapacité à uriner (>100 mL) ou une efficacité de la miction vésicale <5% (défini par le rapport entre le volume uriné et la capacité totale de la vessie) et une obstruction sous vésicale lors de l'évaluation urodynamique.

L'évaluation urodynamique a été utilisée pour catégoriser les patients comme ayant une HD, une hD, ou une combinaison HD-hD. Les patientes qui ne présentaient pas l'un de ces diagnostics ont été considérées comme ayant une étude urodynamique négative. L'association entre les indices de contractilité (indice de contractilité vésicale [BCI], pression isovolumétrique projetée modifiée [PIP-1], le paramètre k du modèle Valentini-Besson-Nelson [VBN]; dérivé des valeurs de la pression du détrusor au débit maximal [Pdet-Qmax], du débit urinaire maximal [Qmax] et du volume initial lors du déclenchement de la miction) et les diagnostics urodynamiques a été vérifiée.

La fragilité a été quantifiée à l'aide de l'indice de fragilité (IF), défini comme le nombre de déficits de santé présents divisé par le nombre total de déficits de santé évalués. L'IF est un indicateur de l'état de santé et permet de prédire le risque d'invalidité et de décès futurs. Il concrétise le concept de fragilité en tant qu'accumulation de déficits et semble être plus révélateur du vieillissement biologique que chronologique. Sur la base de la liste des déficits de santé, une liste de 54 variables a été générée, comprenant plusieurs comorbidités et l'état fonctionnel. Les données, y compris les antécédents médicaux et chirurgicaux et d'autres questionnaires et évaluations standard validés, ont été extraites pour caractériser davantage la population étudiée. Les questionnaires et évaluations comprenaient l'échelle de risque anticholinergique, le Mini-Mental State Examination (MMSE), le Mini Nutritional Assessment-Screening Form (MNA) (score ≤11 indiquant un risque significatif de malnutrition), le Geriatric Depression Scale 4-items Short Form (GDS) (score ≥1 indiquant un risque significatif de dépression), le Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), le Timed Up and Go test (TUG) (score >20 secondes indiquant un risque accru de chute) et le Urinary Symptom Profile (USP).

Les tests U de Mann-Whitney et Kruskal Wallis ont été utilisés pour comparer les variables entre les groupes. Une analyse de régression logistique multinomiale a été utilisée pour évaluer la relation entre les résultats urodynamiques et l'IF en ajustant en fonction de l'âge. Une valeur p <0,05 a été jugée statistiquement significative et la procédure de Benjamini-Hochberg a été appliquée pour les tests répétés.

#### > RÉSULTATS

Un total de 402 femmes âgées de  $\geq$ 65 ans ont subi une évaluation urodynamique, dont 239 ont été exclues en raison d'une pathologie neurologique, 56 en raison d'une absence de miction, 10 en raison d'une efficacité de miction vésicale <5 % et 2 en raison d'une obstruction de la sortie de la vessie. En conséquence, 95 patients répondaient aux critères d'inclusion dans la présente analyse. L'âge médian des participants était de 78 (70-83) ans, et le score IF médian était de 0,27 (0,2-0,32). La plainte la plus fréquente était l'incontinence urinaire mixte (49,5 %), et la plupart des participants (64,2 %) avaient échoué à au moins un traitement de première ligne. Le diagnostic urodynamique le plus fréquent était HD-hD (29,5%), suivi de hD (27,4%), d'une étude urodynamique négative (22,1%) et de HD (21%). Les indices de contractilité étaient tous significativement associés aux différents diagnostics urodynamiques.

Dans l'analyse univariée, l'âge des patients ne différait pas significativement entre les groupes. L'IF était le plus élevé chez les patients avec HD-hD et différait également de manière significative entre les groupes. L'association entre les résultats urodynamiques et la fragilité a ensuite été examinée plus en détail à l'aide d'un modèle de régression logistique

multinomiale ajustant l'âge. Lorsque les sujets ayant une évaluation urodynamique négative ont été utilisés comme groupe de référence, un score IF plus élevé a été associé à des probabilités ajustées en fonction de l'âge (odds ratio [OR]5,64, [intervalle de confiance à 95 % (IC) 2,04-15,61]) de HD-hD significativement plus élevées. Un résultat similaire a également été observé en utilisant l'hD comme groupe de référence (OR 3,12 [IC 95 % 1,28-7,62]). À l'inverse, l'âge n'était pas significativement associé à l'HD-hD dans toutes les analyses.

#### **CONCLUSION**

Les résultats de l'étude montrent qu'une fragilité cumulative plus élevée est associée à une probabilité accrue d'HD-hD. Cette observation n'a pas pu être attribuée aux seuls effets de l'âge, qui n'a pas persisté en tant que prédicteur de l'HD-hD lors de l'analyse multivariée.

Ces résultats sont cohérents avec les études qui considèrent les pathologies au-delà de l'appareil génito-urinaire comme marqueurs de risque de cette entité urodynamique unique. Bien que plusieurs études récentes aient identifié l'âge comme un déterminant important de l'HD-hD, il convient de noter que la fragilité est indépendamment associée à l'âge. Les résultats de la présente étude, en particulier le fait que l'âge ne persiste pas en tant que prédicteur de l'HD-hD, soulignent le fait que l'HD-hD ne peut être simplement comprise comme un phénomène de vieillissement chronologique. Suivant l'hypothèse de la fragilité comme accumulation de déficits, on peut supposer que la multiplication d'événements de santé potentiellement néfastes pour la vessie peut conduire à un épuisement de la «réserve» vésicale et à l'apparition d'anomalies urodynamiques.

Cependant, les résultats de la présente étude doivent être interprétés en tenant compte de plusieurs limites. La conception transversale de l'étude ne permet pas d'évaluer la causalité de l'association observée entre l'HD-hD et la fragilité. Bien que les troubles neurologiques et l'obstruction de la sortie de la vessie soient des facteurs de confusion très pertinents, l'exclusion de ces variables constitue également un obstacle supplémentaire à la généralisation des résultats de la présente étude. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour élucider la pathogenèse complexe de l'association HD-hD.

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

RECIDIVE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT APRES REVISION CHIRURGICALE DE BANDELETTE SOUS URETRALE : PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE

**PEYRONNET Benoit** 

#### > INTRODUCTION

Les complications prothétiques des bandelettes sous urétrales synthétiques (BSU) sont rares mais souvent très impactantes pour les patientes et requièrent le plus souvent une révision chirurgicale de la BSU. Les techniques de révision de BSU ne sont pas standardisées et varient selon l'indication de la révision et les habitudes du chirurgien. Mais toute révision de BSU expose à un risque de récidive de l'incontinence urinaire d'effort. (IUE). Le risque rapporté dans la littérature est extrêmement variable. Notre hypothèse est qu'il pourrait être lié à la technique de révision et /ou à l'indication. L'objectif de cette étude était de rapporter le taux de récidive de l'IUE après révision de BSU et de rechercher les facteurs prédictifs de récidive d'IUE.

#### > MÉTHODES

Les patientes ayant eu une révision de BSU pour complications prothétiques (douleur, extrusion urétrale ou vésicale, exposition vaginale, obstruction sous vésicale (OSV) ou infection) dans 5 centres entre 2005 et 2022 ont été incluses dans une étude rétrospective. Les techniques de révision chirurgicales étaient divisées en : urétrolyse/détente de la BSU sans section ni excision (DETENTE), section de la BSU (SECTION), excision partielle de la BSU (PARTIELLE) et ablation totale de la BSU (TOTALE). Le critère de jugement principale était la récidive de l'IUE a 3 mois de la révision de BSU objectivée par un test à la toux.

#### > RÉSULTATS

Après exclusion de cinq patientes ayant eu une pose de bandelette aponévrotique concomitante de la révision de BSU, 69 patientes ont été incluses. L'indication de la révision était : 10 extrusions urétrovésicales (12,5%) 12 expositions vaginales (17,4%), 37 OSV (53,6%), 8 douleurs (11,6%) et 4 infections (5,9%). La technique de révision était DETENTE dans 16 cas (23,2%), SECTION dans 10 cas (14,5%), ablation PARTIELLE dans 22 cas (31,9%) et ablation TOTALE dans 21 cas (30,5%). Le taux global de récidive d'IUE à 3 mois de la révision était de 46%. Le risque de récidive d'IUE était plus faible en cas de révision pour OSV (27,3% vs. 66,7%; p=0,002), de révision de bandelette TOT (68,4% vs. 35,7%; p=0,02). La durée avant révision était significativement plus longue dans le groupe avec récidive d'IUE (84,5 vs. 44,8 mois; p=0,004). Le taux de récidive de l'IUE différent significativement en fonction de la technique de révision: 7,7% dans le groupe DETENTE, 22,2% dans le groupe SECTION, 60 % dans le groupe PARTIELLE, et 66,7% dans le groupe totale (p=0,001). En analyse multivariée, seule la technique de révision restait significativement associée au risque de récidive de l'IUE (p=0,02).

#### > CONCLUSION

Dans cette série le taux de récidive d'IUE après révision de BSU était de 46% mais il variait largement en fonction de la technique de révision utilisée. Si celle-ci est bien sur largement dictée par l'indication il semble que plus le geste est minimaliste plus le risque de récidive est faible. Ces données sont susceptibles d'améliorer l'information des patientes avant un geste de révision de BSU.

**SEVEN UP** 11H30 – 13H00

QUELLE EST LA MEILLEURE STRATEGIE DE REVISION EN CAS DE DYSFONCTION NON MECANIQUE D'UN SPHINCTER ARTIFICIEL URINAIRE CHEZ L'HOMME : UNE ETUDE MULTICENTRIQUE

**COUSIN Tiffany** 

#### > INTRODUCTION

Le sphincter artificiel urinaire AMS-800 (SAU) est le traitement de référence pour l'incontinence urinaire d'effort(IUE) sévère chez l'homme. La récidive d'IUE après implantation d'un SAU peut être liée soit à une dysfonction mécanique (panne d'un des composants du sphincter, fuites dans le système) dont la prise en charge est simple et standardisée (changement de tout ou partie du SAU) soit à une dysfonction non mécanique, c'est-à-dire à une récidive de l'IUE malgré un SAU fonctionnel. Ce deuxième cas de figure a longtemps été attribué à une atrophie urétrale dont l'existence même est désormais débattue.

L'objectif de cette étude était de comparer les différentes techniques de révision en cas de dysfonction non mécanique d'une sphincter artificiel urinaire chez l'homme.

#### > MÉTHODES

Les dossiers de tous les patients de sexe masculin ayant eu l'implantation d'un SAU entre 2005 et 2020 dans 10 centres ont été revus rétrospectivement. Pour la présente analyse, seuls les patients ayant eu une révision pour dysfonction non mécanique ont été inclus. La dysfonction non mécanique était définie comme la persistance ou la récidive d'une IUE avec un ballonnet rempli en échographie (32 à 35 mm de diamètre), pas d'érosion à la fibroscopie ni de signes cliniques d'infection du dispositif.

Les stratégies de révision était divisée en : changement de la manchette pour une manchette de plus petite taille (DOWNSIZING), relocalisation de la manchette (RELOC), implantation d'une deuxième manchette (TANDEM-CUFF), changement complet du SAU avec une manchette de même taille sur le même site (CHANGE), changement du ballonnet pour un ballonnet de pression plus élevée (BALLOON-UP). Le critère de jugement principal était la continence à 3 mois de la révision catégorisée en : continence complète (0 protection), améliorée, inchangée.

#### > RÉSULTATS

Cent-quarante-deux patients ont été inclus : 97 DOWNSIZING, 3 BALLOON-UP, 10 RELOC, 13 TANDEM-CUFF, 19 CHANGE. En raison du faible nombre de patients le groupe BALLOON-UP n'a pas pu être analysé. Le taux de complications à 30 jours était très faible et similaire dans tous les groupes (1,3% dans le groupe DOWNSIZING vs. 0% dans tous les autres groupes ; p=0,99). Les taux de continence complète à 3 mois étaient de 70,6% ; 100% ; 69,2% et 80% dans les groupes DOWNSIZING, RELOC, TANDEM-CUFF et CHANGE et donc significativement meilleur dans le groupe RELOC vs DOWNSIZING (p=0,05). Le taux d'explantation du SAU dans les 6 mois suivant la révision était plus faible dans le groupe CHANGE (0%) que dans les autres

groupes (10,3% vs. 10% vs. 7,7%) sans que cette différence soit statistiquement significative. Après un suivi médian de 18 mois, 52 patients avaient eu au moins une réintervention (37,4%). La survie médiane sans réintervention était de 45 mois. La survie sans réintervention était significativement meilleure dans le groupe CHANGE que dans le groupe DOWNSIZING (à 5 ans : 82,1% vs. 32,1%; p=0,04) de même que la survie sans explantation (à 5 ans : 58,8% vs. 44,7%; p=0,04).

#### **CONCLUSION**

Cette étude est la plus large à ce jour ayant cherché à comparer les résultats des différentes stratégies de révision pour dysfonction non mécanique d'un SAU. L'ensemble des stratégies apparaissaient efficaces avec un taux de succès entre 69,2% et 100% et une morbidité péri opératoire faible. En revanche le taux de réintervention au cours du suivi était élevé. La stratégie CHANGE pourrait être associé à un plus faible risque de réintervention et d'explantation.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

### EFFICACITE ET REVISIONS DES SPHINCTERS URINAIRES ARTIFICIELS DANS LA POPULATION DES HOMMES AGES DE PLUS DE 75 ANS

**GIRARD Camille** 

#### **>INTRODUCTION**

Le sphincter urinaire artificiel (SUA) s'est imposé comme le traitement de référence de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez l'homme. Pourtant, bien que les complications de l'incontinence urinaire soient bien connues chez le sujet âgé, de nombreux chirurgiens sont toujours réticents à leur proposer l'implantation d'un SUA.

L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité du SUA chez l'homme âgé (75 ans ou plus). Secondairement, nous avons cherché à déterminer l'impact de l'âge sur la sécurité et la survie sans reprise chirurgicale après implantation du SUA. Nous avons évalué les facteurs de risque qui pourraient influencer l'efficacité du SUA et la survie sans reprise chez les sujets âgés. Enfin, nous avons cherché à déterminer les facteurs de risque d'érosion chez le sujet âgé.

#### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons rétrospectivement examiné les dossiers médicaux de tous les hommes ayant bénéficié d'une implantation de SUA entre 1991 et 2020 dans 13 centres. Ont été exclues les IUE d'origine neurogène et les implantations péri-cervicales. Nous avons comparé les patients de plus et de moins de 75 ans à l'implantation du SUA.

Notre critère de jugement principal était l'efficacité du SUA évaluée par la continence sociale postopératoire (0 à 1 protection par jour). Nous avons secondairement rapporté les complications postopératoires ainsi que les reprises chirurgicales (révisions, remplacements, explantations et reprises globales). Une révision était définie comme une reprise ayant consisté au changement ou repositionnement d'un ou plusieurs composants du SUA. Nous avons réalisé une analyse de survie en utilisant les courbes de Kaplan-Meier, et une évaluation des facteurs prédictifs de reprises par le modèle à risques proportionnels de Cox. Les facteurs prédictifs de continence et les facteurs prédictifs d'érosion ont été analysés en utilisant une régression logistique.

#### > RÉSULTATS

1233 patients ont été inclus, dont 330 patients de plus de 75 ans. Les groupes différaient par leurs comorbidités (IMC, index de Charlson, prise d'anticoagulants), mais aussi par leur exposition à la radiothérapie pelvienne (40.5% chez les plus de 75 ans vs 31.5%), leur pad-test préopératoire (400.0mL vs 300.0mL chez les plus jeunes), et leur étiologie d'incontinence (15.4% post endo-urologie ou thérapie focale dans le groupe de plus de 75 ans vs 6.6%). Concernant les caractéristiques opératoires, nous n'avons pas trouvé de différence entre les groupes autre que la position de la manchette qui était plus souvent transcaverneuse chez les sujets âgés (13.1% vs 5.5%).

La continence sociale a été atteinte par 74.4% des patients de plus de 75 ans (vs 80.1%, p=0.114). Nous avons observé significativement plus de complications précoces chez les

sujets âgés (18.8% vs 12.6%, p=0.014) mais de grade Clavien-Dindo significativement plus faible (p=0.025). Nous avons noté un taux similaire de reprises chirurgicales dans les deux groupes (38.2% et 34.8%, p=0.299) mais le taux d'explantation était plus important chez les patients de plus de 75 ans (31.7% vs 22.6%, p=0.002). Nous avons aussi trouvé une proportion plus forte d'infections et d'érosions chez les patients âgés (57.8% vs 41.9%, p=0.003). Après un suivi médian de 24 ou 19 mois selon le groupe, la survie médiane sans-reprise était de 5 ans pour les patients de plus de 75 ans, et 6 ans pour les patients de moins de 75ans, sans différence significative (p=0.076). La courbe de survie sans reprise chirurgicale des plus de 75 ans a montré une tendance pour les reprises précoces (<1 an). De plus, nous avons trouvé une courbe de survie sans explantation significativement altérée dans le groupe le plus âgé (p<0.0001).

Parmi les facteurs prédictifs de continence sociale évalués, seule l'étiologie de l'incontinence était significative. L'incontinence post endo-urologie ou thérapie focale était ainsi associée à de moins bons résultats fonctionnels (OR=0.36 [0.15-0.92], p=0.03). Dans le modèle de Cox, les facteurs de risque de reprises chirurgicales précoces retrouvés étaient le volume annuel du centre et la position transcaverneuse de la manchette (HR= 1.06 [1.02-1.1], p=0.009 et HR=2.66 [1.49-4.7], p<0.001, respectivement). Enfin, parmi les facteurs prédictifs d'érosion de matériel, l'âge de plus de 75 ans et l'exposition à la radiothérapie pelvienne étaient significatifs (OR=1.56 [1.03-2.35], p=0.03 et OR=1.75 [1.17-2.60], p=0.01, respectivement).

#### > CONCLUSIONS

Nos résultats sont en accord avec la littérature. En effet, nous n'avons pas retrouvé d'impact de l'âge sur le résultat fonctionnel d'un SUA. De plus, nous avons trouvé un taux plus élevé de complications postopératoires chez les sujets âgés mais majoritairement de faible grade.

La survie sans reprise chirurgicale était similaire dans les deux groupes, avec toutefois une tendance aux explantations précoces dans le groupe de plus de 75 ans, probablement imputable aux infections et érosions plus fréquentes.

Nous avons identifié le volume du centre comme un facteur de risque de reprise précoce ce qui peut s'expliquer par un biais de sélection des patients des centres experts, et une tendance à réintervenir plus précocément. La position transcaverneuse de la manchette était un facteur de risque de reprise précoce mais il pourrait s'agir d'un biais de confusion puisque la position transcaverneuse est proposée aux patients à cause de leurs antécédents (multiopérations, radiothérapie pelvienne, urètre fragile).

De façon cohérente avec la littérature, nous avons retrouvé l'exposition à la radiothérapie pelvienne comme un facteur de risque d'érosion de matériel.

Toutefois, notre étude était limitée par le manque de données dont nous disposions en termes de scores cliniques, de données urodynamiques à long terme ou de comorbidités des patients (comme l'état cognitif, la dextérité ou le statut immunitaire).

Pour conclure, l'implantation d'un SUA chez l'homme de plus de 75 ans semble être une option efficace pour traiter l'IUE avec peu de risques postopératoires précoces. Toutefois nous avons observé des taux d'explantations précoces plus élevés, probablement imputables à plus d'infections et érosions de matériel.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

### URETHROPLASTIE DISTALE D'AVANCEMENT DANS LES STENOSES DE L'URETRE FEMININ

**RICHARD Claire** 

#### >INTRODUCTION

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de l'uréthroplastie d'avancement pour les sténoses de l'urètre distal féminin.

#### > MÉTHODES

Toutes les femmes ayant été opérées d'une uréthroplastie dorsale par greffon de muqueuse orale (buccale ou linguale) pour une sténose de l'urètre entre 2011 et 2022 dans deux centres universitaires ont été inclues. Les critères d'exclusion étaient les patientes âgées de moins de 18 ans, les patients de sexe masculin ou la réalisation d'une uréthroplastie pour d'autres indications que la sténose de l'urètre. Trois chirurgiens ont réalisé les uréthroplasties d'avancement suivant une technique standardisée. Le critère de jugement principal était le succès clinique définit comme toute amélioration subjective des symptômes du bas appareil urinaire d'après l'auto-évaluation des patientes 1 à 3 mois après l'ablation de la sonde vésicale.

#### > RÉSULTATS

Six patientes ont été inclues durant la période de l'étude. Le temps opératoire moyen était de 55 minutes et la durée de séjour moyenne d'un jour (0-3). Il y a eu une complication post opératoires mineure (désunion cicatricielle, Clavien 1), ayant nécessité une prolongation de la durée de sondage (20j). Le taux de succès clinique était de 100% entre 1 à 3 mois et restait à 100% à un an.

Après une durée moyenne de suivi de 7 mois (1-18), il n'y a pas eu de récidive, le succès clinique était atteint pour toutes les patientes et le débit urinaire maximal ainsi que le résidu post mictionnel étaient améliorés (16.8 vs. 10.6 ml/s en pré opératoire ; p=0.3 et 19.6 vs. 53.3ml en pré opératoire ; p=0,3 respectivement). Aucune patiente n'a présenté d'incontinence urinaire d'effort de novo.

#### **CONCLUSION**

L'uréthroplastie d'avancement pour les sténoses de l'urètre distal féminin semble être une technique faisable par différents chirurgiens et est associée à une morbidité post opératoire faible et des résultats fonctionnels satisfaisants avec un taux de récidive faible. D'autres séries avec de plus larges échantillons et des durées de suivi plus longues sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35 LA TECHNIQUE DU PLASTRON ASSOCIEE A
LA SACROSPINOFIXATION ANTERIEURE: UNE
NOUVELLE APPROCHE POUR LE TRAITEMENT
DU PROLAPSUS DE LA PAROI VAGINALE
ANTERIEURE ET APICALE

**RUFFOLO Alessandro Ferdinando** 

#### **>OBJECTIF**

Décrire l'efficacité et la sécurité du traitement chirurgical de la cystocèle par la technique du plastron associé à la sacrospinofixation antérieure (SSFA) bilatérale.

#### > MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Étude prospective mono-centriquesur des patientes atteintes d'une cystocèle de grade > Il selon la classification POP-Q avec ou sans prolapsus génital apical, opérée selon la technique du plastron associée à la SSFA. A la consultation de suivi, les résultats anatomiques et fonctionnels ont été évalués. Les complications péri- et post-opératoires ont été enregistrées suivant la classification de Clavien-Dindo.

#### > RÉSULTATS :

50 patientes ont été incluses dans l'étude. Les caractéristiques générales de la population et les antécédents chirurgicaux sont reportés dans le Tableau 1. 50% (25/50) des patientes avaient déjà bénéficié d'une chirurgie gynécologique et 36% (18/50) d'une chirurgie pour prolapsus. À l'examen pré-opératoire, 100% des patientes présentaient une cystocèle, 84% (42/50) un prolapsus de l'apex et 56% (28/50) un prolapsus de la paroi vaginale postérieure (Tableau 2). 10% des patientes (5/50) signalaient une incontinence urinaire d'effort (IUE). Au suivi post-opératoire (follow-up moyen 11.5 ± 5.5 mois), 12% (6/50) des patientes présentaient un prolapsus génital (p<0.001), dont la moitié (3/6) ne présentaient pas une récidive mais une décompensation de la paroi vaginale postérieure et dont 16.6% (1/6) était symptomatique. Le taux de guérison de l'IUE était de 80% (4/5). Cependant, 33.3% (15/45) des patientes continentes en pré-opératoires ont signalé une IUE démasquée par la correction du prolapsus, dont une (1/15 ; 6.66%) était traitée par TVT. 4% (2/50) des complications étaient classifiées avec un grade III selon la classification de Clavien-Dindo, nécessitant donc un traitement chirurgical, tandis que les complications Clavien-Dindo de grade II étaient de 12% (6/50) et les complications de grade I étaient de 10% (5/50).

#### > CONCLUSION:

La technique du plastron associée à la SSFA peut être considérée comme une technique efficace et sûre pour la cure de cystocèle par voie basse à environ 12 mois de follow-up.

#### Tableau 1

Caractéristiques générales et antécédents de chirurgies gynécologiques et pelviennes de la population étudiée.

ET : Écart-type ; EI : Écart interquartile ; TVT : Tension-Free Vaginal Tape ; TOT : Trans Obturator Tape ; BSU : Bandelette Sous Urétrale ; MMK : Marshall-Marchetti-Krantz

Caractéristiques	Population étudiée (n=50)		
Âge, moyen (± ET), années	69.9(± 7.4)		
IMC, moyen (± ET), Kg/m2	25.5(± 4.9)		
Tabac, n(%)	1(2.0)		
Multiparité, n(%)	49 (98.0)		
Parité, médian (EI), n	2 (2-3)		
Césarienne, n (%)	1(2.0)		
Accouchement instrumental (forceps), n(%)	8 (16.0)		
Épisiotomie médio-latéral, n (%)	15 (30.0)		
Ménopause, n (%)	49 (98.0)		
Sexuellement actif, n(%)	11(22.0)		
Chirurgie gynécologique, n(%)	25 (50.0)		
Hystérectomie, n (%)	22(44.0)		
Chirurgie pelvienne pour prolapsus, n(%): Réparation antérieure par native-tissue Réparation antérieure par prothèse Sacrocolpopexie Richter Réparation postérieure par native-tissue Réparation postérieure par prothèse Exérèse de prothèse Autres	16 (36.0) 4 (8.0) 3 (6.0) 7 (14.0) 1 (2.0) 4 (8.0) 3 (6.0) 1 (2.0) 3 (6.0)		
Chirurgie de l'incontinence, n(%): TVT TOT BSU MMK	4 (8.0) 1(2.0) 1(2.0) 1(2.0) 1(2.0)		

**Tableau 2** Résultats anatomiques à la consultation de suivi.

	Préopératoire (n=50)	Suivi (n=50)	p-value
Prolapsus génital, n(%)	50 (100.0)	6(12.0)	<0.001
Prolapsus de la paroi vaginale	50 (100.0)	3(6.0)	<0.001
antérieure, n (%):	0 (0)	0(0)	
I	6 (12.0)	3(6.0)	
II	37 (64.0)	0(0)	
III	7 (14.0)	0(0)	
Prolapsus de l'utérus ou du fond	42 (84.0)	1(2.0)	<0.001
vaginal, n(%):	6 (12)	1(2.0)	
I	17 (34.0)	0(0)	
II	10 (20.0)	0(0)	
III	9 (18.0)	0(0)	
Prolapsus de la paroi vaginale	28 (56.0)	4(8.0)	<0.001
posterieure, n (%):	12 (24.0)	2(4.0)	
I	9 (18.0)	1(2.0)	
II	3 (6.0)	1(2.0)	
III	4 (8.0)	0(0)	

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

# GROSSESSE APRES CHIRURGIE DE LA STATIQUE PELVIENNE

SANCHEZ Maëva

#### **>INTRODUCTION**

Les troubles de la statique pelvienne sont des pathologies fréquentes. Lorsque ces troubles surviennent chez la femme en âge de procréer, les recommandations sur leur prise en charge manquent. Les chirurgiens ne savent pas s'ils peuvent mettre en place un traitement chirurgical avant qu'elles aient terminé leur projet familial. Et quand une grossesse survient après une chirurgie de la statique pelvienne, les recommandations sur la prise en charge de la grossesse, la voie d'accouchement ou le risque de récidives manquent là aussi. Le but de notre étude était d'analyser ces grossesses après chirurgie de la statique pelvienne.

#### > MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective sur le CHU de Bordeaux et le CH de Libourne de janvier 2005 à avril 2021. Nous avons analysé le risque de réintervention et de récidive après grossesse chez des patientes précédemment opérées d'un trouble de la statique pelvienne, en cherchant à comprendre les facteurs de risque pouvant favoriser ces réinterventions et ces récidives. Nous avons également analysé la grossesse post-opératoire, les pathologies obstétricales et la voie d'accouchement. Par la suite nous avons réalisé une revue de la littérature sur les grossesses après bandelettes sous urétrales, après cure de prolapsus génital et après rectopexie.

#### > RÉSULTATS

Sur 460 patientes, nous avons retrouvé 20 cas de grossesse après chirurgie de la statique pelvienne. Le temps de suivi moyen après l'accouchement était de 69,4 mois. Parmi ces 20 patientes, 7 (35%) ont été réopérées suite à leur grossesse et 9 (45%) ont actuellement récidivé. Le seul facteur de risque statistiquement significatif retrouvé était l'âge au moment de la chirurgie initiale, avec des patientes plus jeunes dans le groupe réintervention. Concernant la grossesse en elle-même, 8 (40%) ont eu une césarienne programmée du fait de l'antécédent de chirurgie de la statique pelvienne, 11 (55%) ont accouché par voie basse et 1(5%) a eu une césarienne au cours du travail. Il n'y a eu aucune pathologie obstétricale pouvant être en lien avec l'antécédent de chirurgie.

#### DISCUSSION

Notre étude retrouve des taux de réinterventions et de récidives plus élevées que ceux retrouvés dans la littérature. Il en va de même lorsque l'on analyse les résultats en sous-groupe par type de chirurgies (bandelette sous-urétrale, colpopérinéorraphie, promontofixation, rectopexie). Nous pensons que d'autres facteurs de risque pourraient favoriser la survenue d'une récidive ou d'une réintervention, sans que notre étude ait pu démontrer une significativité. Tel que l'antécédent d'extraction instrumentale avant chirurgie de la statique pelvienne et le délai court entre la chirurgie de la statique pelvienne et la grossesse qui y a fait suite. Il serait intéressant d'étudier ces facteurs de risque lors d'études de plus grande envergure. Comme dans la plupart des études, nous n'avons pas retrouvé de différence sur le taux de réintervention ou de récidive en fonction de la voie d'accouchement.

#### **CONCLUSION**

Dans notre étude il apparait que la survenue d'une grossesse après chirurgie de la statique pelvienne pourrait augmenter le risque de réintervention et de récidive. Mais ces résultats restent à démontrer sur des études de meilleur niveau de preuve.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

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

**HAUDEBERT Camille** 

#### > 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 2015 et 2021. La dérivation était faite en extra corporelle avec un trajet anti-reflux selon Leadbetter Politano chez les patients opérés par coelioscopie ou 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

Onze patients ont été opérés d'une cystostomie continente et ont été inclus : 7 par voie robotique avec une dérivation intracorporelle, et 4 par voie ouverte ou coelioscopique avec une dérivation extracorporelle. Une entérocystoplastie d'agrandissement a été réalisée dans le même temps opératoire pour 3 patients. Six patients ont présenté des complications, dont 3 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, et un patient opéré par voie ouverte a présenté une occlusion sur bride ayant nécessité une réintervention). Le délai de suivi moyen a été de 21 mois. A la date des dernières nouvelles, tous les patients utilisaient leur cystostomie. Six patients présentaient des fuites sur le néo-conduit (2 par voie robotique vs. 4), et 3 patients ont présenté une sténose traitée chirurgicalement.

#### > CONCLUSION

La réalisation d'une cystostomie continente en intra corporel est attrayante : elle est le plus souvent utilisée chez des patients neurologiques à haut risque de complication pariétale. Cette voie d'abord semble réduire le taux de complications stomiales.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

### INTERET DE LA RESECTION DE BRIDES HYMENEALES DANS LE TRAITEMENT DES CYSTITES POST-COÏTALES RECIDIVANTES

**DESCAZEAUD Camille** 

#### >INTRODUCTION

Dans les cystites post-coïtales récidivantes, la persistance de brides hyménéales, entraînant l'ouverture de l'urètre lors des rapports sexuels, est un facteur favorisant l'ascension de bactéries uropathogènes.

L'objectif de cette étude est d'évaluer rétrospectivement l'intérêt de la technique de résection chirurgicale des brides hyménéales dans le traitement des cystites récidivantes post coïtales.

#### > MATÉRIELS ET MÉTHODES

Étude observationnelle monocentrique rétrospective incluant les patientes opérées de résection de brides hyménéales pour cystites récidivantes post-coïtales entre janvier 2013 et décembre 2020. L'indication opératoire reposait sur l'association de 4 conditions : au moins 3 épisodes de cystites post-coïtales par an confirmés par examen cytobactériologique des urines (ECBU), un rythme post-coïtal prédominant, un échec des règles hygiéno-diététiques préventives, un bilan étiologique négatif hormis l'existence de brides hyménéales.

Le recueil comprenait : données d'examen clinique ou complémentaires, antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, âge à la chirurgie, anesthésie, durée opératoire, événements indésirables post-opératoires notamment sexuels et urinaires, durée du suivi. Les paramètres de suivi étaient : nombre annuel de cystites post-coïtales avant/après intervention, et satisfaction des patientes en lien avec l'intervention sur une échelle de 0 à 10. Les ECBU pré et post-opératoires réalisés sur les laboratoires hospitaliers et libéraux du territoire ont été récupérés.

#### > RÉSULTATS

Vingt-trois patientes ont été incluses. Les interventions ont été réalisées sous anesthésie générale ou rachidienne, en ambulatoire, sans nécessité de sondage urinaire post-opératoire. Avec un suivi moyen de 36,5 mois (écart type : 22,3), 21 patientes (91%) déclaraient une correction des cystites récidivantes post-coïtales, 16 (70%) ont présenté 1 à 2 épisodes annuels de cystite, 19 (83%) rapportaient être améliorées par la chirurgie et la satisfaction étaient en moyenne cotée 8,5 (écart type : 2,15) sur une échelle de 0 à 10.

Sur les 238 ECBU pré-opératoires, 108 étaient positifs (45%), dont 74 à E. coli (68%), 9 à K. pneumonie (8%), 7 à E. faecalis (6%).

Aucune des 23 patientes n'a eu de persistance de cystite documentée récidivante après l'intervention, 12 (52%) ont eu 1 à 2 épisodes documentés annuels, 11 (48%) n'ont eu aucune récidive de cystite documentée.

Trois cas de complications post-opératoires ont été observés: une vulvo-vaginite postopératoire, un retard de cicatrisation, et une pyélonéphrite (4%), aucun cas de dyspareunie n'a été rapporté dans le suivi.

#### **>CONCLUSION**

En cas de cystites récidivantes post-coïtales, résistantes aux règles de prévention habituelles, s'accompagnant de brides hyménéales, et sans autre cause favorisante identifiée, l'ablation des brides hyménéales constitue une alternative aux antibiothérapies itératives. Avec l'augmentation de l'âge moyen de première grossesse, elle constitue option thérapeutique intéressante.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

### PLASTIE YV ROBOTIQUE POUR SCLEROSE DE COL VESICAL VERSUS STENOSE DE L'ANASTOMOSE VESICO-URETRAL

**FRETON Lucas** 

#### > INTRODUCTION

La plastie YV robotique devient de plus en plus populaire pour traiter la sclérose du col de la vessie (SCV) et la sténose de l'anastomose vésico-urétrale post-prostatectomie (SAVU). Bien que la procédure présente plusieurs principes similaires pour les deux indications, la SAVU peut être plus difficile à traiter en raison de sa localisation sous le pubis. La plupart des séries existantes ont rapporté les résultats colligés de ces deux procédures. L'objectif de cette étude était de comparer les résultats de la plastie YV robotique pour les SCV par rapport aux SAVU.

#### > MÉTHODES

Les données de tous les patients ayant subi une plastie YV robotique pour SCV après un traitement endoscopique de l'hyperplasie bénigne de la prostate ou des SAVU après prostatectomie ont été recueillies rétrospectivement entre août 2019 et novembre 2021. Cette option thérapeutique était proposée aux patients symptomatiques ayant subi plusieurs échecs de traitement endoscopique. En cas de sténose anastomotique, nous avons utilisé une approche combinée (périnéale+ abdominale robotique) chaque fois que cela était jugé nécessaire pour mobiliser l'urètre bulbo-membraneux et assurer une anastomose sans tension.

#### > RÉSULTATS

Seize patients ont été inclus dans l'étude : 4 dans le groupe SAVU et 12 dans le groupe SCV. Les résultats sont présentés dans le tableau 1. L'âge moyen était de 70,5 ans. Tous les patients avaient déjà eu au moins une intervention endoscopique. La durée médiane de l'opération était de 336,2 et 154,6 minutes (p=0,004) avec un saignement moyen de 137,5 et 50,8 ml (p=0,04) dans les groupes SAVU et SCV, respectivement. La durée de l'hospitalisation était plus courte dans le groupe SCV (1,8 vs 3,2 jours ; p=0,049). Il y a eu deux (50 %) et quatre (25 %) complications mineures de Clavien-Dindo dans les deux groupes (p=0,54). Une complication postopératoire majeure est survenue dans le groupe SAVU : une fistule vésicopublenne avec ostéite publenne survenue à deux mois de l'intervention qui a nécessité deux nouvelles interventions. Deux patients du groupe SAVU ont été beaucoup mieux ou mieux selon le score PGII (50 %), contre 80 % des patients SCV (p=0,55). Le taux de perméabilité urétrale était de 50 % et 92,7 % dans les groupes SAVU et SCV respectivement (p=0,14).

#### **CONCLUSION**

La plastie YV robotique semble être plus efficace pour la sclérose de col vésical que pour la sténose anastomotique vésico-urétrale. Cette technique est plus difficile techniquement avec des résultats péri-opératoires moins bons lorsqu'elle est réalisée pour un rétrécissement anastomotique.

### Tableau 1

	Sténose de l'anastomose vésico-urétrale N=4	Sciérose de col vésical N=12	Valeur de p
Durée opératoire (min)	336,2	154,6	0,004
Perte sanguine estimée (ml)	137,5	50,8	0,04
Durée d'hospitalisation (jours)	3,2	1,8	0,049
PGII: beaucoup mieux ou mieux	50%	80%	0,55
Complications post-opératoires	50%	25%	0,54
Complications post-opératoires majeures	25%	0%	0,25
Durée de suivi : médiane (mois)	8	5	0,26
Perméabilité urétrale au dernier suivi	50%	92,7%	0,14
Q max au dernier suivi (ml/s)	24,5	16	0,84

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35

# LE BULKAMID® : UNE ALTERNATIVE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

**SAIAG Noémie** 

#### > INTRODUCTION

Les bandelettes sous-urétrales (BSU) sont le gold standard du traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE). Récemment, le rejet engendré par l'utilisation de prothèses voie vaginale nous amène à réévaluer l'intérêt d'alternatives thérapeutiques. Les agents comblants sont une proposition de traitement pouvant être réalisé sous anesthésie locale, dont les effets secondaires et complications rapportés dans la littérature sont moindres. Parmi les agents comblants utilisés, le Bulkamid® est un hydrogel en polyacrylamide injecté en péri-urétral sous contrôle cystoscopique, bien étudié dans la littérature et ayant l'AMM en France depuis 2006.

#### > OBJECTIF

L'objectif est d'étudier les caractéristiques des patientes ayant bénéficiées d'un traitement par Bulkamid®, ainsi que les issues après traitement, afin d'analyser l'efficacité de ce traitement et ses potentielles complications.

#### > MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agît d'une étude rétrospective monocentrique, non contrôlée. Nous avons inclus consécutivement toutes les patientes ayant bénéficiées d'un traitement par Bulkamid® entre février 2013 et septembre 2021 dans le service de gynécologie de l'hôpital Bicêtre. La recherche a été réalisée au moyen du codage systématique des actes (code JELE001). Nous avons recueilli les informations patientes et les suivis post opératoires d'après les dossiers informatisés disponibles sur le logiciel Orbis et les dossiers papiers. Nous avons évalué l'efficacité du traitement selon la satisfaction globale des patientes sur l'amélioration des symptômes et l'absence de fuites à la toux. Nous avons recueilli les éventuelles complications per et post opératoires, ainsi que le nombre d'injections par patiente.

#### > RÉSULTATS

Nous avons inclus 60 patientes dans notre étude. La moyenne d'âge au moment de la première injection de Bulkamid® était de 65 ans, l'IMC moyen des patientes était de 26kg/m². Dans 30% des cas les patientes ont eu recours au Bulkamid® après avoir bénéficié d'un traitement antérieur par BSU, dont 44% d'entre elles avaient nécessité le retrait de la prothèse. On note que 31% des patientes ont eu plus d'une injection (entre 2 et 3 injections) de Bulkamid®, à environ 5 mois d'intervalle dans la majorité des cas, avec un minimum de 3 mois d'intervalle entre deux injections. Pour les modalités d'anesthésie : la proportion d'anesthésie locale par xylocaïne gel pour l'intervention est similaire à la proportion d'anesthésie générale. Dans 21% des cas, dans le cadre de symptômes d'incontinence urinaire mixte, l'injection de Bulkamid® a été associée à une injection de toxine botulique intra-détrusorienne. Dans 20% des cas, le Bulkamid® était associé à une cure de prolapsus dans le même temps opératoire. Parmi les

patientes pour lesquelles des données de suivi sont disponibles (19 patientes), le Bulkamid® semblait permettre une amélioration pour 63% (selon une évaluation de la satisfaction globale et un test à la toux négatif). Dans la série on ne constatait pas de complications liées au Bulkamid.

#### **CONCLUSION**

Dans notre expérience, le bulkamid est une alternative au BSU dans le traitement de l'IUE, avec un taux de complication moindre, sans implantation de prothèse et pouvant être réalisé sous anesthésie locale. Son utilisation peut nécessiter plusieurs injections.

COMMUNICATIONS LIBRES CHIRURGICALES 14H05 - 15H35 INJECTIONS PERI-URETRALES DE BULKAMID® SOUS ANESTHESIE LOCALE, EN CONSULTATION ET EN AMBULATOIRE DANS L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LA FEMME : RESULTATS PRELIMINAIRES

**FAURIE Brice** 

Le polyacrylamide hydrogel (Bulkamid®) est un agent de comblement assez récent qui semblerait avoir une meilleure tolérance que les générations précédentes. Cette étude a été menée pour rapporter la première expérience d'injection péri-urétrales de Bulkamid® en consultation, en ambulatoire et sous anesthésie locale chez des femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort (IUE).

Les données de toutes les patientes ayant reçu une injection péri-urétrale de Bulkamid® en ambulatoire et sous anesthésie locale dans un seul centre ont été collectées de manière prospective entre novembre 2019 et Mars 2022. Cette option thérapeutique était proposée aux patientes ayant une IUE et > 80 ans et/ou de multiples comorbidités et/ou si la patiente refusait les autres propositions thérapeutiques. Toutes les injections ont été réalisées par deux chirurgiens. Le protocole d'anesthésie locale consistait en une instillation urétrale de gel de xylocaïne 15 minutes avant l'injection. Une inhalation de Mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote (MEOPA) pouvait être ajoutée à la demande de la patiente. La tolérance de l'injection était mesurée à l'aide d'une Échelle Visuelle Analogique (EVA) juste après l'injection.

Quarante-quatre patientes ont été inclus. L'âge moyen était de 78 ans (30-97). Aucune patiente n'avait d'Hypermobilité urétrale à l'examen physique, 32% avaient déjà subi une intervention chirurgicale dans le cadre d'une incontinence urinaire. L'EVA moyenne durant les injections était de 5 (0-10). Le MEOPA a été nécessaire pour 12 patientes (27%). Sept patientes ont eu une complication post-opératoire (16%): Dans tous les cas il s'est agi d'une Rétention aiguë d'urines (RAU) qui a été résolu par la pose d'une sonde vésicale pendant 48 heures pour 6 patientes et pendant 10 jours pour 1 patiente (Clavien 1). Tous les patients sont rentrés au domicile le jour de l'intervention sauf deux (Taux de succès de la prise en charge en ambulatoire = 95%). Il y a eu une réadmission pour RAU (2,2%).

À 3 mois les sous-scores IUE et HAV du questionnaire USP ainsi que l'ICIQ-SF ont été grandement améliorés. (p<0.001). À 3 mois, 18 patientes se déclaraient très améliorées (PGII=1; 40,90%), 17 patientes se déclaraient améliorées (PGII=2 ou 3; 38,6%) et 9 patientes se déclaraient inchangées (PGII=4; 20,50%).

Les injections péri urétrales de Bulkamid sont faisables en consultation avec un protocole d'anesthésie simplifiée, avec des résultats fonctionnels prometteurs et une très faible morbidité. Les injections ont un taux faible de complications et chaque complication a été bien tolérée. Le Bulkamid pourrait ainsi être un traitement de choix pour les patientes fragiles et celles demandeuses d'un traitement très peu invasif.

CYSTECTOMIE SUS-TRIGONALE ET ENTEROCYSTOPLASTIE
D'AGRANDISSEMENT ROBOT-ASSISTEE POUR VESSIE NEUROLOGIQUE
CHEZ L'ADULTE: COMPARAISON DE LA DERIVATION EXTRACORPORELLE ET INTRA-CORPORELLE

Benoit PEYRONNET, Pierre LECOANET, Adil MELLOUKI, Juliette HASCOET, Branwell TIBI, Andrea MANUNTA, Younès ALLAHAL, Emmanuelle SAMSON, Imad BENTELLIS

Service D'urologie Chu Rennes, France, Service D'urologie Chu Nancy, France, Service D'urologie Chu Nice, France, Service De Mpr Chu Rennes, France

#### > INTRODUCTION

Il n'existe que très peu de données sur la cystectomie et entérocystoplastie d'agrandissement robot-assistée (AGRA) chez l'adulte. L'objectif de cette étude était de comparer les résultats péri-opératoires de l'AGRA avec dérivation extra-corporelle (AGRA-EXTRA) et avec dérivation intra-corporelle (AGRA-INTRA) chez l'adulte.

#### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Tous les patients ayant eu une AGRA pour vessie neurologique dans un centre entre octobre 2015 et Mars 2022 dans trois centres ont été inclus dans une étude rétrospective. Seules les entérocystoplasties isolées étaient réalisées par voie robotique (en cas de cystostomie continente associée, l'intervention était réalisée par voie ouverte). La dérivation était extracorporelle entre 2015 et 2019 puis intra-corporelle par la suite. Les évaluations préopératoires et à 3 mois après l'intervention comprenaient catalogue mictionnel, bilans urodynamiques et questionnaires ICIQ-SF, Qualiveen SF et USP. La continence postopératoire était catégorisée en : continence complète (sans serviette), continence améliorée ou continence inchangée.

#### **PÉSULTATS**

Vingt patients ont été inclus durant la période d'étude : sept AGRA-EXTRA et treize AGRA-INTRA. Deux conversions en laparotomie ont été nécessaires dans le groupe AGRA-EXTRA (28,6% vs. 0% ; p=0,04). La durée opératoire était plus courte dans le groupe AGRA-INTRA (306,2 vs. 432,9 min ; p=0,006). La durée d'hospitalisation était comparable dans les deux groupes (8,3 vs. 8,4 jours ; p=0,81) Le taux de complications post-opératoires était similaire dans les deux groupes (61,5% vs. 71,4% ; p=0,99) tout comme le taux de complications majeures (15,4% vs. 14,3% ; p=0,99). La reprise de l'alimentation orale était plus courte dans le groupe AGRA-INTRA (2,3 vs. 4,1 jours ; p=0.03) tout comme la reprise du transit 2 vs. 4,4 jours ; p=0,02). Le taux de continence complète à 3 mois était similaire dans les deux groupes (75% vs. 57,1% ; p=0,31)

#### **CONCLUSION**

L'entérocystoplastie d'agrandissement robot-assistée pour vessie neurologique apparaît faisable techniquement chez l'adulte. Il n'y avait pas de différence de résultats péri-opératoire entre dérivation extra-corporelle et dérivation intra-corporelle hormis une durée opératoire plus courte et une reprise plus précoce du transit dans le groupe intra-corporelle.

### INDICATIONS, EFFICACITE, SATISFACTION EN PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA NEUROSTIMULATION TIBIALE POSTERIEURE DANS L'HYPERACTIVITE VESICALE : ETUDE PROSPECTIVE A 3 MOIS

Alexandre BAUDRY, Rana AOUN, Yohann GRASSANO, Jean-François HERMIEU, Nicolas HERMIEU Ilniversité De Paris

#### > INTRODUCTION

L'hyperactivité vésicale idiopathique (HAI) est une pathologie fréquente. Elle est à l'origine d'une altération de la qualité de vie. Le traitement de cette pathologie suit un schéma thérapeutique défini par les recommandations internationales, mais en pratique l'ordre des choix thérapeutiques est souvent adapté au profil du patient. La neurostimulation tibiale a sa place en cas d'échec d'un traitement médicamenteux mais peut être proposé parfois en première intention du fait de sa tolérance et du peu d'effets secondaires.

#### **OBJECTIF**

Evaluer l'utilisation de la stimulation tibiale en pratique courante et en particulier son efficacité sur les scores symptômes et de qualité de vie, la satisfaction des patients et les facteurs associés à une meilleure réponse.

#### MOTS-CLÉS

transcutaneous tibial nerve stimulation (TTNS), posterior tibial nerve stimulation, overactive bladder, effectiveness

#### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur les 76 patients ayant bénéficié d'une prescription de neurostimulation tibiale postérieure transcutanée pour une vessie hyperactive. L'évaluation a porté sur un questionnaire USP et la question 5 du questionnaire ICIQ avant de débuter la stimulation puis à 3 mois. Les facteurs de non-réponse ont été analysés. Le matériel a été fourni par un prestataire qui a assuré la formation des patients.

#### RÉSULTATS

78,3% des patients étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 65 ans. 50 patients sont passés à l'achat pour efficacité clinique à 3 mois (72%). Les données recueillies ont été complètes pour 38 patients.

Concernant les potentiels facteurs d'échec de TTNS, le groupe répondeur était plus jeune (p=0,091), plus souvent diabétiques (32% vs 16% pour le groupe non répondeur, mais non statistiquement significatif p=0,2374), présentaient plus souvent des fuites par urgenturie (77% vs 67%; non significatif p=0,5281) et avaient un délai entre la première consultation pour hyperactivité vésicale et le début de la TTNS plus court (15 mois vs 17,5 mois).

Concernant la question 5 de l'ICIQ, il a été constaté une amélioration de la qualité de vie de 3 points passant de 8,25 à 5,3 soit une amélioration de 35%. Concernant le score USP, la TTNS a permis d'améliorer la composante hyperactive (passage d'un score de 13,4 à 7,9, soit une amélioration de 5,5 points, -40%), mais également le score à l'effort (perte de 1,55 points en moyenne, soit 40%).

Lorsqu'on regarde les sous catégories de symptômes de l'hyperactivité vésicale, on note une amélioration de tous les scores (pourcentage de baisse du score) : délai de sécurité 38%, nombre de fuites 34%, volume des fuites 38%, délai entre deux mictions 55%, nycturie 61%.

#### **CONCLUSION**

La TTNS semble être une alternative thérapeutique efficace à proposer tôt dans l'algorithme thérapeutique d'une hyperactivité vésicale, possiblement discuter en première intention. Elle semble efficace sur la grande majorité de symptômes de l'hyperactivité vésicale bien que la satisfaction globale des patients soit partielle. Son efficacité à long terme reste à évaluer.

# TROUBLES VESICO SPHINCTERIENS CHEZ LES BLESSES MEDULLAIRES: INTERET DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU SONDAGE INTERMITTENT PROPRE

Ryme EL BELOUI, Hajar ABOUIHSANE, Rime DADES, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif EL FATIMI
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Maroc

#### **INTRODUCTION**

Le sondage intermittent propre (SIP) est un outil indispensable dans le traitement des vessies rétentionnistes. Il a un impact sur le pronostic uro-nephrologique et permet l'amélioration de la qualité de vie. Le but de cette étude est de mettre en évidence l'intérêt de l'apprentissage du SIP en évaluant l'observance des patients au sondage et les difficultés rencontrées.

#### PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive étalée sur une période de 12 mois (de février 2021 à février 2022), incluant 42 blessés médullaires qui ont été sous SIP. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux du service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, d'un questionnaire basé sur la pratique quotidienne hospitalière et d'un test validé (test I-CAS)

#### RÉSULTATS

L'âge moyen était de 24.6 ans avec un sexe ratio de 2.5 (30 hommes pour 12 femmes). La moitié des patients avaient parfaitement compris comment réaliser le SIP, et donc n'avaient aucune crainte concernant le geste. 85,7% des patients étaient sous auto-sondage. Après 3 mois, il a été observé que 66% des patients ont continué le SIP. Après 6 mois, seul, 47,2% des patients étaient encore observants.

#### DISCUSSION/CONCLUSION

Il est nécessaire d'instaurer une démarche éducative structurée pour accompagner le malade dans l'apprentissage du SIP et proposer des solutions par rapport aux difficultés observées. Celles-ci mettent en péril l'observance du patient au SIP. Il est donc nécessaire de les identifier afin d'assurer une meilleure observance et un risque de complications moindre.

## EFFICACITE DE LA NEUROSTIMULATION TIBIALE POSTERIEURE CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE VESSIE NEUROLOGIQUE MESUREE PAR DEBITMETRIE, ETUDE PILOTE

Lisa VIALLARD, Caroline VOIRY, Stephanie MAZE, Isabelle BONAN, Benoit PEYRONNET

Chu Rennes, France

#### **INTRODUCTION**

La vessie neurologique peut se traduire par de l'hyperactivité vésicale, l'hypoactivité vésicale ou une dyssynergie vésico-sphinctérienne selon le niveau lésionnel initial. Ces symptômes peuvent altérer les voies urinaires. Un des premiers traitements est la neurostimulation tibiale postérieure par voie transcutanée (NTP), dont l'efficacité a été démontrée urodynamiquement. Cependant, le bilan urodynamique en lui-même est un examen invasif, coûteux et parfois non accepté par les patients, contrairement à une débitmétrie. Cette étude a pour objectif de démontrer l'efficacité de la NTP pendant la phase mictionnelle par une débitmétrie, avec une augmentation du débit maximal mesuré lors de la miction, reflet d'une meilleure contraction détrusorienne.

#### **MÉTHODE**

10 patients présentant une vessie neurologique ont bénéficié de la NTP pendant 12 semaines. Le débit maximal (Qmax) et le résidu post-mictionnel (RPM) ont donc été mesurés avant et après par une débitmétrie, ainsi que les réponses aux questionnaires USP et l'échelle d'inconfort urinaire.

#### **PRÉSULTATS**

Le Qmax diminue après traitement par NTP, de 19ml/s en moyenne à 15,1 ml/s. Les patients se disent également améliorés après traitement, objectivé par les sous-scores du questionnaire USP qui diminuent ainsi que le score d'inconfort urinaire.

#### **CONCLUSION**

La diminution du débit maximal après traitement par NTP peut refléter une inefficacité de la NTP durant la phase mictionnelle ou une diminution de la participation abdominale (non mesurée), impliquant alors une amélioration de la contraction détrusorienne. La continuation de cette étude avec un nombre plus important de patients sont nécessaires afin d'infirmer ou confirmer l'une ou l'autre des hypothèses.

# EFFICACITE COMPARATIVE DE L'ABOBOTULINUMTOXINA DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERACTIVITE NEUROGENE REFRACTAIRE DU DETRUSOR : COMPARAISON INDIRECTE DES TRAITEMENTS

#### MOUAWAD Charbel

Ipsen, France

#### INTRODUCTION

L'hyperactivité neurogène du détrusor (HND) provoque une incontinence urinaire (IU). L'abobotulinumtoxinA (aboBoNT-A) et l'onabotulinumtoxinA (onaBoNT-A) réduisent la fréquence des épisodes hebdomadaires d'IU. L'objectif était de comparer l'efficacité et la tolérance de l'aboBoNT-A à celles de l'onaBoNT-A dans le HND.

#### **MÉTHODES**

La revue systématique de la littérature a suivi les directives de Cochrane et du NICE. Des recherches ont été effectuées sur MEDLINE et d'autres sources pour les essais contrôlés randomisés sur les toxines botuliques-A (jusqu'en août 2020) dans cette indication. Les résultats de deux essais aboBoNT-A et de quatre essais onaBoNT-A ont été inclus. Parmi les critères sélectionnés : la variation moyenne par rapport à la baseline ( $\Delta$ B) des épisodes hebdomadaires d'IU (2, 6, 12, 24 semaines) ; la proportion de patients ayant une réduction de 100 % des épisodes d'IU à 6 semaines ; et les infections des voies urinaires apparues sous traitement (TE-UTI). Des comparaisons indirectes des traitements ont été réalisées selon la méthode de Bucher (CIT).

#### RÉSULTATS

Six études portant sur trois interventions actives (aboBoNT-A 600U, 800U et onaBoNT-A 200U) ont été incluses dans le CIT, connectées via le comparateur placebo.

Les tendances en faveur de l'aboBoNTA étaient constantes mais non significatives. Une réduction des épisodes d'IU hebdomadaires numériquement plus importante a été observée avec aboBoNT-A 600U vs onaBoNT-A, avec des différences moyennes (IC à 95 %) de -0,8 (-6,0 ; 4,5) et -2,3 (-8,5 ; 3,9) de  $\Delta B$  à 6 et 12 semaines, respectivement. À 6 semaines, la probabilité d'une réduction de 100 % des épisodes hebdomadaires d'IU avec aboBoNT-A 600U était numériquement plus élevée par rapport à onaBoNT-A (OR : 3,0 [IC à 95 % : 0,60 ; 15,34]). Les résultats étaient similaires pour aboBoNT-A 600U et 800U.

L'utilisation des méthodes statistiques communes a permis d'estimer que 54,5%, 45,9% et 28,4% des patients atteignent une réduction de 100% des épisodes d'IU hebdomadaires à 6 semaines avec aboBoNT-A 600U, 800U et onaBoNT-A 200U, respectivement. aboBoNT-A 600U et 800U étaient associées à moins de TE-UTI que onaBoNT-A 200U (OR : 0,64 [0,34; 1,21] et 0,90 [0,48; 1,66], respectivement).

#### CONCLUSION

aboBoNT-A et onaBoNT-A offrent une efficacité significative dans le HND, avec une amélioration numériquement plus importante avec aboBoNT-A vs onaBoNT-A et une augmentation de différence de  $\Delta B$  entre les deux toxines entre les semaines 6 et 12. D'autres études de comparaisons directes avec une puissance suffisante pourraient trouver des différences statistiquement significatives.

### ASSOCIATION ENTRE COMORBIDITES ET L'HYPERACTIVITE-HYPOACTIVITE DU DETRUSOR CHEZ LES FEMMES AGEES NEUROLOGIOUES

Ong Damien LY, Yves DEYRA, Emmanuel CHARTIER KASTLER, Karine LOISEAU, Gilberte ROBAIN, Rebecca HADDAD

Département De Médecine Physique Et De Réadaptation, Hôpital Rothschild, France, Département D'urologie, Hôpital Pitié-Salpétrière,

#### **OBJECTIF**

Les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) ont un impact significatif sur les adultes âgés et sont associés à une détérioration de la qualité de vie dans cette population. La relation entre les SBAU et le vieillissement est probablement due, en grande partie, au vieillissement de la vessie. En effet un certain nombre de changements dans la fonction et la structure de la vessie sont connus pour être plus fréquents avec l'âge avancé. Deux anomalies urodynamiques peuvent généralement sous-tendre les SBAU d'un patient, l'hyperactivité du détrusor (HD) et l'hypoactivité du détrusor (hD). Elles sont toutes deux de plus en plus fréquentes avec l'âge. Chez certains patients, l'HD peut coexister avec l'hD. L'HD associée à l'hD (HD-hD) a été décrite comme typique du vieillissement. La combinaison de l'HD et de l'hD a été décrite pour la première fois chez des femmes âgées par Resnick et Yalla. Dans cette étude, des patients non neurologiques présentaient une HD-hD, mais d'autres études montrent que l'HD-hD se produit en présence de maladies neurologiques. La théorie d'une progression physiopathologique de l'HD à l'hD est soutenue par la présence de facteurs étiologiques communs entre l'HD-hD, l'HD et l'hD. Néanmoins, l'étiologie de l'HDhD reste mal comprise et implique probablement des facteurs multiples et complexes. Bien que l'âge avancé est lié séparément à l'HD-hD et aux comorbidités alors que les maladies neurologiques sont liées à la fois à l'HD-hD et aux comorbidités, on ne sait toujours pas si la charge de comorbidité est associée à cette forme unique de dysfonctionnement du bas appareil urinaire chez les patients atteints de maladies neurologiques. Nous avons donc cherché à explorer les associations potentielles entre l'HD-hD et les comorbidités chez les femmes âgées atteintes de maladies neurologiques.

#### MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude présentée est une analyse monocentrique transversale de patientes ayant eu une évaluation urodynamique de 2016 à 2019 dans un service de médecine physique et de réadaptation d'un hôpital universitaire français, en ambulatoire.

Les participants étaient des femmes qui ont bénéficié d'une évaluation gériatrique et d'une étude urodynamique le même jour. Les critères d'inclusion étaient le sexe féminin, un âge ≥65 ans et la présence d'une pathologie neurologique. Les critères d'exclusion étaient une incapacité à uriner ou une efficacité mictionnelle vésicale<5% (définie comme le rapport

entre le volume mictionnel et la capacité vésicale totale), ou une obstruction sous-vésicale lors de l'évaluation urodynamique.

Les participantes ont été classées selon qu'elles présentaient une HD, une hD, une combinaison HD-hD ou une étude négative. L'évaluation clinique a consisté en une anamnèse et un examen physique ainsi qu'en une évaluation de l'humeur, de la cognition, de l'autonomie, de l'état nutritionnel, de la mobilité et des symptômes urinaires. Des données démographiques et médicales, y compris les comorbidités, mesurées par l'échelle CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), ont été recueillies. L'échelle CIRS-G est une échelle validée et est prédictif d'un risque d'hospitalisation et de mortalité chez les patients gériatriques. L'association entre l'HD-hD et les comorbidités a été évaluée par une analyse univariée.

#### **RÉSULTATS**

Au total, 185 femmes âgées de ≥65 ans ont eu une évaluation urodynamique pendant la période d'étude, dont 103 ont été exclues en raison de l'absence de maladie neurologique. En conséquence, 61 femmes répondaient aux critères d'inclusion. L'âge médian des participants était de 72 (69-77) ans, 57 patients (93%) avaient une maladie du système nerveux central et le score médian CIRS-G était de 7(5-9). La pathologie neurologique la plus fréquente était l'accident vasculaire cérébral (31 %). Parmi les sujets inclus, la plainte la plus fréquente, ayant conduit à l'évaluation urodynamique, était l'incontinence urinaire par urgence (34%). Le diagnostic urodynamique le plus fréquent était l'HD(36 %), suivi de l'hD (26 %), d'une étude urodynamique négative (21 %) et de l'HD-hD (16 %). L'analyse univariée n'a révélé aucune association significative entre le diagnostic urodynamique, l'âge ou la charge de comorbidité mesurée par le CIRS-G. Les symptômes mictionnels évalués par le score du profil des symptômes urinaires étaient significativement plus sévères chez les patients atteints de hD.

#### CONCLUSION

Les données ne montrent pas de différences significatives entre ce diagnostic urodynamique et les comorbidités ou l'âge. Nous ne pouvons pas conclure sur l'existence d'une association entre comorbidités et HD-hD dans notre population spécifique.

Le résultat de l'étude peut être expliqué par une faible puissance statistique, qui est probablement liée à la petite taille de l'échantillon. Le nombre de patients exclus, pour absence de miction ou miction ininterprétable, était significatif. La principale explication de ces exclusions est que les conditions de l'étude urodynamique n'étaient pas celles d'une miction normale. Une autre explication pourrait être liée à la physiopathologie de l'HD-hD qui pourrait être expliquée par l'altération de plusieurs fonctions neurologiques. En effet, l'HDhD pourrait être liée à plusieurs facteurs plutôt qu'à un seul. Dans le CIRS-G, la pathologie neurologique est un item à 4 points maximum. Le CIRS n'est peut-être pas l'outil idéal à utiliser chez ces patients présentant des pathologies neurologiques et peut-être qu'un autre outil reflétant le handicap du patient, tel que l'indice de fragilité, serait plus intéressant à utiliser. En outre, les données ont été obtenues à partir d'un échantillon de patients suivie un contexte de soins primaires (hôpital de jour), et un échantillon de population jeune par rapport à une population gériatrique classique. Ainsi, les comorbidités seraient moins importantes dans notre population d'étude que dans une autre population gériatrique. De plus, les patients de l'échantillon sont souvent suivis par des médecins, ce qui impliquerait une probable meilleure prise en charge de leurs comorbidités et donc un CIRS plus faible. Une autre explication

possible est qu'il n'y a pas d'association entre l'HD-hD et l'âge ou les comorbidités, et que la pathologie neurologique expliquerait à elle seule le dysfonctionnement du bas appareil. Cependant, dans les études sur la maladie de Parkinson, il existe une association entre la durée de la maladie et le diagnostic urodynamique, ce qui suggère que l'âge joue un rôle dans l'association entre HD-hD et maladies neurologiques. La pathogenèse de l'HD-hD est probablement plus complexe que le seul vieillissement chronologique et mérite d'être plus étudiée Cette étude s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre l'HD-hD afin d'améliorer son traitement.

### POSTERS EXPLORATIONS FONCTIONNELLES / PO 10

#### PROFIL URODYNAMIQUE DANS LES SCLEROSES COMBINEES DE LA MOELLE AVEC TROUBLE VESICO-SPHINCTERIENS

#### YAZIDI Mouad

Service De Médecine Physique Chu Ibn Rochd, Maroc

La sclérose combinée de la moelle (SCM) est une myélopathie neuro-dégénérative consécutive à une carence en vitamine B12, elle en résulte un déficit moteur et sensitif variable selon la localisation, associé dans environ 1/3 des cas à des troubles vésico sphinctériens (TVS) L'objectif de ce travail est d'étudier le profil urodynamique chez ces patients Nous avons réalisé une étude rétrospective au service MPR CHU ibn rochd chez des patients atteints de sclérose combiné de la moelle sur anémie de Biermer. Sur 7 patients atteints de SCM 4 ont présenté des TVS. L'âge moyen était de 41.5 ans, ils étaient tous de sexe masculin. La durée moyenne de la maladie était de 6,12 ans. Pour le déficit neurologique 3 patients avaient une paraplégie spastique, 1 avait une tétraparésie spastique, 1 patient avait une hypoesthésie niveau L1, 1 patient avait des troubles sensitifs non systématisés. Pour les TVS: Pollakiurie 25%, Incontinence urinaire par urgenturie 50%, nycturie 75%, Dysurie 50%, Rétention urinaire 50%. Le débitmètre a objectivé une dyssynérgie vésico-sphinctérienne chez 2 patients avec un RPM significatif, chez les 2 autres patients la miction n'a pas été obtenue. La cystomanométrie a objectivé une Hyperactivité detrusorienne chez 1 patient, une vessie acontractile chez un 1 patient, une vessie hypersensible chez 1 patient et était normale chez un patient. La profilométrie a objectivé 2 cas d'hypertonie sphinctérienne. Sur le plan thérapeutique les alpha-bloquants ont été prescrits dans 50% des cas, les anticholinergiques Dans 25% des cas, sondage intermittent dans 75% des cas, la rééducation périnéale par biofeedback et électrostimulation dans 25% des cas. Un patient présentait une uréterohydronéphrose majeure unilatérale Le profil urodynamique chez les patients atteints de SCM avec TVS est polymorphe, et peu d'études s'y sont intéressées durant ces dernières années, le dépistage de TVS et la réalisation des explorations urodynamiques trouve tout son intérêt chez ces patients afin d'améliorer leur prise en charge et éviter le retentissement sur le haut appareil.

### **POSTERS** EXPLORATIONS FONCTIONNELLES / **PO 17**

# BILAN URODYNAMIQUE ET FIBROME UTERIN, OUEL INTERET?

Zaineb TAHRI, Hakim BOURRA, Taha ZINEDDINE, Nada KYAL, Fatima LMIDMANI, Abdellatif ELFATIMI
Chu Ibn Rochd

#### **OBJECTIF**

Rechercher s'il existe un paramètre urodynamique et/ou un paramètre issu de l'analyse modélisée des débitmétries (méthode VBN) qui serait caractéristique des dysfonctions vésicosphinctériennes induites par un fibrome utérin.

#### > POPULATION ET MÉTHODES

Trente patientes [31-69 ans] ayant un fibrome utérin et, pour 28 d'entre-elles une incontinence urinaire d'effort (critères d'exclusion : maladie neurologique, diabète, antécédent de chirurgie pelvienne, prolapsus de grade > I) ont bénéficié d'un bilan urodynamique comportant la séquence suivante d'examens : débitmétrie libre, profilométrie urétrale, cystomanométrie et si possible, une seconde débitmétrie libre. L'analyse modélisée des débitmétries a été réalisée pour déterminer un paramètre urétral q et un paramètre d'efficience du détrusor.

#### **RÉSULTATS**

Le fibrome (connu chez 23 patientes) était une découverte de l'examen gynécologique dans sept cas. Il n'a pas été retrouvé de variation significative d'un paramètre urodynamique qui pourrait être attribuée sans ambiguïté à la présence du fibrome plutôt qu'à l'incontinence urinaire. Un certain degré d'obstruction constrictive, non spécifique est mis en évidence chez 18 patientes ( $g = 0.40 \pm 0.15$ ). Pour l'ensemble des patientes, une poussée abdominale efficace est retrouvée dans 78 % des mictions.

#### CONCLUSION

Certains troubles vésicosphinctériens résultent de la présence d'un fibrome utérin et peuvent être résolutifs après hystérectomie. Si le bilan urodynamique ne présente pas de spécificité, l'examen physique concomitant permet de mettre en évidence des fibromes n'ayant pour seule conséquence qu'une symptomatologie urinaire.

COMPARAISON DE L'IMPLANTATION ROBOT-ASSISTEE DU SPHINCTER ARTIFICIEL CHEZ LA FEMME VS. IMPLANTATION BULBAIRE DU SPHINCTER URINAIRE ARTIFICIEL CHEZ L'HOMME POUR L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT NON NEUROGENE

Benoit PEYRONNET, Alexandre DUBOIS, Valentine LETHUILLIER, Claire RICHARD, Camille HAUDEBERT, Imad BENTELLIS, Mehdi EL-AKRI, Lucas FRETON, Andrea MANUNTA, Juliette HASCOET

Service D'urologie Chu Rennes, France

#### INTRODUCTION

En 2006, Ananias Diokno et son équipe ont publié ce qui reste à ce jour la seule série comparant l'implantation de sphincters urinaires artificiels (SUA) chez l'homme et chez la femme, suggérant de meilleurs résultats fonctionnels et une survie plus On peut supposer que l'approche robotique de l'implantation chez la femme, qui se répand rapidement, a pu modifier cette comparaison. L'objectif de cette étude était de comparer les résultats de l'implantation robotique du SAU chez la femme et l'implantation bulbaire du SUA chez l'homme pour l'incontinence urinaire d'effort non neurogène.

#### **MÉTHODES**

Les dossiers de tous les patients de sexe masculin ayant subi une implantation bulbaire de SUA et de tous les patients de sexe féminin ayant subi une implantation robotique de SUA entre 2008 et 2020 pour une IUE non neurogène dans un centre ont été revus rétrospectivement. Toutes les implantations ont été réalisées par trois chirurgiens au cours de leur courbe d'apprentissage pendant la période d'étude. Toutes les implantations chez la femme ont été réalisées par une approche transpéritonéale robotique «antérieure». Le critère d'évaluation principal était la continence à 3 mois, classé comme suit : résolution complète de l'incontinence urinaire à l'effort (0 tampon), amélioration de l'incontinence urinaire à l'effort ou inchangé.

#### RÉSULTATS

Après exclusion de 19 patients neurologiques, 149 patients ont été inclus : 58 femmes et 91 hommes. Le temps opératoire était significativement plus court dans le groupe des hommes (137,4 vs. 179,4 min ; p<0,0001). Le taux de complications postopératoires était similaire dans les deux groupes (20,8 % vs 27,6 % ; p=0,34) ainsi que la durée médiane d'hospitalisation (3 vs 2 jours ; p=0,89). La continence à 3 mois et lors du dernier suivi était en faveur du groupe féminin (continence complète : 42,3% vs. 76,4% et 34,1% vs. 70,4% ; p<0,001). La diminution de l'ICIQ-SF à 3 mois était significativement plus importante dans le groupe des femmes (-8,8 vs. -15,2 ; p=0,001). La survie sans explantation à 5 ans était similaire dans les deux groupes (78,2% vs. 74,6% ; p=0,69) ainsi que la survie sans révision à 5 ans (78,7% vs. 69,3% ; p=0,30).

#### CONCLUSION

L'implantation robotisée de prothèses AUS chez la femme et l'implantation de prothèses AUS chez l'homme présentent une morbidité similaire et des taux de survie similaires, mais l'implantation de prothèses AUS chez la femme peut être associée à de meilleurs résultats fonctionnels, ce qui confirmerait des résultats antérieurs (Petero VG, J Urol 2006).

#### EST-CE OUE LES PARAMETRES DE LA FONCTION DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN DIFFERENT CHEZ LES FEMMES EN FONCTION DE LEUR STATUT DE CONTINENCE ? UNE REVUE SYSTEMATIQUE

Benoit PEYRONNET, Alexandre DUBOIS, Valentine LETHUILLIER, Claire RICHARD, Camille HAUDEBERT, Imad BENTELLIS, Mehdi EL-AKRI, Lucas FRETON, Andrea MANUNTA, Juliette HASCOET

Service D'urologie Chu Rennes, France

#### **OBJECTIF**

L'objectif principal de cette revue est de comparer des paramètres de la fonction des muscles du plancher pelvienen fonction du statut de continence chez la femme.

#### MÉTHODE

Cette revue systématique, suivant les recommandations PRISMA 2020, inclut des études observationnelles (transversales, cas-témoins et de cohorte) répondant à notre question SPIDER. Les bases de données PubMed, Web of Science et LiSSa ont été interrogées, jusqu'au 31 décembre 2021. La sélection des études et l'extraction des données ont été réalisées par un examinateur puis vérifiées par un second. La qualité méthodologique des études a été évaluée avec l'outil Joanna Briggs Institute critical appraisal checklist.

#### RÉSULTATS

Sur 4735 références identifiées, 44 études ont été incluses, représentant 5709 participantes au total. Statistiquement, nous n'avons pas trouvé d'association entre la fonction des MPP et le statut de continence chez la femme.

#### CONCLUSION

Les résultats rapportés sont hétérogènes et doivent être interprétés avec précaution. Une méta-analyse sur ce sujet pourrait être pertinente afin d'affiner l'analyse qualitative de cette revue.

# IMPACT DES RETENTISSEMENT PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL SUR LES PATIENTES AYANT DES SYMPTOMES D'INCONTINENCE URINAIRE. UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE

#### Benoit STEENSTRUP, Pauline JOSSE, Renaud DE TAYRAC, Maxime GILLIAUX

Chu Rouen, France, Hôpital La Musse, France, Chu Nîmes, France

#### INTRODUCTION

L'incontinence urinaire affecte près de 30% des femmes, et il a été observé que celle-ci pouvait avoir des retentissements physiques, émotionnels et sociaux. Il n'existe aucune donnée spécifique à la prise en charge Masso-kinésithérapique qui évaluent l'ensemble des retentissements de l'incontinence urinaire retrouvés dans la littérature.

#### **OBJECTIF**

Une revue narrative de la littérature a été réalisée, permettant d'apprécier l'impact que peut engendrer chaque retentissement physique, psychologique et social sur les patientes ayant des symptômes d'incontinence urinaire.

#### **MÉTHODE**

La check-list COSMIN a été suivie dans l'élaboration de ce mémoire. Le moteur de recherche Pubmed a été utilisé afin de sonder la base de données Medical Littérature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Le thésaurus MedicalSubjectHeadings (MeSH) a été utilisé afin de préciser les recherches et de n'obtenir que des articles qui se rapprochent au maximum du sujet de recherche principal. L'analyse de 90 questionnaires d'auto-évaluation préexistants a complété la recherche.

#### **RÉSULTATS**

Une synthèse des retentissements physiques et psycho-sociaux, ainsi que des questionnaires préexistants retrouvés dans la littérature a ainsi été réalisés. Huit retentissements physiques et psycho-sociaux de l'IU chez les femmes ont été identifiés : l'anxiété, la dépression, l'image de soi, la fatigue, les douleurs, les capacités physiques, la participation sociale et la santé sexuelle.

#### CONCLUSION

La synthèse de ces retentissements physiques, psychologiques et sociaux permettra de mieux appréhender leur impact avéré sur les patientes souffrant d'IU ainsi que d'adapter les items d'un questionnaire expérimental qui fera l'objet de la seconde partie de cette étude. Ceci permettrait l'utilisation de celui-ci par les Masseurs-kinésithérapeutes lors de l'élaboration du bilan diagnostique kinésithérapique des patientes souffrant d'incontinence urinaire.

# IMPACT DES MODIFICATIONS DES COURBURES VERTEBRALES SAGITTALES LIEES A L'AGE SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES PELVIENS. UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

#### Benoit STEENSTRUP, Jean Nicolas CORNU, Maxime GILLIAUX

Chu Rouen, France, Hôpital La Musse, France

#### **OBJECTIF**

L'objectif de cette revue était de préciser l'association potentielle entre l'évolution des courbures vertébrales liées à l'âge et le risque de prolapsus des organes pelviens chez les femmes.

#### **MÉTHODE**

Une revue systématique PRISMA a été effectuée. Les mots clés ont été choisis en accord avec les critères d'éligibilité PICO. Pour être incluses, les études devaient être descohortes observationnelles, des études de cas témoins ou des études transversales. La qualité des articles a été évaluée à l'aide de l'échelle STROBE.

#### RÉSULTATS

Cinq articles de 1996 à 2021 ont été inclus dans la présente revue avec des résultats conflictuels. Quatre études ont rapporté une association positive entre les prolapsus anatomiques à l'examen clinique, une diminution de la lordose lombaire et une augmentation de la cyphose thoracique. L'étude restante, basée sur l'évaluation des symptômes par questionnaire, n'a trouvé aucune association entre les symptômes liés aux prolapsus des organes pelviens et les modifications des courbures de la colonne vertébrale liées à l'âge.

#### CONCLUSION

D'après les données disponibles, cette revue suggère une preuve modérée d'association entre le développement de prolapsus des organes pelviens anatomique et les modifications de courbures sagittales vertébrales liées à l'âge chez la femme. Cette revue reste limitée par le faible nombre et l'hétérogénéité des études incluses. Des études complémentaires, si possible longitudinales, avec des protocoles de bonne qualité méthodologique, devraient être menées pour une meilleure compréhension de la physiopathologie des prolapsus des organes pelviens.

# RETENTION URINAIRE EN POST-PARTUM. UNE ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

#### Anne-Cécile PIZZOFERRATO, Sylvie BILLECOCQ

Service De Gynécologie-Obstétrique Chu Caen Normandie, France, Maternité Notre-Dame-De-Bon-Secours, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, France

#### **OBJECTIF**

La rétention urinaire en post-partum (RUPP) est une complication du post-partum mal connue dont la prévalence est très variable en fonction des définitions (variant entre 0,5 et 30% des accouchements). Le pronostic est lié à la rapidité du dépistage et de la prise en charge dans les maternités. Il n'existe actuellement aucun consensus validé par les sociétés savantes sur la prise en charge de la RUPP. L'objectif de cette enquête était d'évaluer les connaissances et habitudes de pratique concernant la RUPP parmi les participants du 43ème congrès de la SIFUD-PP.

#### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour cette enquête, nous avons proposé un questionnaire accessible grâce un QR code présenté sur des affiches disposées dans le lieu du 43ème congrès de la SIFUD-PP du 27 au 29 octobre 2021. Le questionnaire comportait 21 questions réparties en 4 catégories : la démographie des répondants, l'utilisation d'un protocole spécifique concernant la RUPP, les connaissances des participants des facteurs de risque et leur pratique concernant la RUPP.

#### **PRÉSULTATS**

Pendant les 3 jours du congrès, 50 participants ont répondu au questionnaire : 40 (80%) étaient des femmes, 10 (20%) étaient gynécologues, 35 (70%) kinésithérapeutes et 5 (10%) étaient sage-femme, infirmière ou urologue. Parmi eux, 22 (44%) exerçaient dans leur spécialité depuis 10 ans ou plus, 64% avaient une activité libérale exclusive. Trente-deux participants (64%) ont répondu que le mode de reprise mictionnelle n'était pas renseigné sur le compte-rendu d'accouchement transmis ou reçu. Parmi les 43 participants recevant des femmes dans les 3 mois du post-partum, 22 (51%) déclaraient ne pas demander si la reprise mictionnelle avait été spontanée.

Vingt-six pourcent des répondants estimaient la fréquence de la RUPP à 5%, 30% à 10% et 27% à une fréquence supérieure ou égale à 20%. Les facteurs de risque de RUPP les plus fréquemment cités étaient l'accouchement sous anesthésie péridurale (80%), l'accouchement avec assistance instrumentale (73%), l'antécédent de rétention urinaire post opératoire (70%) et les déchirures périnéales sévères (54%).

En cas de RUPP totale ou partielle, 48% des répondants préconisaient la mise en place des auto-sondages propres intermittents (ASPI) et 16% la mise en place d'une sonde urinaire à

demeure. En cas de mise en place des ASPI, 20% préconisaient sa réalisation systématique après chaque miction, 14% proposaient de réaliser les auto-sondages 5 fois par jour et 46% d'entre eux ne savaient pas le rythme à proposer. La majorité des répondants (80%) préconisaient un suivi par calendrier mictionnel chez une femme présentant une RUPP.

#### **CONCLUSIONS**

La prise en charge de la RUPP intéresse essentiellement les gynécologues et kinésithérapeutes qui sont les acteurs principaux de cette prise en charge à court et moyen terme. L'apprentissage des ASPI semble plus souvent proposé et plus adapté que la pose d'une sonde urinaire à demeure pour une femme présentant une RUPP. Le rythme de réalisation de ces ASPI n'est pas du tout codifié et le retentissement sur la qualité de vie de ces jeunes mères non évaluées. Une enquête à plus large échelle aidée de la constitution d'un groupe expert est nécessaire afin de mieux préciser les modalités de cette prise en charge.

#### INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT D'UN ENFANT NE SANS VIE SUR LES DECHIRURES PERINEALES

#### Marine LALLEMANT, Thibaud BOUDRY, Rajeev RAMANAH, Nicolas MOTTET

Service De Gynécologie-Obstétrique, Chu Besançon, France

#### **OBJECTIF**

Evaluer et comparer l'incidence de déchirures périnéales selon leur stade après un accouchement par voie basse d'un enfant né sans vie par rapport à ceux d'un enfant né vivant.

#### **MÉTHODES**

Nous avons mené une étude cas-témoin, rétrospective à partir d'une base de données de toutes les patientes ayant accouché au sein d'une maternité de niveau 3. La mort fœtale in utéro était définie par le décès du fœtus après 24 SA et 6 jours. Les cas étaient définis par toutes patientes ayant accouché par voie vaginale d'un fœtus, en présentation céphalique, singleton, décédé in utero avant le travail entre janvier 2006 et juin 2020. Les témoins sélectionnés étaient toutes patientes accouchant spontanément par voie vaginale, sans aide instrumental, d'un fœtus vivant après 24 SA et 6 jours en présentation céphalique au cours de la même période. Les critères d'exclusion étaient les accouchements instrumentaux, les présentations du siège et les interruptions médicales de grossesse. Chaque cas était apparié à 2 témoins sur l'ensemble des critères suivants par tirage au sort : parité, âge maternel, indice de masse corporelle, âge gestationnel et le poids de naissance. Le critère de jugement principal était la présence d'une déchirure périnéale, suturée ou non définie, et définie selon la classification du RCOG.

#### **PÉSULTATS**

Sur la période étudiée, 215 femmes ont accouché d'un enfant né sans vie par voie basse spontanée et sans aide instrumentale après 24 SA et 6 jours. Ces cas ont été appriés à 430 témoins. Les deux groupes étaient comparables pour toutes les caractéristiques démographiques et cliniques sauf pour la présence d'une analgésie type péridurale (92% versus 70% dans le groupe témoin, p<0,01) et d'un déclenchement (86% versus 17%, p<0,01). L'incidence des déchirures périnéales globales était de 13% (28 sur 215) dans le groupe de MFIU contre 16% (70 sur 430) dans le groupe témoins. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en termes d'incidence de déchirures périnéales globales entre les 2 groupes (RR=0.8 IC95% [0,5 -1,2]). L'incidence des déchirures périnéales de premier degré était de 10% dans le groupe MFIU et 11% dans le groupe témoin. L'incidence des déchirures périnéales du deuxième degré étaient de 18% dans le groupe MFIU contre 28% dans le groupe témoins. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en ternes d'incidence de déchirures périnéales de premier degré (RR = 0,88 IC 95% [0,5 -1,4]) et deuxième degré (RR =0,51 IC 95% [0,2 -1,4]). Aucune lésion obstétricale du sphincter anal n'a été retrouvée dans les deux groupes.

#### CONCLUSION

L'accouchement d'un fœtus mort in utero ne semblerait être ni un facteur de risque ni un facteur protecteur de déchirures périnéales. Mais il existerait une tendance à une incidence plus faible de déchirures périnéales du deuxième degré dans ce contexte.

# RETENTION AIGUË D'URINE DANS LE POST PARTUM - ÉTUDE CAS-TEMOINS

#### Lucie CHAUDEY, Bertrand GACHON

Interne De Gynécologie Obstétrique, France, Gynécoloque obstétricien, CHU de Poitiers, France

#### INTRODUCTION

La rétention aiguë d'urine (RAU) du post partum (PP) est définie par l'absence de miction spontanée 6 heures après l'accouchement avec un volume vésical supérieur à 400 ml. Son incidence varie de 1,7 à 17,9%. Fréquente et mal connue, elle est pourvoyeuse de morbidité si non diagnostiquée et prise en charge rapidement.

La physiopathologie précise est encore inconnue mais il semblerait qu'elle soit multifactorielle reposant sur des mécanismes physiologiques, neurologiques et mécaniques associées à la grossesse et à l'accouchement [1]. La physiologie vésicale est modifiée durant la grossesse avec une hypotonie des voies urinaires sous le possible effet de la progestérone qui inhibe les fibres musculaires lisses du détrusor [1]. Les facteurs de risques retrouvés dans la littérature sont la primiparité [1,2], la durée prolongée du travail [1], l'analgésie péridurale [1,2], l'accouchement instrumental [1,2], la césarienne, l'épisiotomie et les déchirures périnéales [14], et le poids de naissance [1].

Le traitement repose sur le sondage urinaire [2]. La RAU peut s'avérer asymptomatique, ce qui en fait sa complexité. Retard de diagnostic et de prise en charge peuvent entraîner une surdistension vésicale, conduisant à une atonie du détrusor et un dysfonctionnement mictionnel prolongé [1].

#### OBJECTIFS

Afin d'identifier les facteurs associés à la survenue d'une RAU nous avons réalisé une étude cas-témoins. Nous émettons l'hypothèse que les caractéristiques maternelles, celles relatives à l'accouchement et les caractéristiques néonatales pourraient être différentes chez les cas et les témoins.

L'objectif principal est d'identifier les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition d'une RAU dans le PP.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer le taux et la morbidité de la RAU.

#### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, cas témoins, monocentrique menée entre juillet 2019 et juillet 2020. Ont été incluses, dans le groupe des cas, les femmes ayant présenté une RAU dans le PP, définie par la nécessité d'un sondage urinaire. Les grossesses multiples ont été exclues. Le groupe témoin, apparié aux cas en fonction du mode et de la date d'accouchement, a été constitué par les femmes n'ayant pas été sondées dans le PP, avec un ratio 1:1.

À partir du dossier médical, ont été étudiées les caractéristiques maternelles, celles relatives à l'accouchement par voie basse (AVB) ou par césarienne, celles relatives au PP et au nouveau-né. Les caractéristiques des cas ont été comparées aux témoins dans une analyse univariée. Lorsque certaines données étaient non renseignées pour un cas, le témoin apparié était retiré pour l'analyse de cette donnée; et inversement, afin de ne pas déséquilibrer les groupes.

Les tests du Chi-2 ou de Fisher ont été utilisés pour comparer pour les données catégorielles permettant d'obtenir un odd ratio (OR) avec un intervalle de confiance à 95% et le test de Student pour les données continues. Le niveau de significativité était fixé pour p < 0,05. Les analyses ont été réalisées à l'aide de biostatgy.

Au moment de l'admission, chaque patiente de notre établissement reçoit un document qui mentionne spécifiquement la possibilité que les données médicales anonymisées recueillies pendant l'hospitalisation puissent être utilisées pour la recherche médicale. Les données ont été recueillies conformément à nos pratiques et les femmes n'ont fait l'objet d'aucune procédure supplémentaire pour cette recherche. Compte tenu de la réglementation française, l'approbation du comité d'éthique n'était pas requise pour cette étude rétrospective, n'ayant pas d'impact sur la prise en charge des patientes.

#### **PÉSULTATS**

98 cas de RAU ont été identifiés, de juillet 2019 à juillet 2021, ce qui représente une incidence de 4%.

Les caractéristiques maternelles, à savoir l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC) avant grossesse et la parité sont comparables entre les deux groupes.

Il ne semble pas y avoir d'association entre le mode de début de trav<mark>ail (spontané ou induit) et la RAU. Les cas accouchent à un terme significativement plus avancé que les témoins, avec environ une semaine d'écart entre les deux groupes, p < 0,0<mark>5. Cependant, la prématurité ne semble pas jouer de rôle dans la survenue de RAU.</mark></mark>

Concernant les accouchements par césarienne, il n'y pas de différence significative entre les cas et les témoins, que la césarienne soit programmée, réalisée en urgence, ou en urgence à dilatation complète. Quant aux accouchements instrumentaux, il n'y pas de différence significative entre les types d'instruments, la double instrumentation, ni la hauteur de la présentation dans la filière pelvienne, dans la survenue de RAU. Les déchirures du premier et second degré, les LOSA ou encore l'existence ou non d'une épisiotomie ne semblent pas influencer la miction dans le PP. La quantité d'ocytocine reçue par les femmes pendant le travail est comparable entre les deux groupes. Les saignements de plus ou moins d'un litre n'influencent pas la miction dans le PP. Les facteurs associés à l'existence d'une RAU sont l'analgésie péridurale (APD) (OR 3,3 [1,5 - 7,6]), le temps passé en salle de naissance, du début du partogramme à la naissance significativement plus longue chez les cas (p < 0,05) et la durée du second stade du travail  $\geq$  120 minutes (OR 3,6 [1,7 - 7,7]). La délivrance artificielle avec révision utérine (DA-RU) serait un facteur contribuant à l'apparition d'une RAU (OR 6,2 [1,3 - 60]).

Les femmes ayant accouché d'un enfant pesant moins de 3 000 g sont moins exposées à la RAU (OR 0,5 [0,2 - 0,99]). En revanche, le périmètre céphalique n'a pas d'impact sur la RAU. Le sondage urinaire intermittent est associé à la survenue de complications infectieuses (OR 8,5 [1,1 - 385]). Cependant, la RAU n'allonge pas la durée moyenne du séjour et la sortie

d'hospitalisation avec autosondage n'est pas statistiquement différente chez les cas et les témoins. L'existence d'une RAU ne semble pas augmenter la consommation d'antalgiques dans le PP.

#### CONCLUSION

Le taux de RAU du PP est de 4%. Les facteurs associés à la survenue de la RAU dans le PP sont l'APD, le temps passé en salle de naissance, la durée du second stade du travail  $\geq$  120 minutes et la DA-RU. Les femmes ayant accouché d'un enfant pesant  $\leq$  3000g sont moins exposées à la RAU. La RAU est source de morbidité, via les complications infectieuses, mais ne semble pas majorer la durée de séjour. Sans pouvoir mettre en évidence de différence significative, on note une surreprésentation de la pratique d'une épisiotomie, de l'accouchement instrumental et des césariennes chez les cas par rapport aux pratiques du centre sur la période étudiée. Il est difficile de prédire qui développera des troubles mictionnels en PP, une surveillance accrue doit donc faire partie des pratiques courantes.

#### MOTS CLÉS

Rétention aiguë d'urine ; complication du post partum ; dysfonction vésicale du post partum.

#### Bibliographie:

- 1. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention: Post-partum voiding dysfunction. Aust N Z J Obstet Gynaecol. déc 2010;50(6):502 5.
- 2. Mulder F, Schoffelmeer M, Hakvoort R, Limpens J, Mol B, van der Post J, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis: Risk factors for postpartum urinary retention. BJOG Int J Obstet Gynaecol. nov 2012;119(12):1440 6.

# POSTERS UROLOGIE DE L'HOMME / PO 02

# UNE REVUE SYSTEMATIQUE DES INTERVENTIONS DE KINESITHERAPIE FONCTIONNELLE HOLISTIQUE SUPERVISEE APRES PROSTATECTOMIE

#### Benoit STEENSTRUP, Marie CARTIER, François Xavier NOUHAUD, Maxime GILLIAUX

Chu Rouen, France, Hôpital La Musse, France

#### **INTRODUCTION**

La prostatectomie radicale (PR) peut générer des changements physiologiques multidimensionnels, comme une diminution des fonctions physiques et émotionnelles, ainsi qu'une altération de la qualité de vie liée à la santé. A ce jour, seul l'entraînement des muscles du plancher pelvien est couramment recommandé comme traitement conservateur post-PR. Des interventions plus complètes, telles que la kinésithérapie favorisant la coordination générale, la flexibilité, la force, l'endurance, la forme physique et les capacités fonctionnelles peuvent sembler plus pertinentes et centrées sur le patient.

#### OBJECTIF DE LA REVUE

Notre objectif était d'évaluer si une kinésithérapie fonctionnelle holistique, axée sur des exercices des membres inférieurs et des exercices lombo-pelviens, améliorerait les capacités et les fonctions physiques (y compris la continence urinaire), les fonctions émotionnelles et la qualité de vie liée à la santé, chez les patients post-PR

#### > ACOUISITION DES DONNÉES

Une revue systématique a été effectuée selon les directives PRISMA. Une recherche documentaire a été menée dans les bases de données PubMed, PEDro, Web of Science et Cochrane Library depuis leur création jusqu'en janvier 2022. L'approche PICO a été utilisée pour déterminer les critères d'éligibilité. Selon la qualité des études sélectionnées, des niveaux de preuve ont été proposés.

#### SYNTHÈSE DES DONNÉES

Huit essais cliniques répondaient aux critères d'éligibilité. En ce qui concerne l'incontinence urinaire, toutes les études ont rapporté des résultats positifs de la kinésithérapie fonctionnelle holistique entre pré et post-kinésithérapie (p <0,05). Quatre des études sélectionnées ont rapporté des résultats positifs pour la qualité de vie (p<0,05), pour les capacités physiques, ainsi que pour les fonctions physiques et émotionnelles.

#### CONCLUSION

La littérature actuelle indique qu'une kinésithérapie fonctionnelle holistique s'est avérée sûre, non invasive et particulièrement efficace en termes de récupération de la continence. Cette rééducation pourrait entraîner des résultats plus positifs que l'entraînement des muscles du plancher pelvien seul, pour les capacités physiques, le fonctionnement physique et émotionnel et la qualité de vie. D'autres essais cliniques de qualité, supervisés et bien conçus, menés par des cliniciens multidisciplinaires expérimentés, restent nécessaires.

#### ETUDE DE LA SATISFACTION DES INTERNES ET DES JEUNES CHEFS EN MPR A UNE FORMATION DISPENSEE PAR UNE UNITE MOBILE DE SIMULATION AU SUJET DE L'ANNONCE CHEZ LE PATIENT BLESSE MEDUI I AIRED

#### Audrey BRINGER, Philippe GRISE, Louis SIBERT

Hôpital La Musse Et Chu Rouen, France, Médical Training Center Chu Rouen, France, Médical Training Center Chu Rouen Et Service Urologie Chu Rouen, France

#### INTRODUCTION

Le médical training center du CHU de Rouen s'est doté en 2021 d'une unité mobile de simulation en santé. Peu de centre de simulation en France propose une formation aux médecins physiques et de réadaptation. De plus, aucune étude n'a été réalisée sur l'annonce dans le handicap et en particulier chez le blessé médullaire, en simulation en santé. L'objectif de l'étude est d'analyser la satisfaction d'internes et jeunes chefs en MPR après une formation à l'annonce chez le patient blessé médullaire en centre de rééducation, dispensée dans trois centres de rééducation, à l'aide d'une unité mobile de simulation en santé.

#### MATÉRIELS ET MÉTHODE

Deux scénarios ont été préparés en équipe avec un psychologue et un médecin professeur de médecine physique et de réadaptation (Pr. Beuret Blanquart) : un patient colérique tétraplégique de niveau C7 et une patiente neurasthénique paraplégique complète de niveau T10. L'unité mobile de simulation s'est déplacée dans trois centres de rééducation, spécialisés dans la rééducation du patient blessé médullaire : le centre de rééducation du Kerpape, en Bretagne, le centre de rééducation de Granville et l'hôpital la Musse, en Normandie. La formation a été dispensée aux internes et jeunes chefs de MPR présents dans chaque centre. La formation était faite par un enseignant formé en simulation. Elle se déroulait en trois parties : les scénarios testés par deux internes, la restitution et une formation didactique à l'annonce dans le handicap. Un questionnaire était distribué à la fin de la formation aux internes et jeunes chefs en MPR.

#### RÉSULTATS

10 internes et jeunes chefs en MPR ont été interrogés: 8 internes et 2 jeunes chefs. 90% des sujets n'avaient jamais eu auparavant de formation sur l'annonce dans le handicap. 87,5 % des internes étaient inquiets à l'idée de devoir annoncer un jour seul un handicap. 90% étaient absolument satisfaits du choix des scénarios. 80% des sujets étaient satisfaits du format proposé. 100% désiraient voir intégrer une formation de ce type au DES de MPR.

#### CONCLUSION

Il est important de proposer une formation à l'annonce du handicap chez le patient blessé médullaire aux internes de MPR en France. La simulation en santé pourrait pleinement répondre à cette demande.

## **NOS PARTENAIRES**

#### **PARTENAIRE SILVER**







#### **PARTENAIRE BRONZE**



#### Medtronic

#### **AUTRES PARTENAIRES**

































MyLittlePessaire by GAYA •















**Tieleflex** 

Wellspect<sup>®</sup>

tensi

# AP



### **CONTACTS**

#### SIFUD-PP

Lieu-dit « Les Portes de l'Europe » 10, rue du Dr. Baillat 66 100 Perpignan

Tél: 04 68 54 67 10

E-mail: sifud-pp@orange.fr

www.sifud-nn.org

# H O P S C C T C H CONGRÈS

#### **HOPSCOTCH CONGRES**

23 / 25 rue Notre Dame des Victoires 75 002 Paris

Tél: 0170 94 65 35

Contact partenaires : sifud-pp@orange.fr

Contact participants : congres@hopscotchcongres.com



