

Place de la chirurgie urologique dans les dysfonctions vésico-sphinctériennes d'origine neurologique

Dr Marie-Aimée PERROUIN-VERBE

Urologie, CHU Nantes

DES MPR, 10 janvier 2022





Guidelines

Summary of European Association of Urology (EAU) Guidelines on Neuro-Urology

Jan Groen^{a,*}, Jürgen Pannek^b, David Castro Diaz^c, Giulio Del Popolo^d, Tobias Gross^e, Rizwan Hamid^f, Gilles Karsenty^g, Thomas M. Kessler^h, Marc Schneider^h, Lisette 't Hoen^a, Bertil Blok^a

^aDepartment of Urology, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands; ^bDepartment of Neuro-Urology, Swiss Paraplegic Center, Nottwil, Switzerland; ^cDepartment of Urology, University Hospital of the Canary Islands, Tenerife, Spain; ^dDepartment of Neuro-Urology, Careggi University Hospital, Florence, Italy; ^eDepartment of Urology, University of Bern, Inselspital, Bern, Switzerland; ^fDepartment of Neuro-Urology, London Spinal Injuries Centre, Stanmore, UK; ^gDepartment of Urology, Aix Marseille University, Marseille, France; ^hDepartment of Neuro-Urology, Spinal Cord Injury Center, University of Zürich, Balgrist University Hospital, Zürich, Switzerland



Recommandations pour le suivi des vessies neurologiques des patients médullaires et de la Sclérose en plaques

Marianne de Sèze¹ Alain Ruffion²,
Pierre Denys³, Brigitte Perrouin-Verbe⁴, Emmanuel Chartier-Kastler⁵

à l'initiative du GENULF

World Journal of Urology
<https://doi.org/10.1007/s00345-018-2294-7>

TOPIC PAPER



Surgical management of the neurogenic bladder after spinal cord injury

Jean-Jacques Wyndaele¹ · Brian Birch² · Albert Borau³ · Frank Burks⁴ · David Castro-Diaz⁵ · Emmanuel Chartier-Kastler⁶ · Marcus Drake⁷ · Osamu Ishizuka⁸ · Tomonori Minigawa⁸ · Eloy Opisso³ · Kenneth Peters⁴ · Barbara Padilla-Fernández⁵ · Christine Reus^{6,7,8,9,10,11} · Noritoshi Sekido⁹

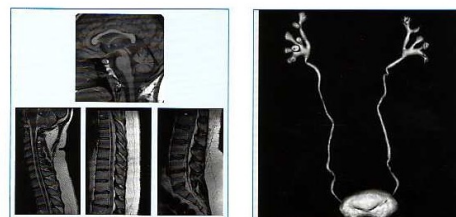
SIU ICUD 2018

VOLUME 17 Mai 2007 Numéro 3



Progrès en Urologie

Prise en charge urologique des vessies neurogènes



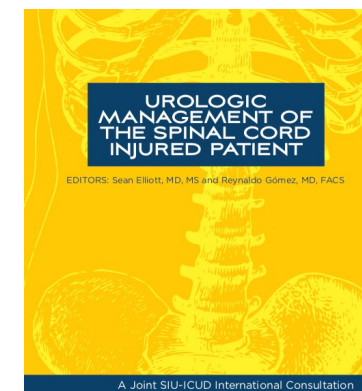
ISSN 1768-564X



Rapport du 100^{ème} Congrès (2006)
de l'Association Française d'Urologie



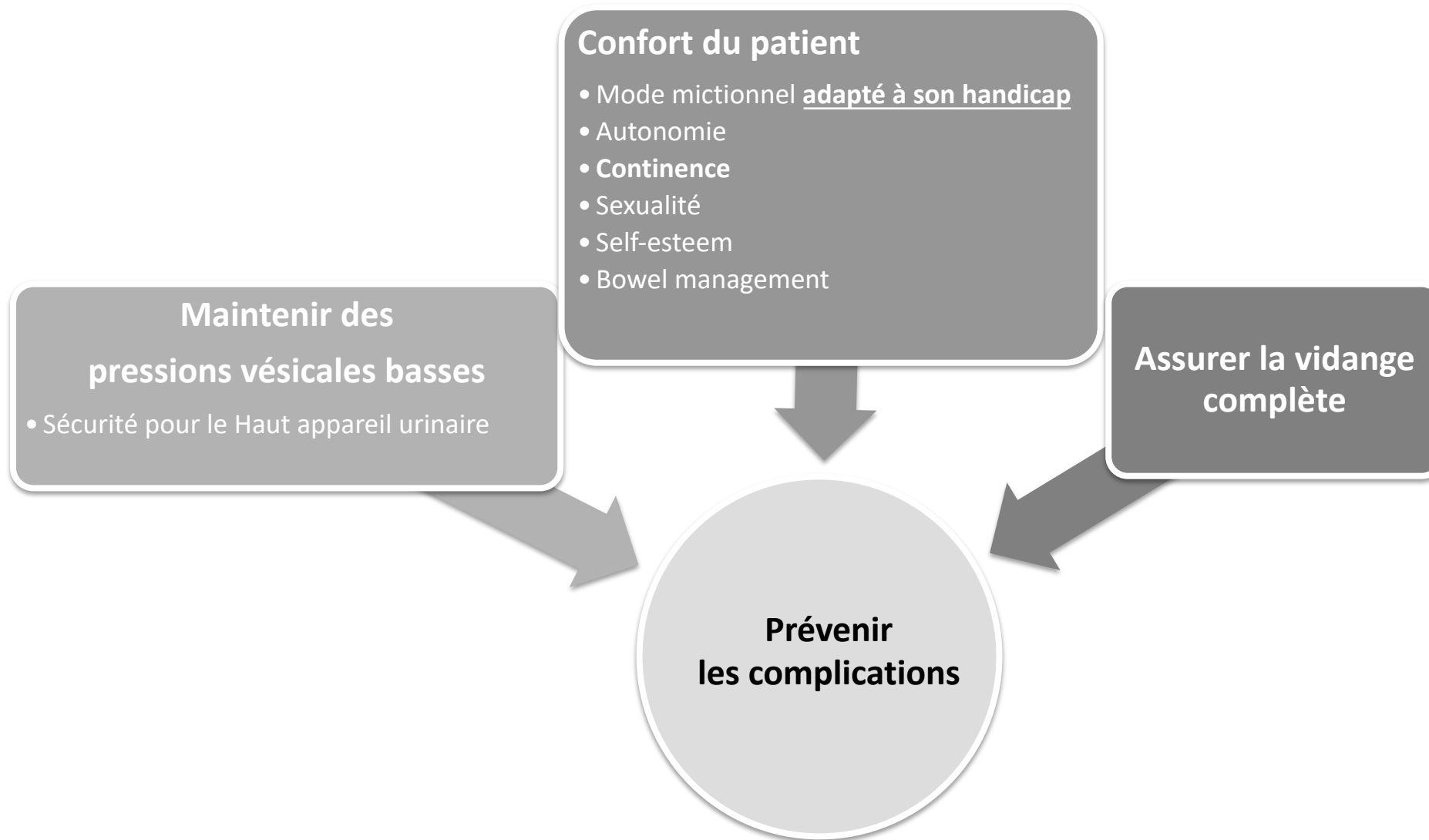
E. CHARTIER-KASTLER - A. RUFFION



Co-sponsored by
SIU (Society for International Urological Diseases)
ICUD (International Consultation on Urological Diseases)



Objectifs en neuro-urologie



Les vessies neurologiques

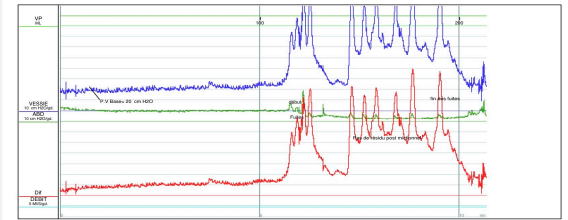


Lésions supra-pontiques (SEP, Parkinson, AVC,..)
Hyperactivité vésicale, acontractilité

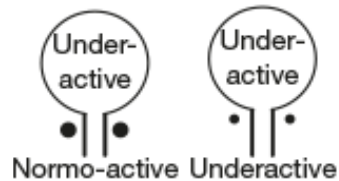
Faible risque



Lésions médullaires
(infra-pontiques et supra-sacrées)
Hyperactivité vésicale et détrusorienne
Dyssynergie vésico sphinctérienne+++



Haut risque



Lésions sacrées et QDC
Hypo/acontractilité
Insuffisance sphinctérienne

Figure 1: Patterns of lower urinary tract dysfunction following neurological disease

Neurovessies centrales à haut risque: BM

Autosondages possibles
Niveau $\leq$ C5-C6

Cystostomie
continente+/-réa MS

Urètre

Anticholinergiques

Injection BTX

Entérocystoplastie

Restitution fonctionnelle d'une miction

Indications ?
Statut génito-sexuel ?

Brindley

Evaluer la dépendance à domicile et
l'entourage

Autosondages impossibles
Niveau $>$ C5

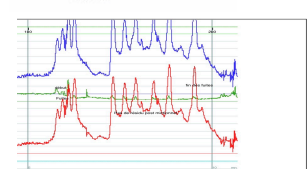
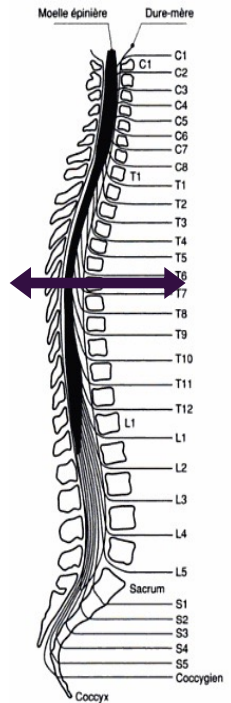
Hommes

Femmes

Détrusor contractile ?
Etais péniers?

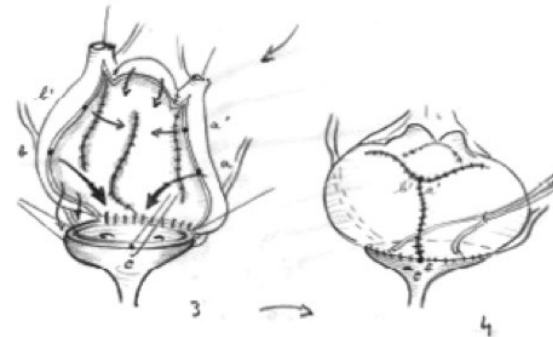
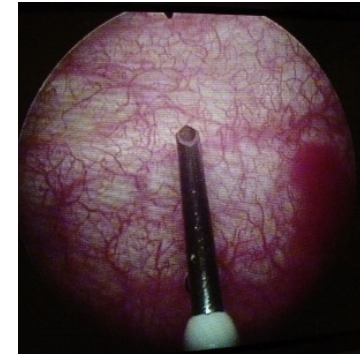
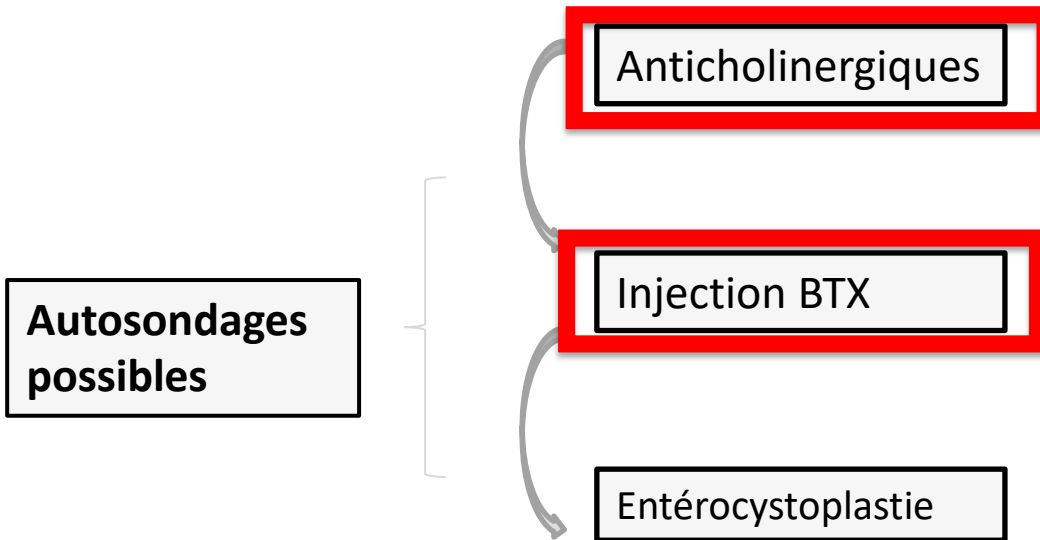
Mictions réflexes+/-
sphinctero.

Bricker



Maintenir des pressions basses

Hyperactivité Détrusorienne+/-Dyssynergie VS-Défaut de compliance



2000: première injection de toxine botulique A dans la vessie

0022-5347/00/1643-0692/0
THE JOURNAL OF UROLOGY®
Copyright © 2000 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION, INC.®

Vol. 164, 692–697, September 2000
Printed in U.S.A.

BOTULINUM-A TOXIN FOR TREATING DETRUSOR HYPERREFLEXIA IN SPINAL CORD INJURED PATIENTS: A NEW ALTERNATIVE TO ANTICHOLINERGIC DRUGS? PRELIMINARY RESULTS

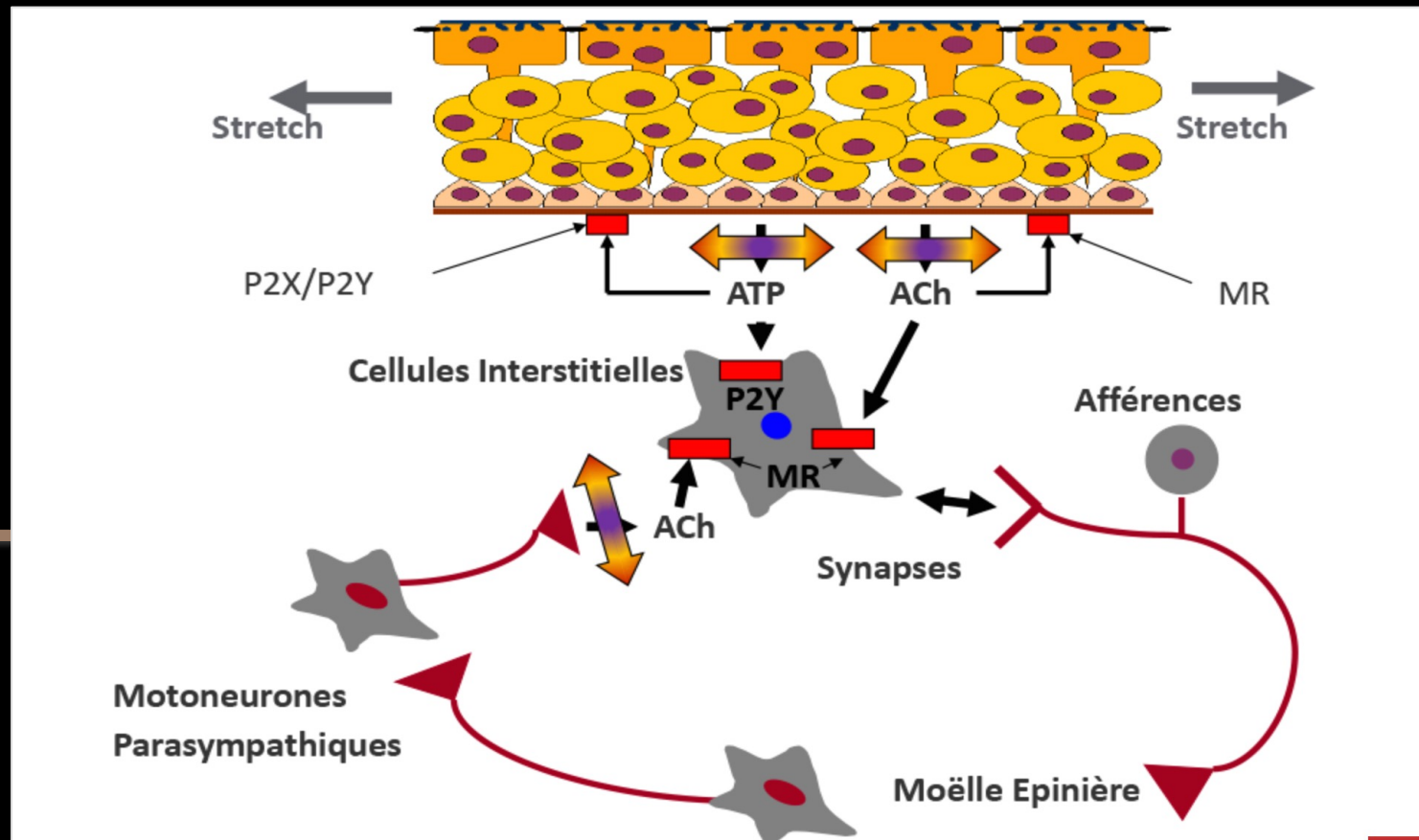
B. SCHURCH,* M. STÖHRER, G. KRAMER, D. M. SCHMID, G. GAUL AND D. HAURI

*From the Swiss Paraplegic Centre, University Hospital Balgrist and Departments of Urology, University Hospital, Zurich and
BG Unfallklinik, Murnau, Switzerland*



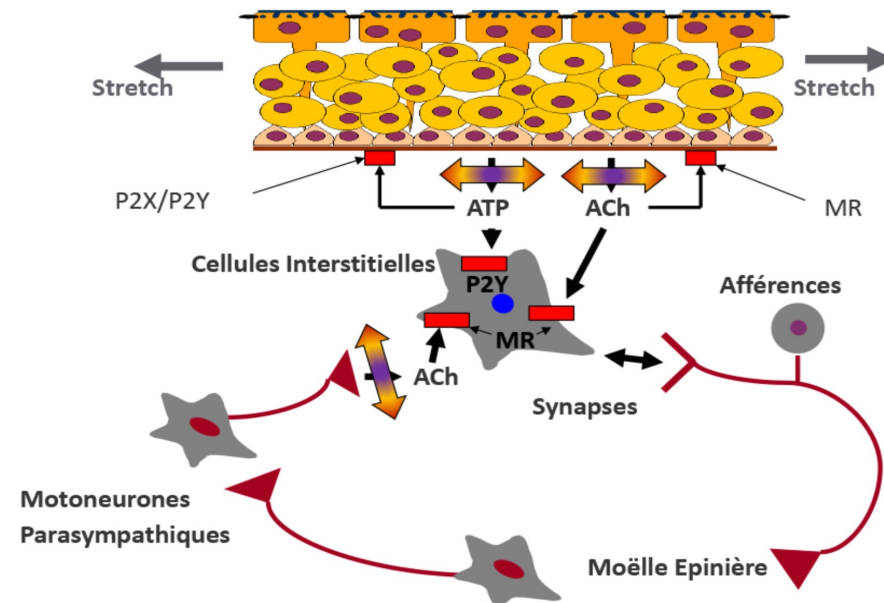
Mécanisme d'action de la Toxine Botulique A

La toxine botulique agit comme un **neuromodulateur**,
modifiant la transmission de l'influx nerveux
en s'opposant à la **libération synaptique du neurotransmetteur**



Mécanismes d'action de la toxine botulique dans l'HAV

- **Neuromodulation**
- Diminution de l'activité des **efférences motrices** (nerf pelvien parasympathique), par blocage de l'ACh
- Diminution de l'activité des **afférences sensorielles** (nerf pelvien parasympathique) au niveau de la paroi vésicale en:
 - Modulant le relargage d'ATP au niveau de l'urothélium
 - Bloquant le relargage de la substance P, du CGRP et du glutamate par les afférences nerveuses
 - Réduisant le niveau de NGF

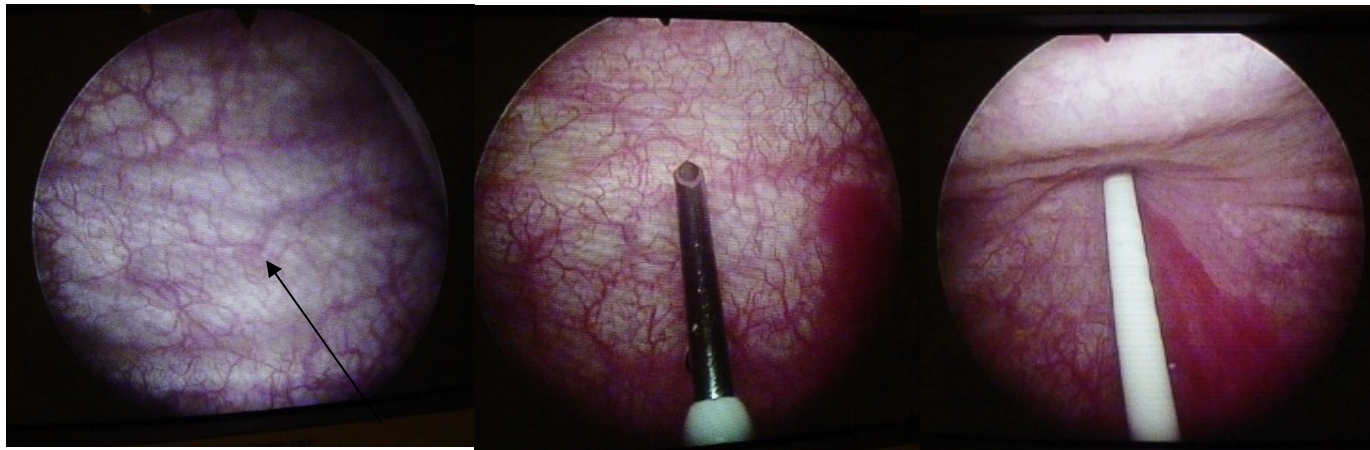
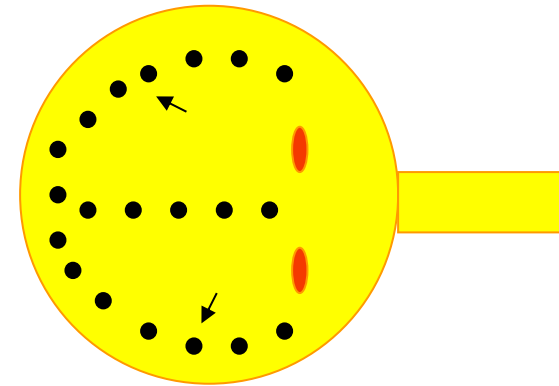


AMM Botox Neuro-Uro

- Aout 2011 AMM Botox (Onabotulinum toxin A): **200U**
- Traitement de **l'hyperactivité détrusorienne neurologique conduisant à une incontinence urinaire** non contrôlée par un traitement anticholinergique chez
 - Les patients blessés médullaires
 - Les patients atteints de sclérose en plaques
 - **et utilisant l'autosondage comme mode mictionnel**

Botox: Modalités

- En ambulatoire
- Sous Anesthésie locale+/- MEOPA+/- hypnose
 - Rares indications d'AG
- **AMM 200U**
- 30 points de 1mL épargnant le trigone
- Nécessité d'évaluation clinique et urodynamique++



Travées musculaires

Contre-indications et précautions d'emploi

- **Contre- indications**

- Hypersensibilité à la toxine botulique ou autres excipients
- Myasthénie
- Allaitement
- Infection de l'appareil urinaire au moment du traitement
- Impossibilité d'autosondages
- pseudobotulisme

- L'utilisation de la toxine botulique est **déconseillée pendant la grossesse** et en association avec les aminosides

- **Grossesse**

- Délai de 6 mois à respecter¹
- Pas de preuve de foeto-toxicité mais principe de précaution^{2,3}
- Et switcher l'anticholinergique par de l'oxybutinine ^{1, 4}



¹Le liepvre et al 2016; ²Panneck 2011, ³RCP Botox, ⁴Ghidini 2011

Problématique de l'échappement

- **Définition**
 - Clinique et urodynamique
 - Persistance d'une incontinence urinaire entre les sondages, des hautes pressions endovésicales, HRA, infections,...
- échappement primaire <10%, échappement secondaire autour de **30% à 7 ans** (Joussain et al)
- **Mécanismes mal connus**
 - Immunologiques, fibrose, œdème, inflammation,...
- **Prise en charge**
 - Augmenter le Botox (Onabotulinum Toxin A) 300U
 - switch Dysport (=abobotulinum A)?
 - Succès >50%
 - Long terme, prospectif?



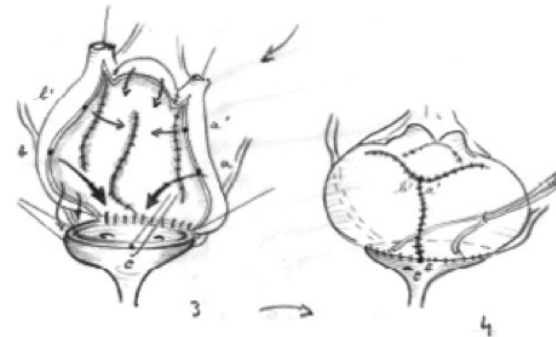
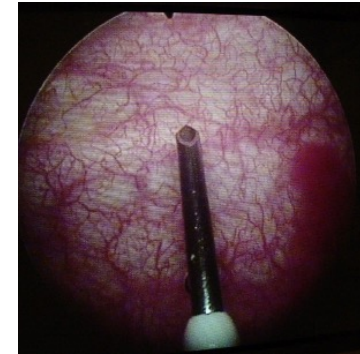
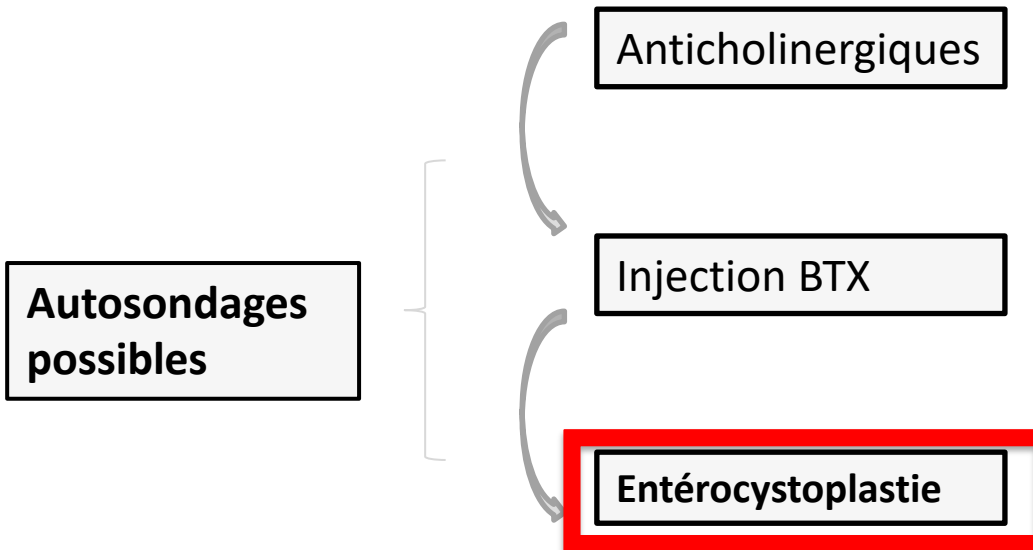
Peyronnet B, et al. *Prog Urol*. 2015;25(17):1219-1224.

Bottet F, Peyronnet B, et al. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(1):291-297.

Joussain C et al. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(2):799-806.

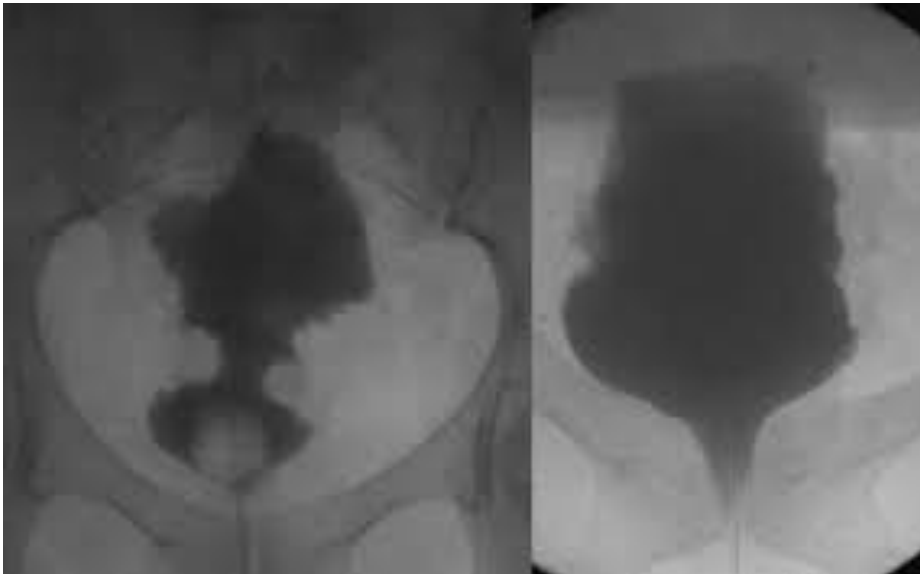
Maintenir des pressions basses

Hyperactivité Détrusorienne+/-Dyssynergie VS-Défaut de compliance

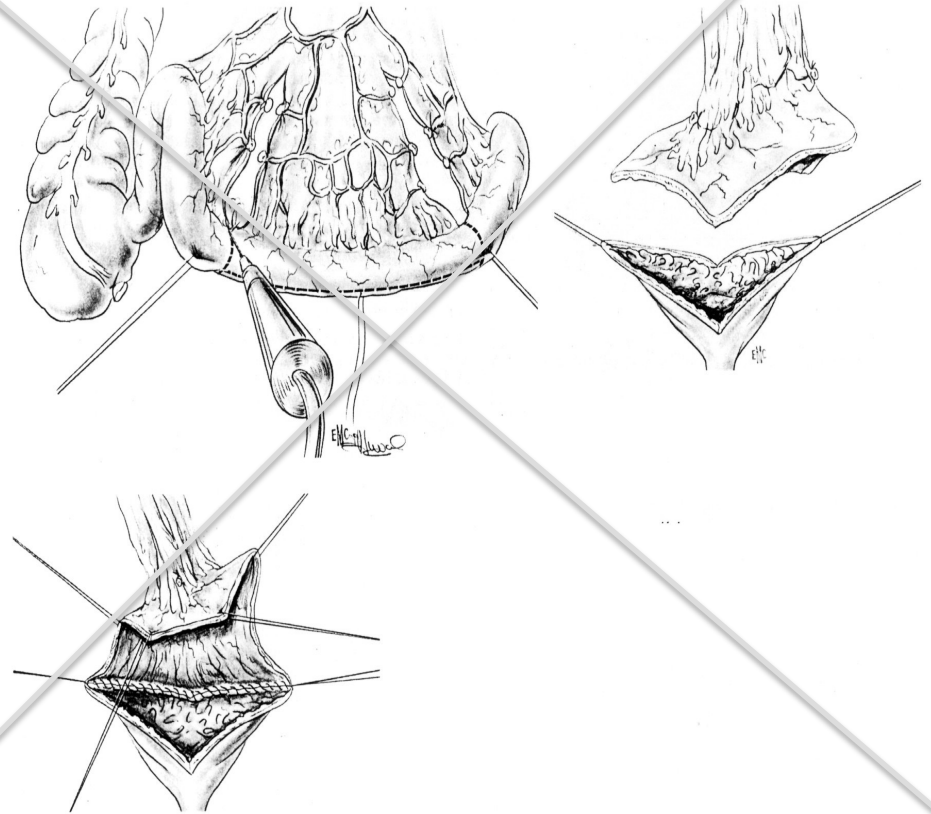


Maintenir des pressions basses

- Réservoir de grande capacité
- Compliant, à basse pression
- Non contractile= poursuite des autosondages



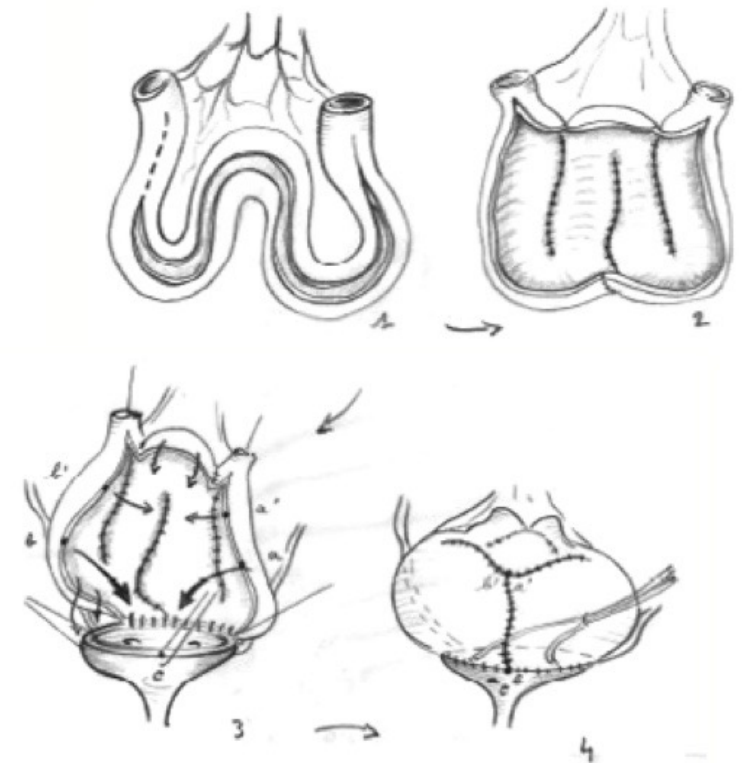
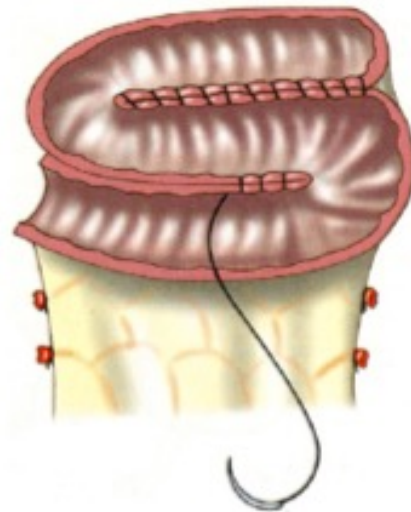
Clam Cystoplasty



Maintenir des pressions basses

Entérocystoplastie avec cystectomie supra-trigonale

- Diminue l'activité de la vessie restante
- Préviend les exclusions du patch avec défaut de compliance secondaire
- Différentes techniques: plastie W, Z,...



Résultats à long terme

DOI 10.1002/nau.23205

REVIEW ARTICLE



Long-term effectiveness and complication rates of bladder augmentation in patients with neurogenic bladder dysfunction: A systematic review

Hoen et al, Neuro urol 2016

Résultats fonctionnels

- Technique efficace à long terme (5-10 ans)
 - Amélioration / stabilisation de la fonction rénale / protection du HAU
 - Amélioration des anomalies radiographiques
 - Gain en CVF (**de 250 à 500mL**)
 - Gain en compliance
 - Baisse de la pression vésicale max (**de 54 à 19 cmH2O**)
 - Gain en continence (**80-90%**) et QOL

Neurourology and Urodynamics 31:672–676 (2012)



Supratrigonal Cystectomy With Hautmann Pouch as Treatment for Neurogenic Bladder in Spinal Cord Injury Patients: Long-Term Functional Results

Nicolas Gobeaux,¹ David R. Yates,¹ Pierre Denys,² Alexia Even-Schneider,² Francois Richard,¹ and Emmanuel Chartier-Kastler^{1,2*}

Complications à court-moyen terme Troubles digestifs 15%

Complications à long terme

Lithiases vésicales 10%

Perforations: rares mais morbidité++

Néoplasie (0-5,5%)

Hypocompliance, Activité du greffon

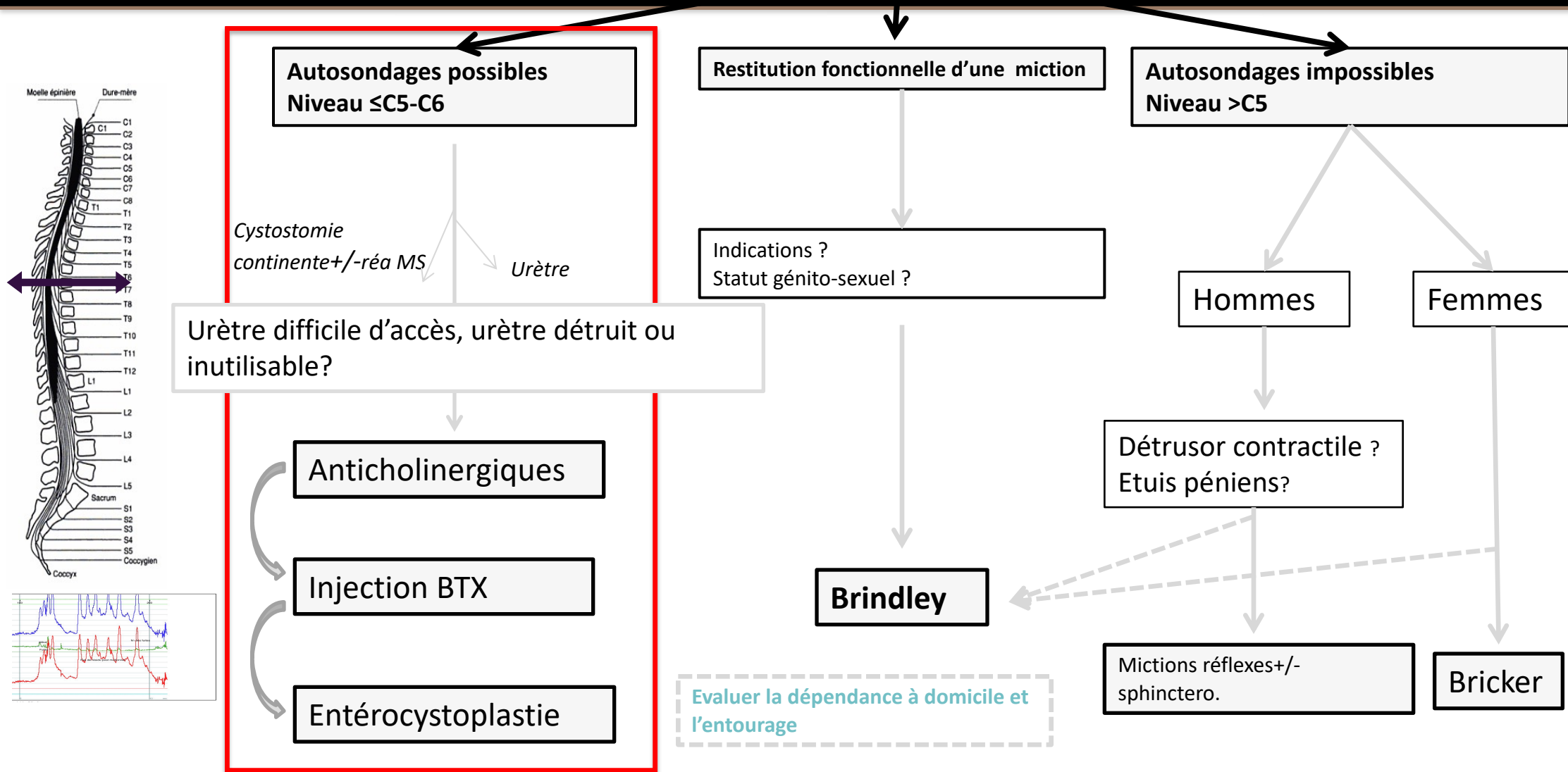
Neurourology and Urodynamics 35:675–682 (2016)



Risk of Malignancy After Augmentation Cystoplasty: A Systematic Review

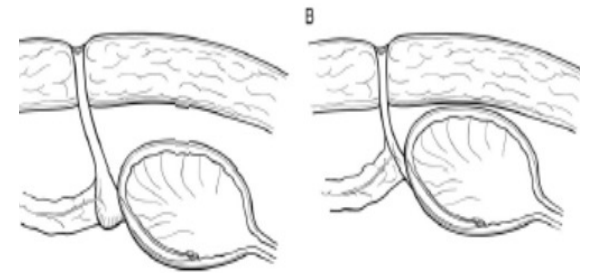
Xavier Biardeau,^{1*} Emmanuel Chartier-Kastler,² Morgan Rouprêt,^{2,3} and Véronique Phé^{2,3}

Neurovessies centrales



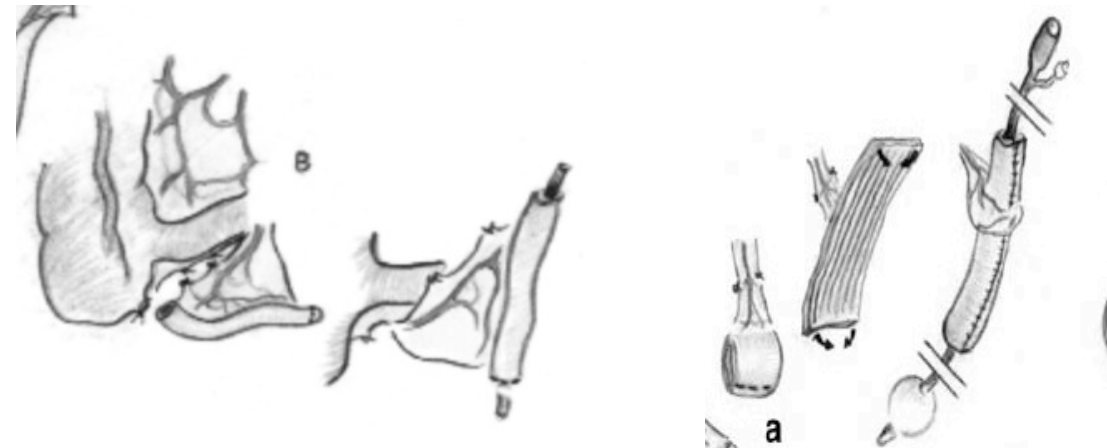
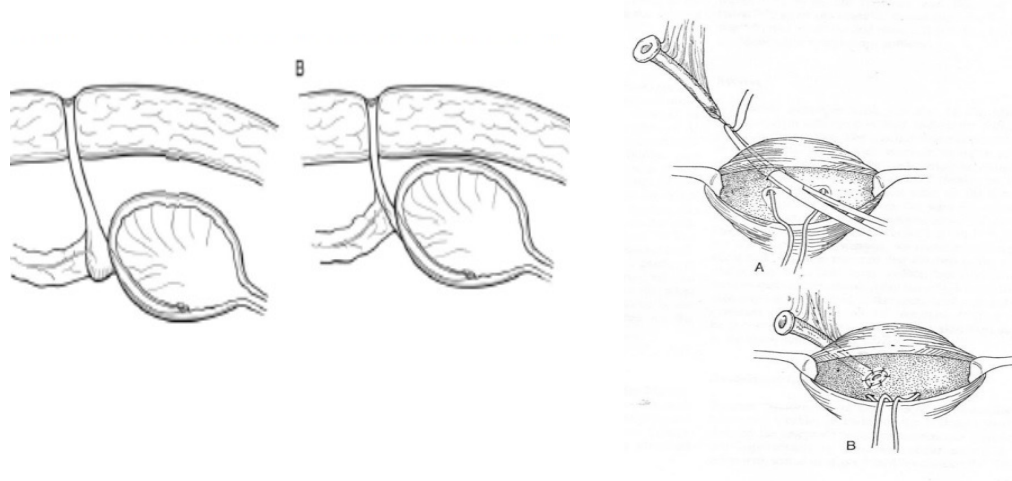
Dérivation cutanée continente (DCC)

- La DCC peut être proposée chez les patients qui ne peuvent réaliser des autosondages par l'urètre natif
 - **Difficultés à atteindre l'urètre (>>femmes)**
 - Tb dextérité mb Sup (dépend du niveau de la lésion)
 - Morphologie (surpoids, tablier abdominal)
 - Contraintes /difficultés liées aux transferts et/ou au déshabillage/ demande (femme active)
 - **Destructions urétrales, sténoses urétrales**
 - Lésions de sondes, fistules urétropérinéales,...
 - **Incontinence réfractaire**



Dérivation cutanée continente (DCC)

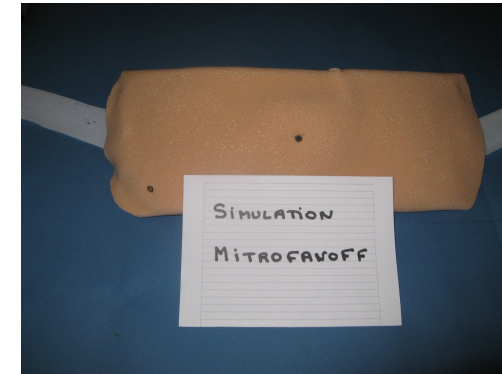
- Objectif: créer un **tube cathétersisable** entre la vessie et la paroi abdominale antérieure (ombilic++), pour **assurer la vidange vésicale et l'absence de fuite entre les sondages**
- Le tube doit être
 - Facile à atteindre
 - Facile à cathétériser
 - Continent (système antireflux)
- Objectifs
 - Autonomie (autosondage)
 - Continence (urètre et stomie continente)
 - Réservoir vésical à basse pression



1980: P. Mitrofanoff, the continent appendicovesicostomy

1997: The Monti Tube (ileovesicostomy)

- **Évaluation pré-opératoire+++**
- La stomie doit être
 - Facile à atteindre
 - Facile a cathétériser
 - continente



Dérivation cutanée continente (DCC)

Neurourol Urodyn. 2017 Sep;36(7):1711-1722. doi: 10.1002/nau.23213. Epub 2017 Jan 31.

Continent catheterizable tubes/stomas in adult neuro-urological patients: A systematic review.

Phé V¹, Boissier R², Blok BFM³, Del Popolo G⁴, Musco S⁴, Castro-Diaz D⁵, Padilla Fernández B⁵, Groen J³, Hamid R⁶, 't Hoen L³, Ecclestone H⁶, essler TM⁷, Gross T⁸, Schneider MP^{7,9,10}, Pannek J¹¹, Karsenty G².



Neurourology and Urodynamics

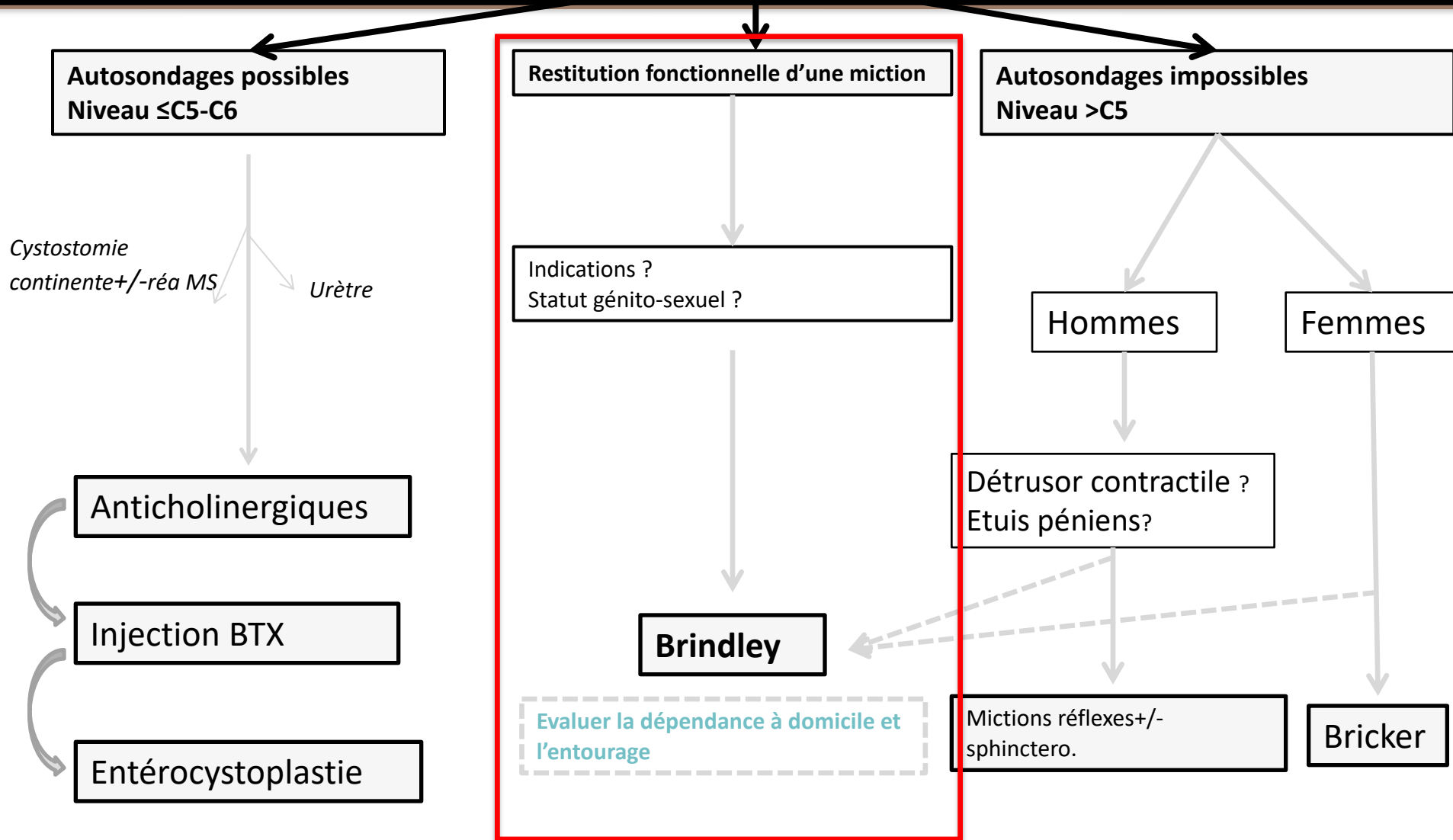
Long-Term Complications of Continent Cutaneous Urinary Diversion in Adult Spinal Cord Injured Patients

Marie-Aimée Perrouin-Verbe,¹ Emmanuel Chartier-Kastler,¹ Alexia Even,² Pierre Denys,² Morgan Rouprêt,¹ and Véronique Phé^{1*}

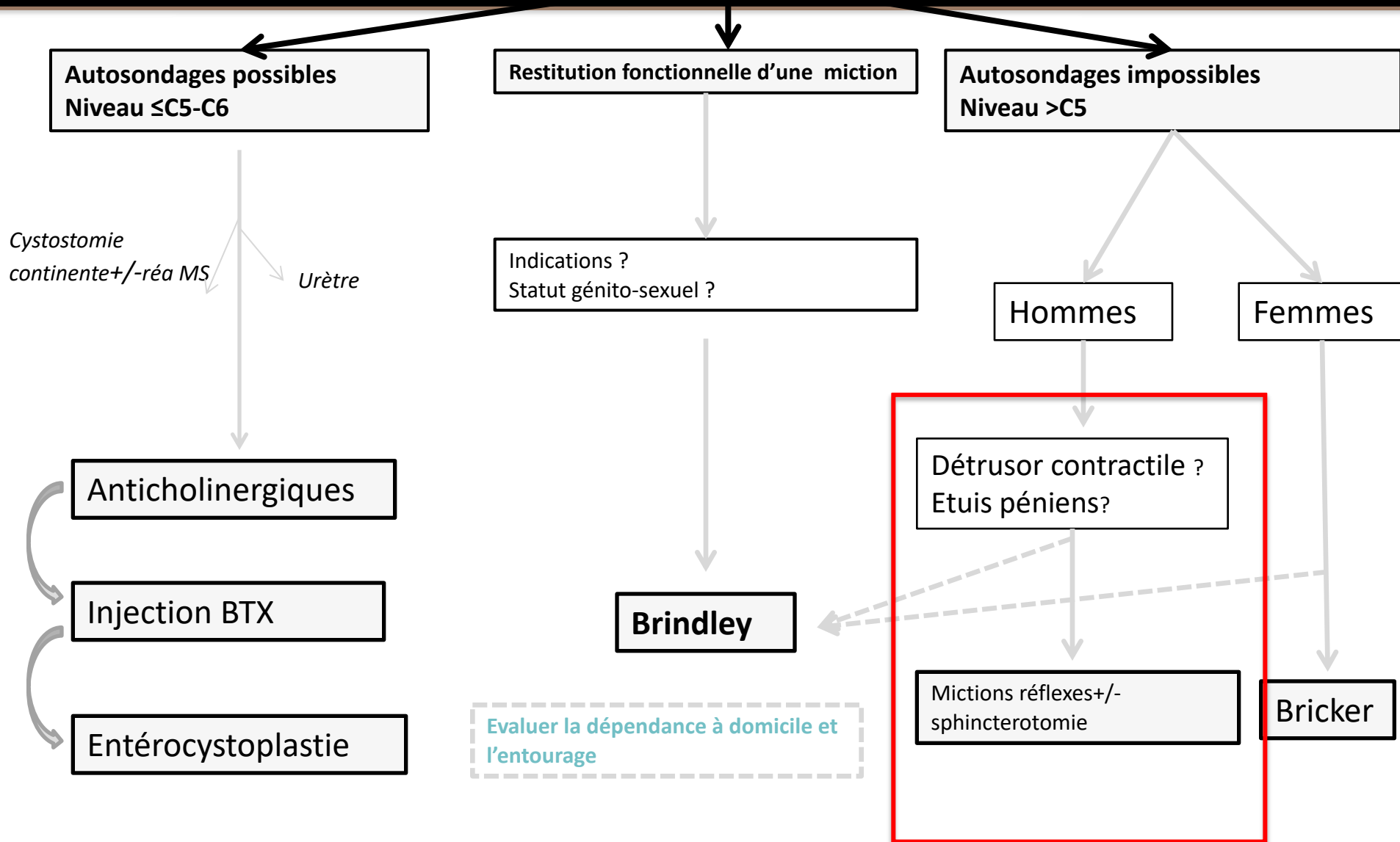
2015

- Sténoses stomiales ou du tube 8 -14%
- Fistules tubo-cutanées 2%
- **A terme >90% utilisant leur tube pour le sondage**
- **Continence stomiale >75% (75-100%)**

Neurovessies centrales

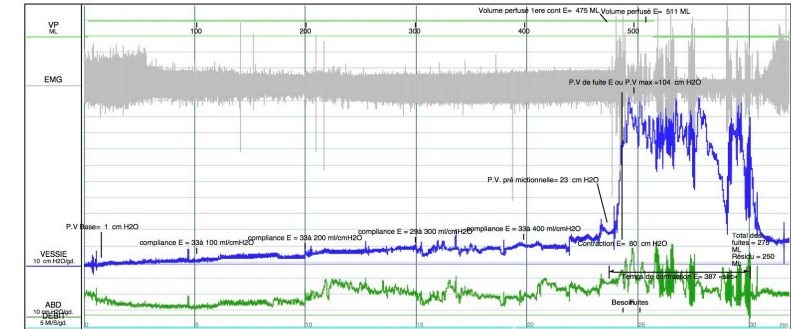


Neuro vessies centrales

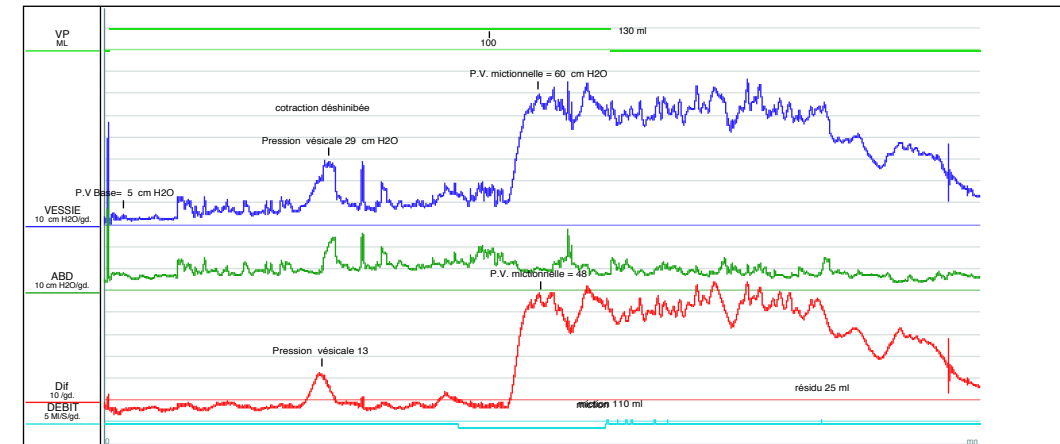


Miction réflexe

- Miction réflexe
 - Homme exclusivement
 - Dyssynergie vésico-sphinctérienne
 - Appareillage possible par un **étui pénien**
 - Nécessite une **contractilité détrusorienne préservée++ >40 cm d'eau***



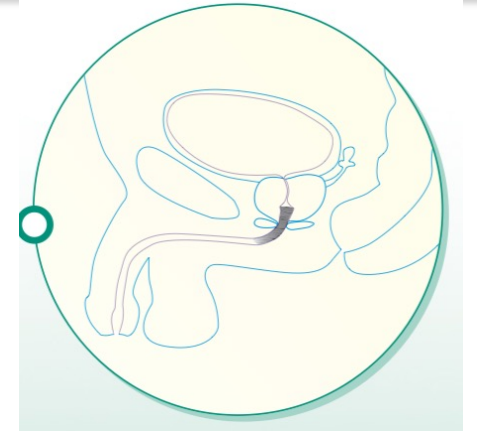
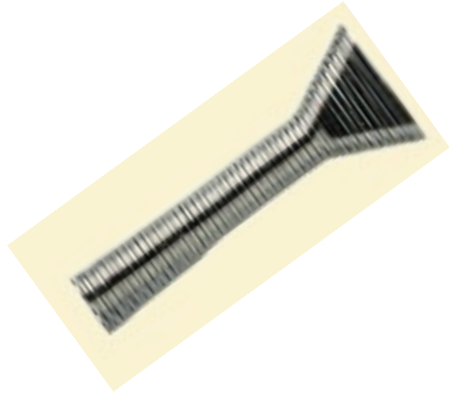
- Bien évaluer
 - Résidus post mictionnels+++
 - Régime de pression per-mictionnelle
 - Obstacle anatomique:
 - » sténose urétrale,
 - » hyperplasie prostatique
 - » défaut ouverture du col vésical
 - Obstacle fonctionnel: **Dyssynergie VS**



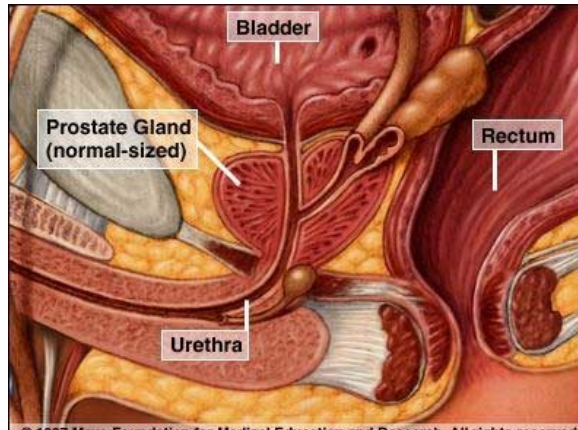
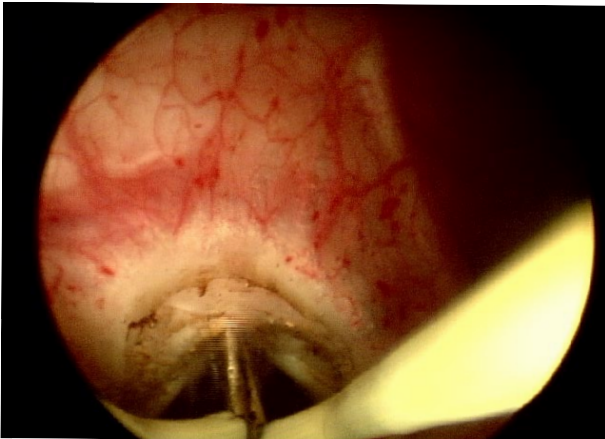
Miction réflexe

Sphinctérotomie

- » Prothétique
 - Temporaire
 - Définitive



- » Chirurgicale++ : section du sphincter à 11h-12h du Veru montanum à l'urètre bulbaire



Résultat à court et moyen terme du traitement de la dyssynergie vésico-sphinctérienne par sphinctérotomie endoscopique

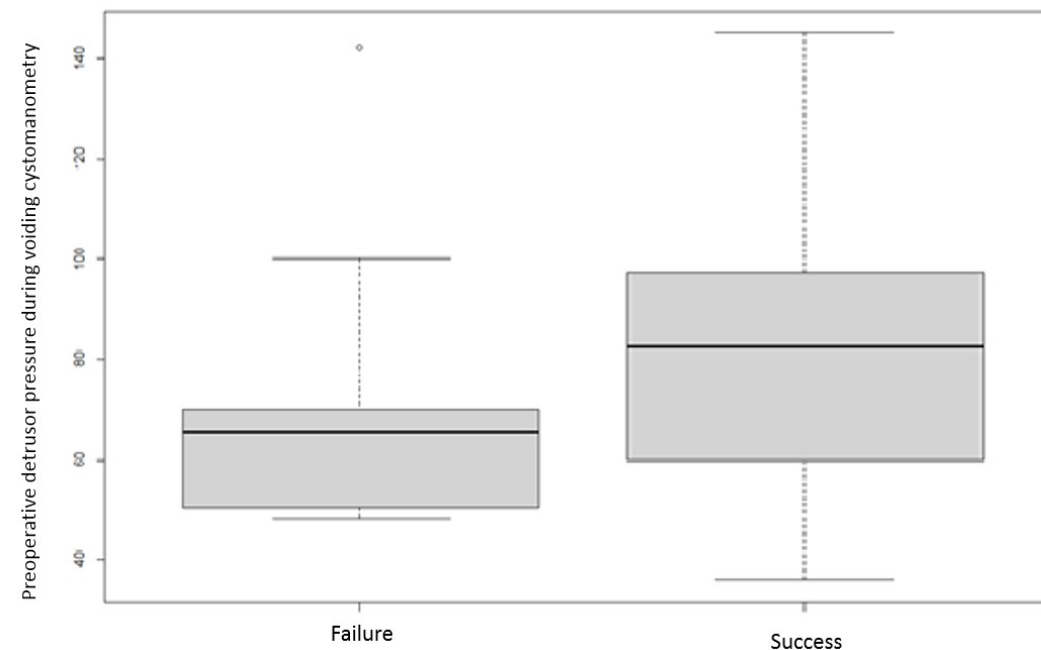
External sphincterotomy in neurological patients with detrusor sphincter dyssynergia: Short and mid-term results

L. Lepoittevin^{a,*}, G. Leon^b, B. Perrouin-Verbe^a,
M. Lefort^a, B. Reiss^a, G. Karam^b, J. Rigaud^b,
L. Le Normand^b, M.A. Perrouin-Verbe^b

51 patients BM

Suivi médian 4.5 ans

Succès 80%= maintien du mode mictionnel
39% de réopérations
Amélioration significative des HRA infections, RPM,..

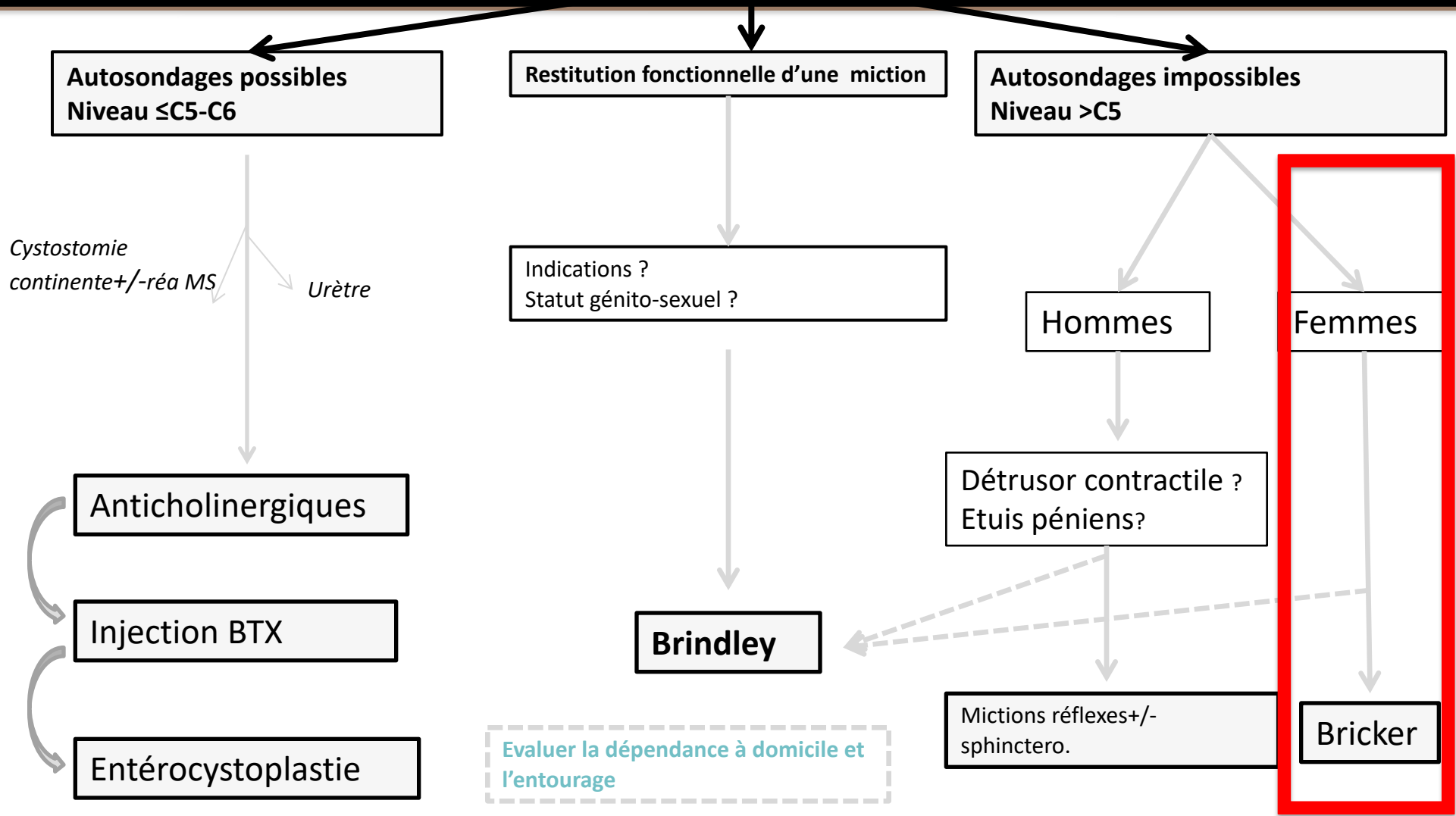


Pas de différence significative de la Pdet Max entre groupes échec et succès

Success: 80,2 ($\pm 27,9$) cmH2O

Failure : 71.0 (± 29.6) cmH2O

Neurovessies centrales



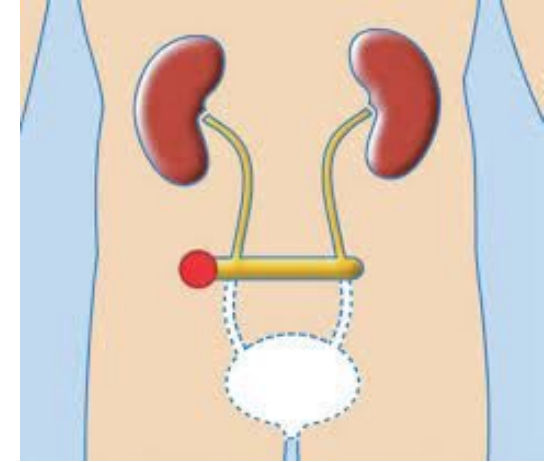
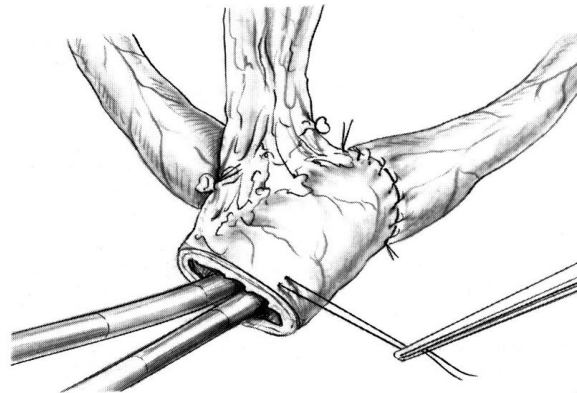
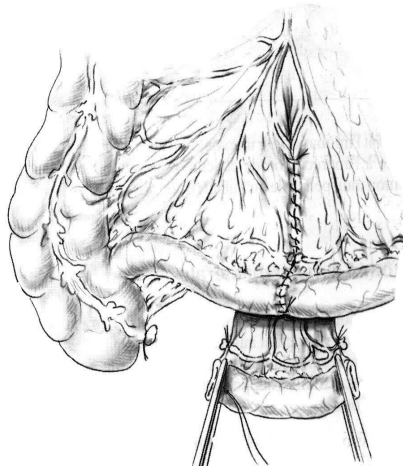
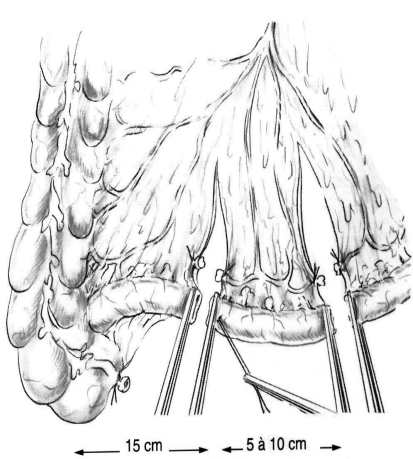
La Dérivation urinaire non continente

Plusieurs techniques possibles

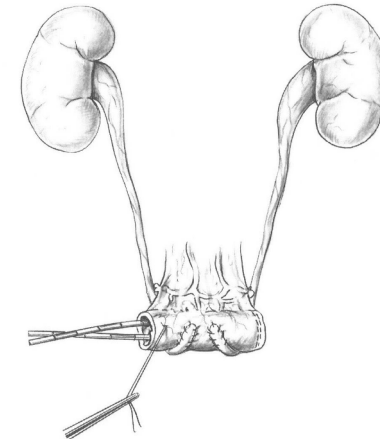
-Le Bricker = urétérostomie transiléale (*ileal conduit*)

1950

le plus souvent réalisé
prélèvement intestinal



Bricker = urétérostomie transiléale



Wyndaele et al, *Surgical management of the neurogenic bladder after spinal cord injury* ; WJU 2018

SIU-ICUD 2016

S. Bart et al., *Prise en charge urologique des vessies neurogènes: dérivation cutanée non continente*, Prog Urol 2007, 17; 552-558

Résultats fonctionnels

Protection du Haut appareil Urinaire à long terme?

Détérioration ?

0% Kato et al, 2009¹

27% Madersbacher et al, 2003²

8.7 ans de suivi



Dépend de la fonction rénale de base,
du timing de la chirurgie
et de la gestion des complications urétérales



Fonction rénale préservée en post opératoire

Voie ouverte³ ou robot⁴

1-Kato H, Hosaka K, Kobayashi S, et al. Fate of tetraplegic patients managed by ileal conduit for urinary control: long-term follow-up. *Int J Urol*. 2002

2-Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, et al. Long-term outcome of ileal conduit diversion. *J Urol*. 2003

3-Guillot Tantai et al, complications of non-continent cutaneous urinary diversion in adults with SCI: a retrospective study, *NeuroUrol* 2018

4-Guillotreau et al, Prospective Evaluation of Laparoscopic Assisted Cystectomy and Ileal Conduit in Advanced Multiple Sclerosis, *Urology* 2012

Complications

Haut appareil urinaire

- Fistules 0.3-3.4% ¹
- sténoses **entre 9 et 16.5%** ² -50% à 10 ans¹
- Lithiases 3-31%¹



Guillot -Tantay et al, Spinal Cord 2018³

17/102 (17%) de sténoses anastomotiques
1 seule réimplantation

ICI 2017¹

In the event of poor functioning of the uretero-ileal anastomosis, some authors suggest endoscopic dilation before further surgical repair of the anastomosis (LOE3)

Surgery however remains the reference treatment (LOE3).



1-International Consultation on Incontinence, 6th Edition, 2017

2-Wyndaele et al, Surgical Management of the neurogenic bladder after spinal cord injury, SCI ICUD 2016

3-Guillot Tantay et al, complications of non-continent cutaneous urinary diversion in adults with SCI: a retrospective study, NeuroUrol 2018

Qualité de vie

SIU-ICUD 2016

Amélioration de la qualité de vie

-diminution des épisodes infectieux, diminution de nombre d'hospitalisations, gain en autonomie

Guillotreau et al, Neurourol 2011¹

BM, SEP et autres

SF 36 et qualiveen

Amélioration des scores de limitations et contraintes + specific impact of urinary problems (SIUP) index
sans amélioration globale de QDV(QSF 36)

Guillot –Tantay et al, Spinal Cord 2018²

Gain en autonomie pour 88%

Autonomie pour gestion de la stomie: 81%

Schultz et al, Scan J Urol 2015³

Evaluation de QDV avant et après dérivation continente et non continente

Amélioration significative de la QDV dans les 2 groupes, sans différence entre les groupes

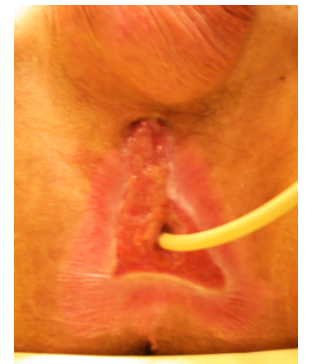
1-Guillotreau J, et al. Prospective study of the impact on quality of life of cystectomy with ileal conduit urinary diversion for neurogenic bladder dysfunction. Neurourol Urodyn. 2011

2-Guillot-Tantay et al, complications of non-continent cutaneous urinary diversion in adults with SCI: a retrospective study, NeuroUrol 2018

3-Schultz A, et al. Urostomy and health-related quality of life in patients with lower urinary tract dysfunction. Scan J Urol. 2015;49(1): 2–7.

Et quid du drainage continu?

- **La plus mauvaise solution à moyen et long terme**
 - Risque infectieux : colonisation microbienne 100% à 1 mois
 - Ne traiter que les infections symptomatiques
 - Risque lithiasique
 - Risque carcinologique
 - Risque fonctionnel
 - Obstruction, fuites, lésions uréthrales
- **Peut être proposé**
 - Pour du court terme (préférer le cathéter sus pubien)
 - Si évolutif, âgé, comorbidités++, CI chirurgicale
- **Dérivation non continente: attitude française?**



Weld J Urol 2000

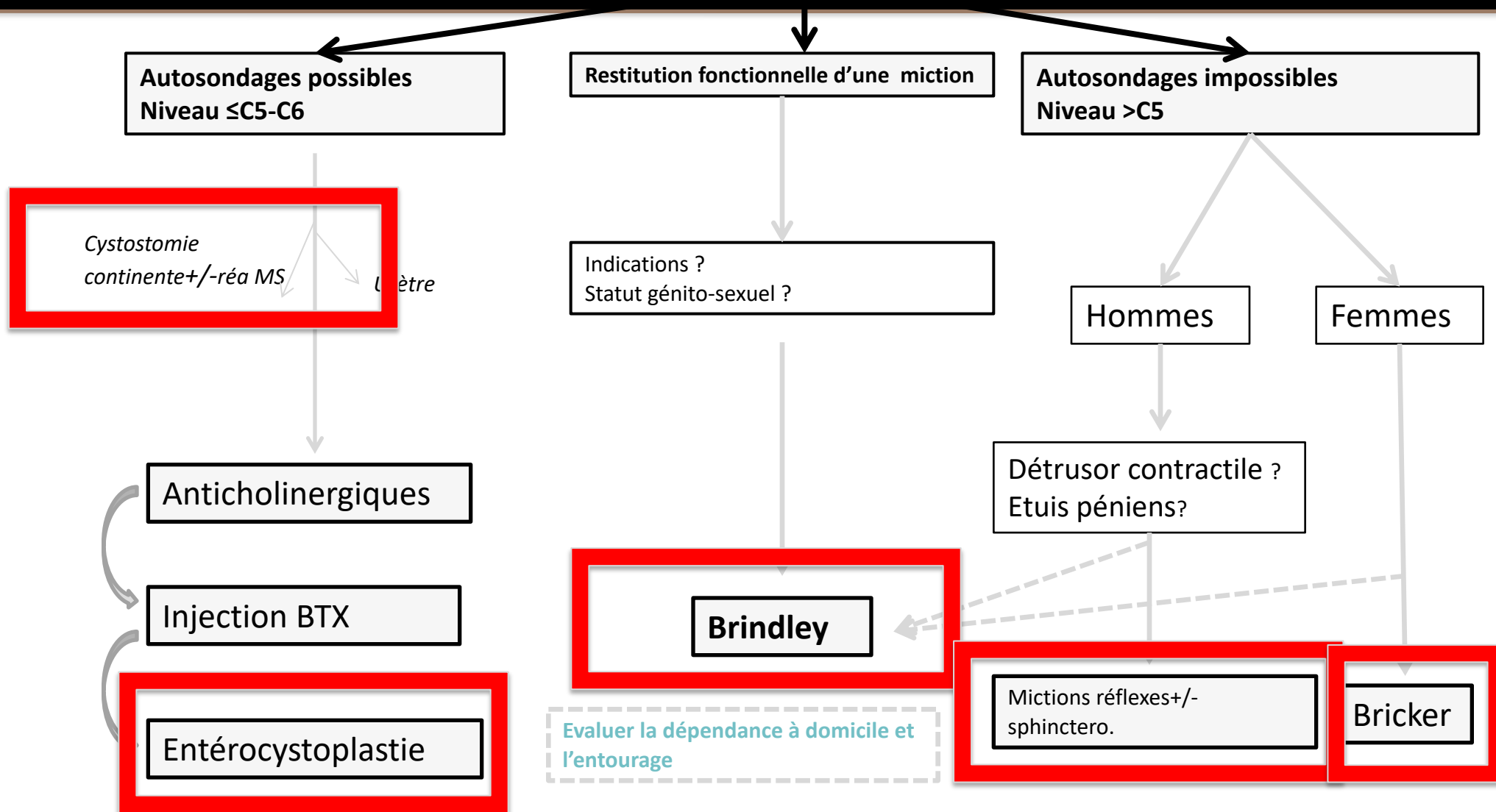
Mac Kinley 1999

Cardenas , Arch Phys Med Rehabil 1987

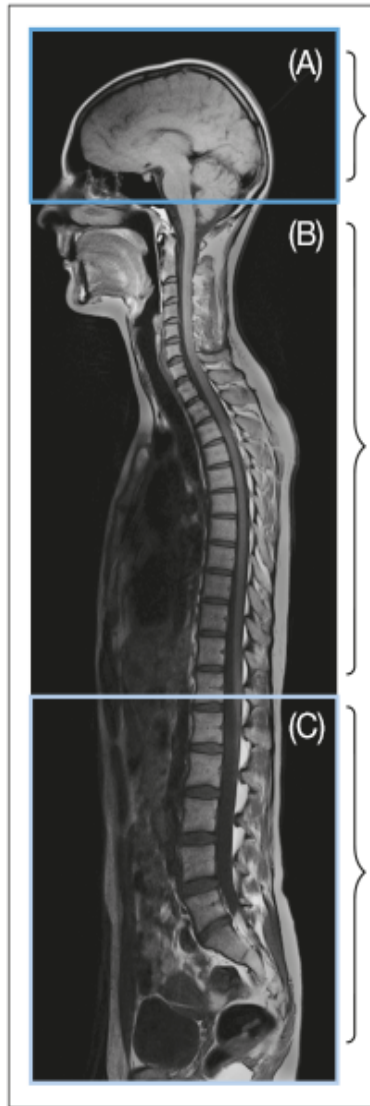
C.H. Ho, Medicine, 2015

International Consultation on Incontinence, 6th Edition, 2017

Neurovessies centrales



Les vessies neurologiques



Over-active
Normo-active

Over-active
Overactive

Under-active
Normo-active Underactive

Lésions supra-pontiques (SEP, Parkinson, AVC,..)
Hyperactivité vésicale, acontractilité

Faible risque

Anticholinergiques

Injection BTX ou **NMS**

Lésions médullaires
(infra-pontiques et supra-sacrées)
Hyperactivité vésicale et détrusorienne
Dyssynergie vésico sphinctérienne+++

Haut risque

Lésions sacrées et QDC
Hypo/acontractilité
Insuffisance sphinctérienne

Figure 1: Patterns of lower urinary tract dysfunction following neurological disease

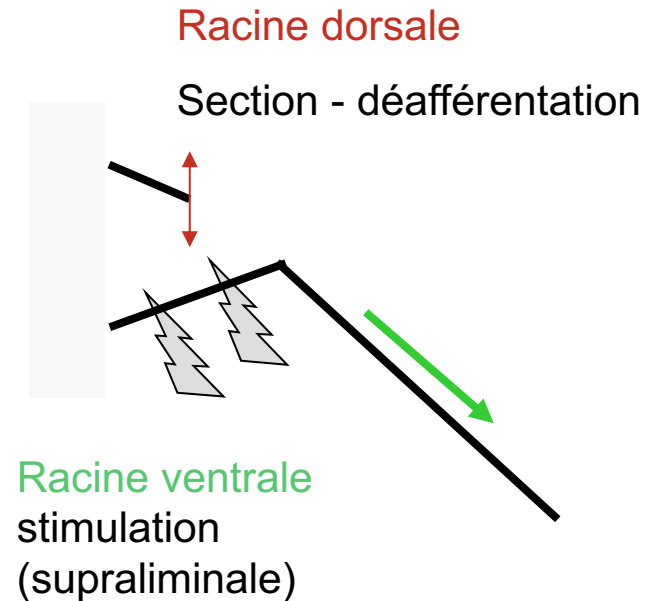
Restitution fonctionnelle d'une miction

Neurostimulation de Brindley, le concept

1) Dé-afférentation des racines sacrées postérieures

Abolit hyperactivité détrusorienne avec ou sans dyssynergie

améliore la compliance et l'HRA

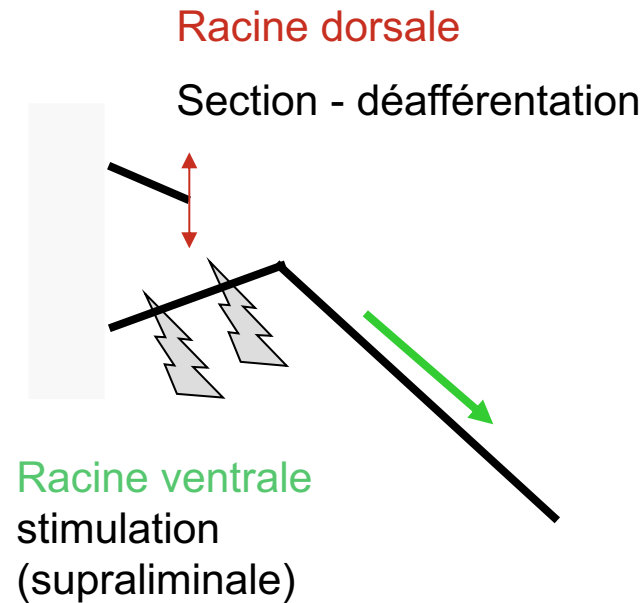


2) Stimulation des racines sacrées antérieures S2-S3-S4 = Miction contrôlée électrostimulée

CI si sensibilité préservée, érections réflexes= uniquement à proposer aux patients blessé médullaires complets (AIS A)

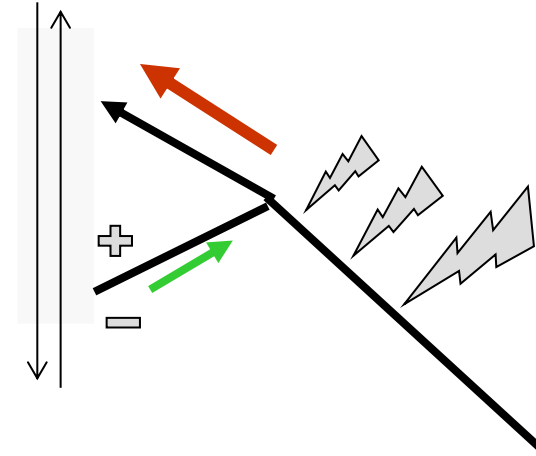
Neurostimulation ≠ Neuromodulation

Neurostimulation



Obtention effet sur organe cible
Restauration de la miction chez le BM complet

Neuromodulation



Stimulation voie afférente
Modulation (inhibe ou active) le réflexe mictionnel
(Hyperactivité vésicale-troubles de vidanges)

Neuromodulation des racines sacrées



- Stimulation permanente de la branche ventrale du nerf spinal S3

- **Thérapie Interstim™** (Medtronic, Inc., Minneapolis, MI, USA)
 - Travaux initiaux de Richard Schmidt et Emile Tanagho (1979)
 - Europe: Marquage CE 1994
 - USA: FDA approved UUI 1997 OAB 1999

- **Nouveaux dispositifs rechargeables et IRM compatibles++**

- Interstim Micro
- Axonics



Etape 1: Détecter les patients répondeurs

Le test de neuromodulation

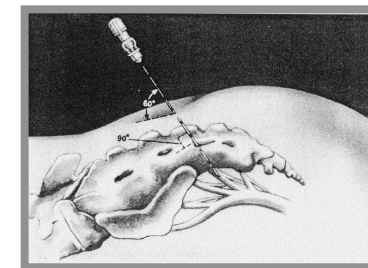
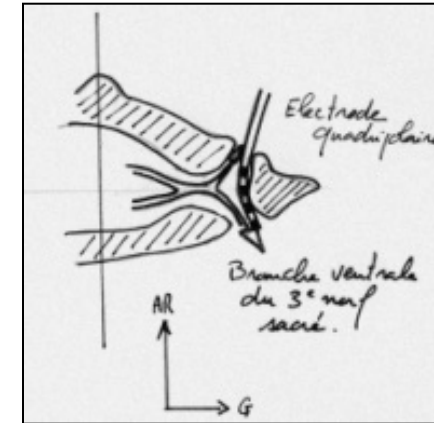
Test thérapeutique

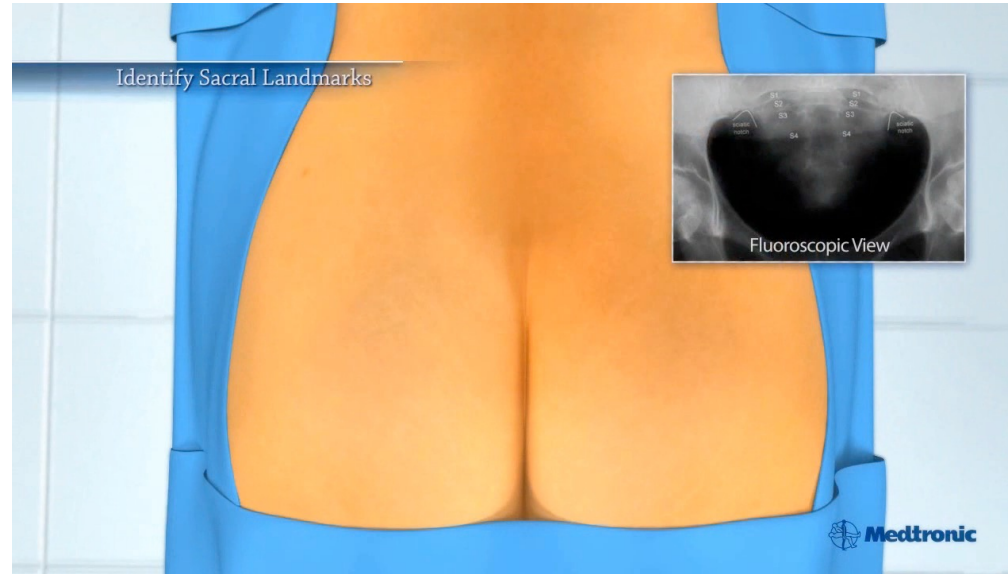
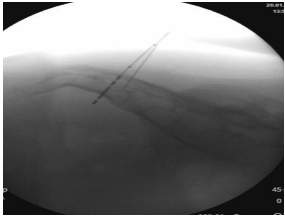
- Évaluer l'intégrité du nerf sacré S3
- Évaluer la valeur thérapeutique de la NMS

Technique et Principe

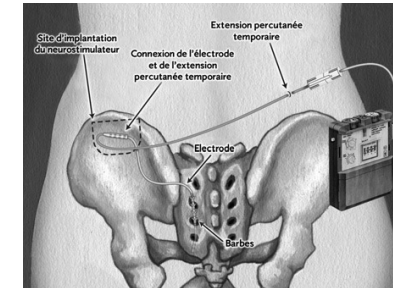
- Électrode transcutanée 3^{ème} trou sacré post
- Générateur externe temporaire 5 à 20js
- Comparaison des symptômes pré- et per-test
- **Test positif si amélioration >50% *pendant le test et récidive à l'arrêt.**

*Amélioration subjective et objective





**Tined Leads Models
3889 And 3093**



Recherche des réponses motrices S3

Soufflet périanal

Flexion plantaire gros orteil

Recherche de réponses sensibles S3

Paresthésies périanales pulsatiles

S2: rotation jambe/hanche flexion
plantaire de tout le pied

S4: Contraction péri-anale ("soufflet")

Variations anatomiques et fonctionnelles
(anastomoses entre racines de plusieurs
niveaux)

Etape 2: interprétation du test de neuromodulation

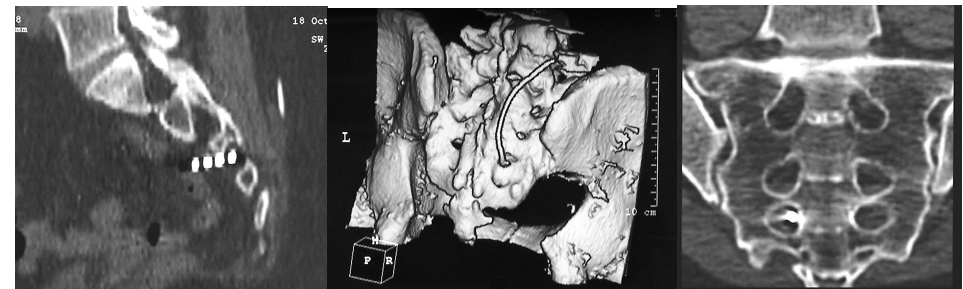
Efficacité: **Comparaison des symptômes avant/pendant test.**

- **Calendrier mictionnel** (Nb IU, nb Urgences, nb mictions/24h)
- **Pad Test** si incontinence ++,
- **Echelle de satisfaction** (EVA –PGI-I)
- **Urodynamique** (peu de corrélation avec la satisfaction et les calendriers)



Interprétation du test:

Test positif si amélioration >50% *pendant le test et récidive à l'arrêt



Received: June 12, 2017 Revised: July 25, 2017 Accepted: August 14, 2017

(onlinelibrary.wiley.com) DOI: 10.1111/ner.12696

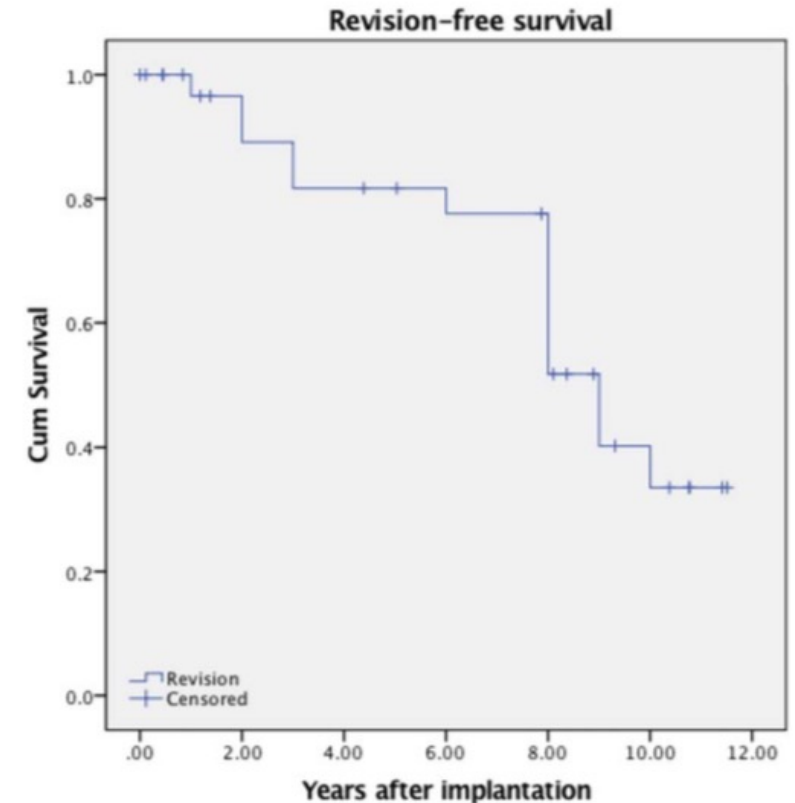
Long-Term Functional Outcomes of S3 Sacral Neuromodulation for the Treatment of Idiopathic Overactive Bladder

Salima Ismail, MD*; Emmanuel Chartier-Kastler, MD, PhD*^{†‡};
Marie-Aimée Perrouin-Verbe, MD*; Johan Rose-Dite-Modestine, MD*;
Pierre Denys, MD, PhD^{†‡}; Véronique Phé, MD, PhD*

Suivi à 10 ans

63% de patients rapportant un succès

Nécessité de chirurgies de révisions (3-5 ans)



Neuromodulation sacrée et patients neurologiques?

La NMS n'est pas un traitement de la Dyssynergie VS+++

Option chez les patients avec HAV à faible risque sur le haut appareil urinaire?
NP3, Grade C recommandation

HAV dans le Parkinson, SEP (si pas de forme médullaire), AVC,..

BM AIS D ou E

Manque d'études randomisées contrôlées++

Etudes hétérogènes

Manque d'évaluation Urodynamiques

SOUNDING BOARD

WILEY  

International Continence Society best practice statement for use of sacral neuromodulation

Howard B. Goldman¹ | Jessica C. Lloyd¹  | Karen L. Noblett² | Marcus P. Carey³ |
Juan Carlos Castaño Botero⁴ | Jerzy B. Gajewski⁵  | Paul A. Lehur⁶ |
Magdy M. Hassouna⁷ | Klaus E. Matzel⁸ | Ian M. Paquette⁹ | Stefan de Wachter¹⁰ |
Michael J. Ehlert¹¹ | Emmanuel Chartier-Kastler¹² | Steven W. Siegel¹³

Goldman HB et al Neurourol Urodyn. 2018 Apr 11


European Association of Urology



Guidelines

Summary of European Association of Urology (EAU) Guidelines on Neuro-Urology

Jan Groen^{a,*}, Jürgen Pannek^b, David Castro Diaz^c, Giulio Del Popolo^d, Tobias Gross^e,
Rizwan Hamid^f, Gilles Karsenty^g, Thomas M. Kessler^h, Marc Schneider^h, Lisette 't Hoen^a,
Bertil Blok^a

Guidelines EAU 2015

Neuromodulation sacrée et patients neurologiques?

Revue Kessler et al, Eur Urol 2010

Populations hétérogènes, peu d'urodynamique
Success rate for test SNM was 68%
and the permanent SNM success rate was 92%
with a mean follow-up of 26 mo.

Van Ophoven et al, Adv Ther 2021

Success rate for test SNM was 62%
and the permanent SNM success rate was 84%
3 mois-4 ans

EUROPEAN UROLOGY 58 (2010) 865–874

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



European Association of Urology



Review – Neuro-urology

Sacral Neuromodulation for Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction: Systematic Review and Meta-analysis

Thomas M. Kessler^{a,*}, David La Framboise^b, Sven Trelle^c, Clare J. Fowler^d, Gustav Kiss^e,
Jürgen Pannek^f, Brigitte Schurch^g, Karl-Dietrich Sievert^h, Daniel S. Engelerⁱ

Adv Ther (2021) 38:1987–2006
<https://doi.org/10.1007/s12325-021-01650-9>

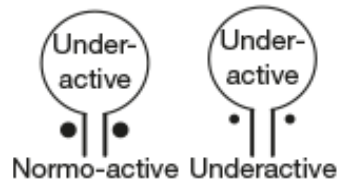


ORIGINAL RESEARCH

Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Sacral Neuromodulation (SNM) in Patients with Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction (nLUTD): Over 20 Years' Experience and Future Directions

Arndt van Ophoven · Stefan Engelberg · Helen Lilley · Karl-Dietrich Sievert

Les vessie neurologiques

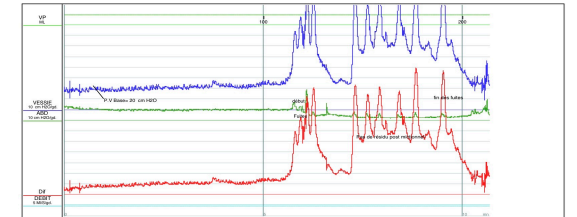


Lésions supra-pontiques (SEP, Parkinson, AVC,..)
Hyperactivité vésicale, acontractilité

Anticholinergiques

Injection BTX ou **NMS**

Lésions médullaires
(infra-pontiques et supra-sacrées)
Hyperactivité vésicale
Dyssynergie vésico sphinctérienne+++



Lésions sacrées et QDC
Hypo/acontractilité
Insuffisance sphinctérienne

Figure 1: Patterns of lower urinary tract dysfunction following neurological disease

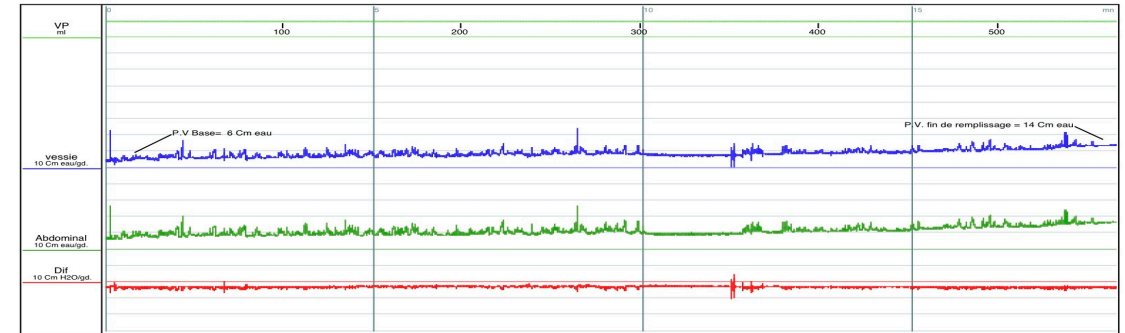
Neurovessies périphériques

Neurovessies acontractiles

Neurovessies périphériques

Détrusor épuisé

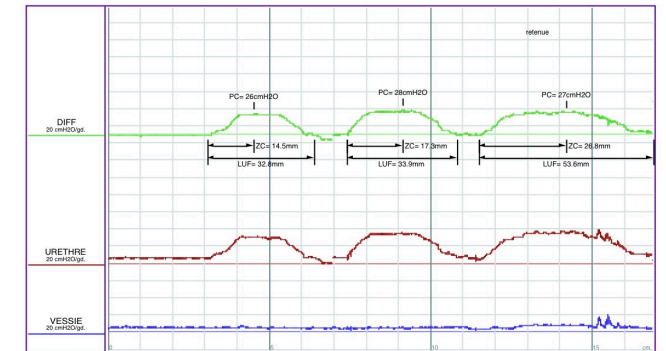
Inhibition Σ



**Autosondages impossibles
(situations rares)**

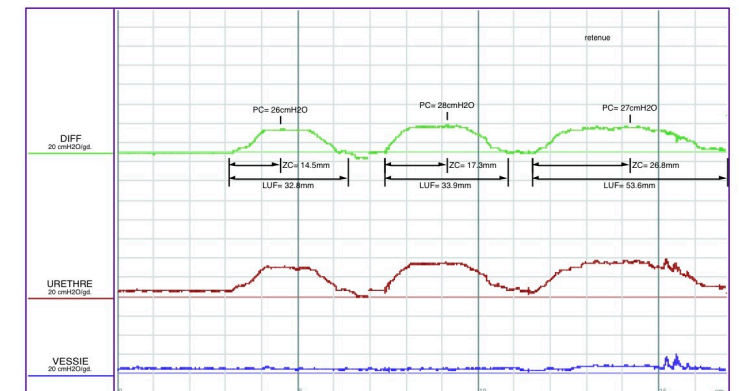
**Autosondages (urètre ou dérivation continente)
+/- chir de l'incontinence d'effort**

Bricker



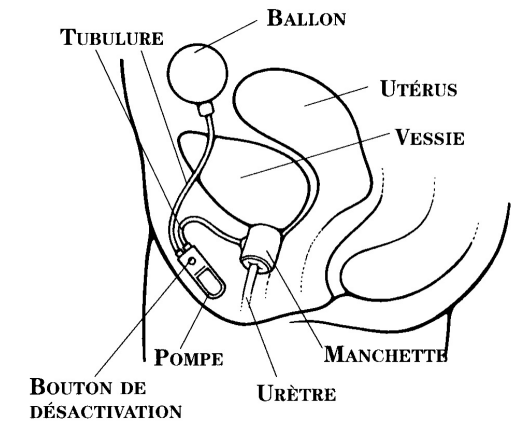
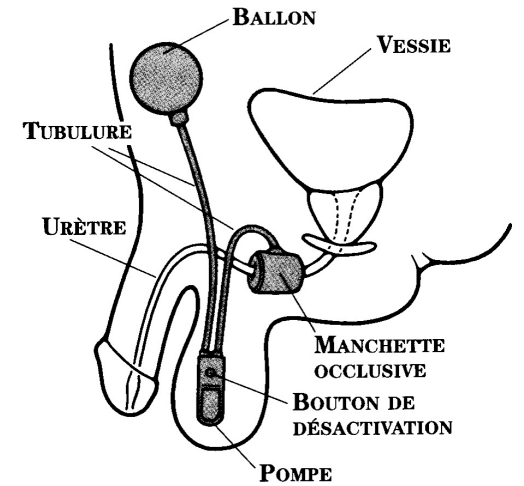
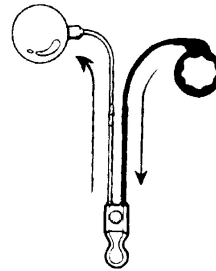
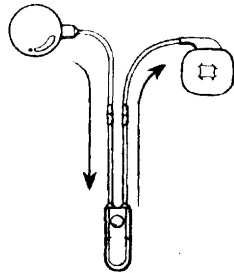
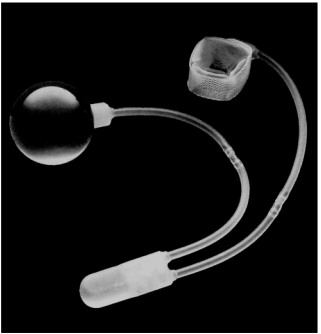
La continence : Assurer le confort du patient

- **Par un régime de pressions vésicales basses++**
 - Anticholinergiques, Botox, entérocystoplastie d'agrandissement
- **Par une vidange vésicale complète**
 - Autosondages
- En assurant une **résistance urétrale suffisante (IUE neurologique)**
 - Sphincter artificiel urinaire
 - Ballonnets ajustables proACT - ACT
 - Frondes aponévrotiques
 - Bandelettes sous urétrales
 - Fermeture urétrale



La continence : Assurer le confort du patient

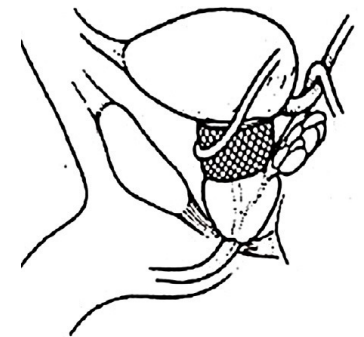
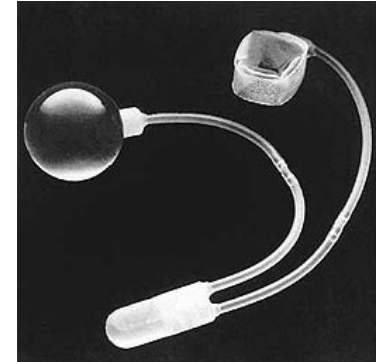
- Par un régime de pressions vésicales basses
- Par une vidange vésicale complète
- **En assurant une résistance urétrale suffisante**
 - Sphincter artificiel urinaire



AMS 800 chez l'homme neurologique

Gold standard dans l'IUE par insuffisance sphintérienne neurologique^(1, 2, 3, 4)

- Continence 63-91% (5-8 ans suivi)
 - Guillot Tantay et al⁵: 50% de continence à 18,5 ans 100% SUA en place
- Complications^{5, 6}
 - Taux élevé de complications (érosions jusque 40%, infections 10%)
 - Complications non mécaniques > **pop générale** (Murphy et al, 2003)⁶
 - Taux de révision jusqu'à **70% à 15 ans et >90% à 20 ans**⁵



1- Corcos J GD, Karsenty G. Textbook of the Neurogenic Bladder. Third Edition. CRC Press; 2015.

2- Drake Mj et al . Neurourol Urodyn. 2016 Aug;35(6):657-65.

3- Groen et al, Summary of EAU Guidelines on Neuro-Urology; Eu Urol 2015

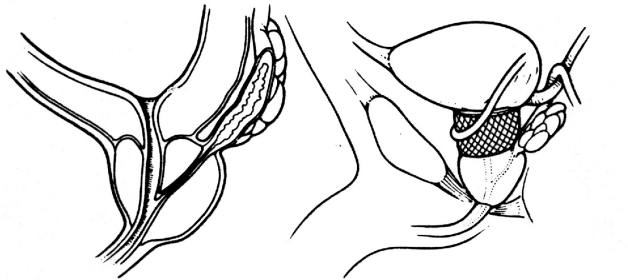
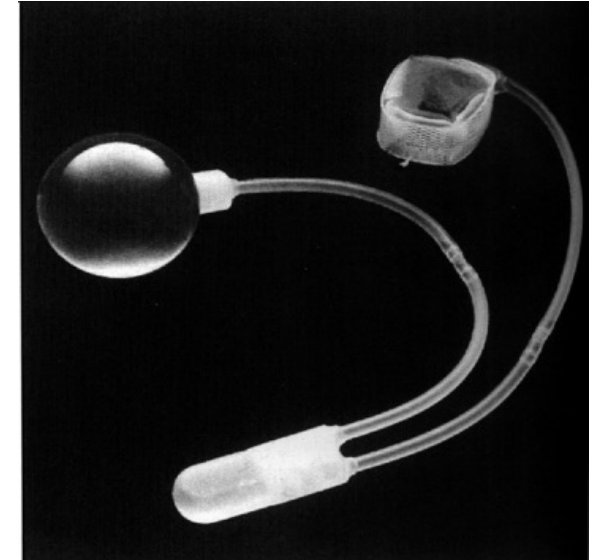
4- Jean-Jacques Wyndaele et al. Surgical management of the neurogenic bladder after spinal cord injury WJU 2018; SIU-ICUD 2016

5- Guillot Tantay et al, Prog Urol 2018

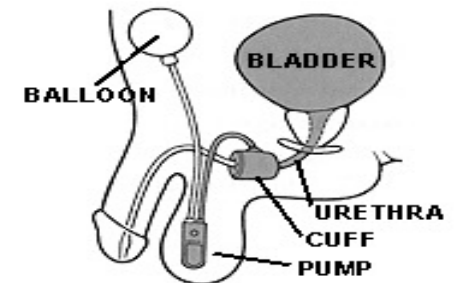
6- Murphy et al, Ir J Med Sci 2003

AMS 800 chez l'homme neurologique

- Particularités chez l'homme neurologique
 - Autosondage
 - Parfois incompétence du col associée
 - La station assise au fauteuil roulant
 - La nécessité parfois de réaliser une entérocystoplastie
 - La réalisation d'endoscopies vésicales ultérieures
 - Le désir de fécondité



position péricervicale de la manchette++



AMS 800 chez la femme neurologique

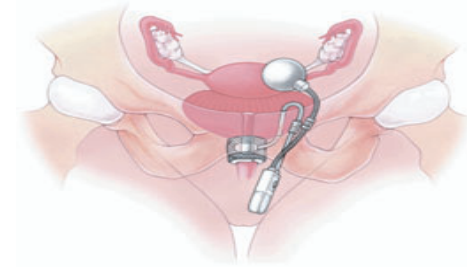
Clinical Article

Stress urinary incontinence in female neurological patients: long-term functional outcomes after artificial urinary sphincter (AMS 800™) implantation

Véronique Phé [✉](#), Priscilla Léon, Benjamin Granger, Pierre Denys, Marc-Olivier Bitker, Pierre Mozer, Emmanuel Chartier-Kastler



View issue TOC
Volume 36, Issue 3
March 2017
Pages 764-769

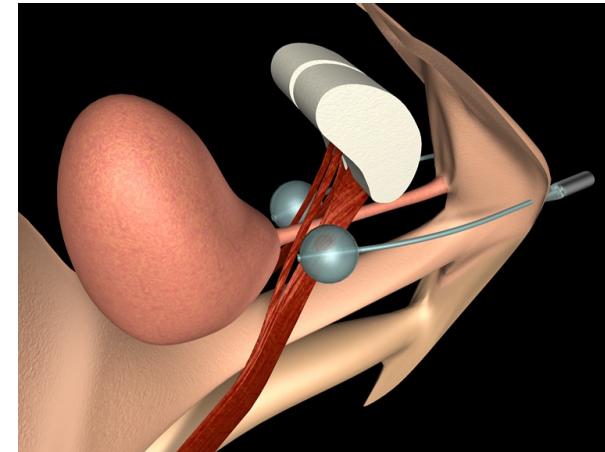
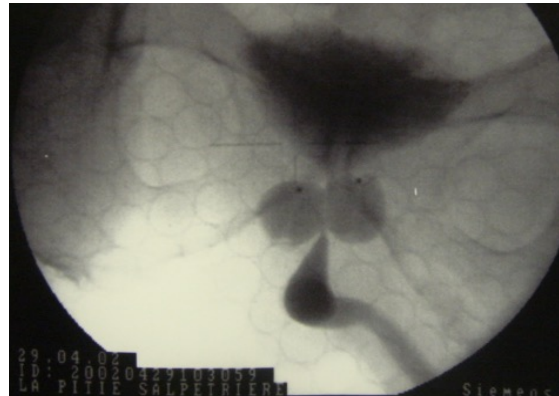
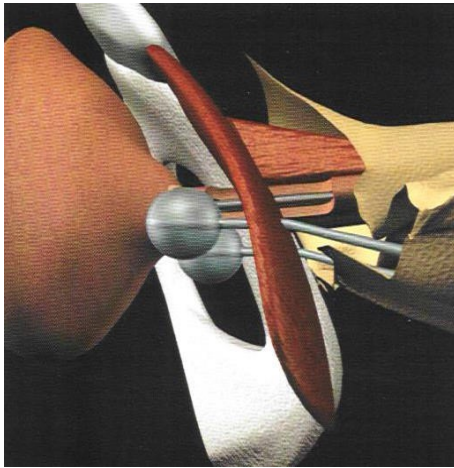


- N= 26 patientes (23 blessées médullaires paraplégiques, 3 spina)
- Age médian 49,2 ans (IQR28,5-59,7)
- Suivi médian 7,5 ans (IQR 3,9-23,8)
- Taux de continence **71%** au terme du suivi

	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
Survie sans explantation	90%	84%	84%	74%
Survie sans révision	75%	51%	51%	51%

Ballonnets ajustable péri-urétraux

- Ballonnets ACT et Pro ACT
 - Alternative au sphincter (tb dextérité, tb cognitifs, incontinence modérée?)
 - Attention obstacle permanent (vérifier vidange +/- autosondages)



Caractère ajustable et réversible+



Données de la littérature

Neurogenic stress urinary incontinence: is there a place for Adjustable Continence Therapy ?

A retrospective multicenter study

Yoann Ronzi, Loïc Le Normand, Emmanuel Chartier-Kastler, Xavier Game, Philippe Grise, Pierre Denys, Brigitte Perrouin-Verbe

Spinal Cord 2019

Ref	Nb	suivi	Pathologie neuro	continence	Complications	Explantations définitives
Mehnert et al; J Urol 2012 Rétrosp.	n=37 13 H 24 F	48 mois	19 BM 7 SB 4 QDC Ou lésions nerv periph 92% ASIP	21% dry 64%>50% amélioration	20% érosion/migration* 7% infection*	39% (n=13) -4 SUA -3 BNC et DCC -2 Bricker
Ammirati; Urologia 2017 Retrosp.	n=16 ATCD injections périurétrales++	37 mois	11 BM (dont 1 ischémie) 3QDC 2SB 94% ASIP	44% dry 19%>50%	19% érosion /migration** 7% infection**	25% (4/16)
Ronzi et al; Spinal Cord 2018 Retrosp.	n=102 4 centres		73,5% BM ou QDC 87% ASIP	4,9% dry 51% >50%	Érosion 22,5%* Infection 25%	34%

*Par ballon

** par patient

Critère évaluation continence différents, population hétérogène, n=15 BoTox pour HAD, design multicentrique, différents opérateurs

Injections péri-urétrales= agents comblants

Résultats chez les non neuro

- Taux d'amélioration: 40 à 60%
- Taux de continence totale: 20%
- ↓ rapide du taux de succès avec le temps: 60% à un an à 40% à deux ans
- **Nombre de sessions d'injections par patients: 2,5**
- Meilleurs résultats en cas d' IS modérée
- Mais peu invasif



Résultats chez les neuros

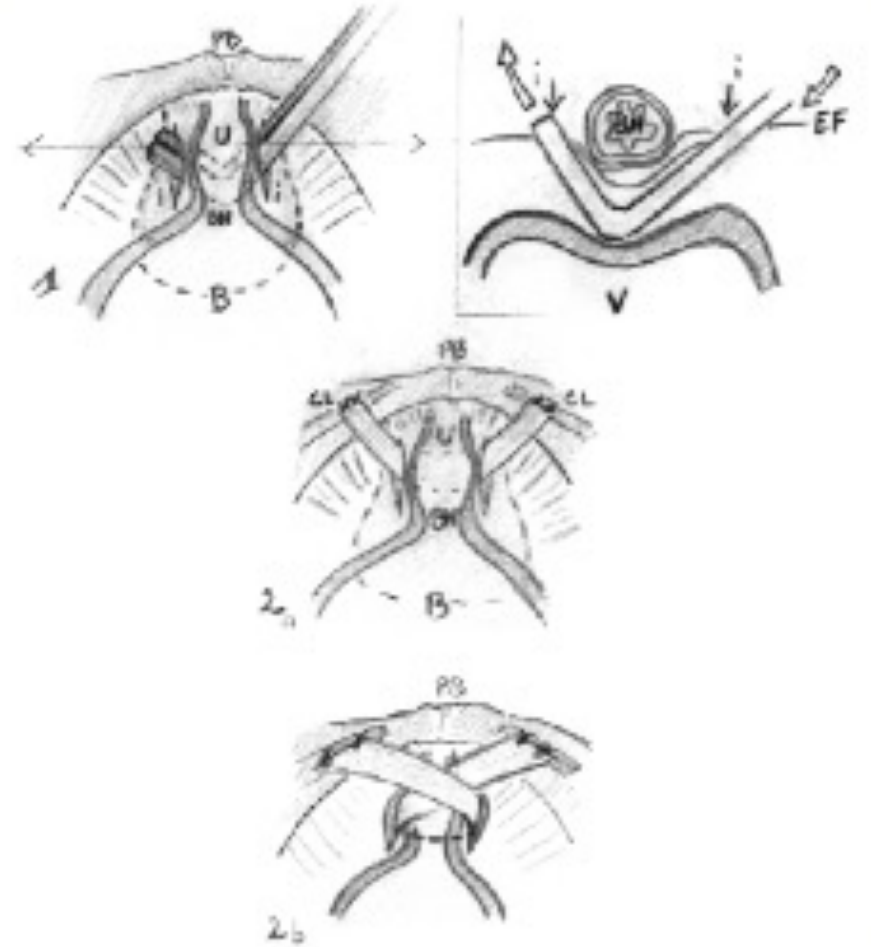
- **Farag et al, NAU 2014, seulement 6 études²**
- Résultats moins bons sur la continence
- Pb de réinjections, migration et abcès³
- Compromet une chirurgie ultérieure?

TABLE I. Summary of Surgical Outcomes per Individual Technique

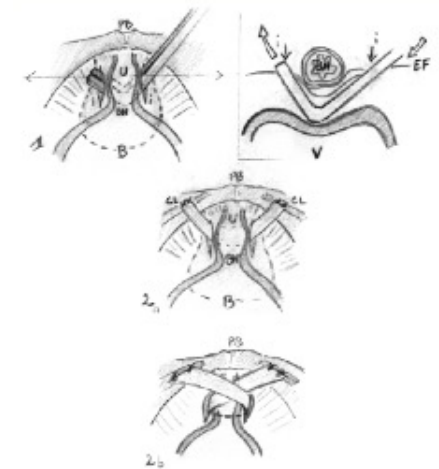
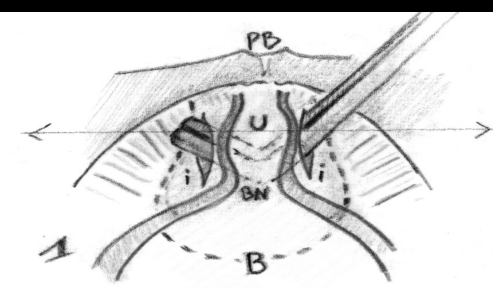
	AUS (n = 8)	Slings (n = 15)	Bulking agents (n = 6)	P-value (ANOVA)
Follow-up (months)	72 ± 18	37 ± 30	30 ± 13	0.004
Success%	77 ± 16%	58 ± 25%	27 ± 20%	0.001
Failure%	10 ± 11%	22 ± 20%	50 ± 16%	0.001
Complications%	32 ± 27%	14 ± 14%	4 ± 6%	0.020
Reoperations%	51 ± 25%	7 ± 9%	12 ± 14%	0.000

La continence : Assurer le confort du patient

- En assurant une résistance urétrale suffisante
 - Sphincter artificiel urinaire
 - Ballonnets ajustables proACT – ACT
 - Agents comblants
 - Frondes aponévrotiques
 - Bandelettes sous-urétrales



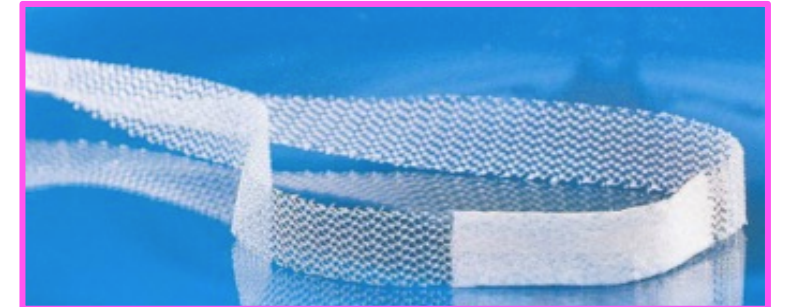
Bandelettes aponévrotiques



Réf	N=	Lésions neuro	Avec ECP	Recul (mois)	Résultats	Complications
Fontaine 1997	21 F	9 myéломéningocèles 3 agénésies sacrées 1 lipome sacré 6 BM 1 myélite 1 rupture anévrisme	oui	28,6	95% secs	
Kakizaki 1995	10 H 3 F	8 spina 2 chir pelviennes 1 BM 1 lésions post chir du col	Chez 9 pts	4-63	9 continents 3 améliorés	
Decter 1993	10		Chez 6 pts		9 secs	3 érosions
Herschorn 1992	13 H	10 spina 3 BM	Oui	34,3	9 secs 2 injections collagènes 2 échecs	2 érosions
Daneshmand 2003	12 H	9 BM 3 spina	Chez 10 pts	14,25	8 secs 2 une protections	

Bandelettes sous urétrales synthétiques chez la femme neurologique

- **Si hypermobilité urétrale +/- IS**
- Facteurs prédictifs du bon résultats de la chirurgie: évaluation pré opératoire+++
 - Manœuvres positives?
 - BUD: PCUM?HAD?
- **Evaluation du réservoir++**
 - Si vessie hypo ou acontractile (sd de la queue de cheval): risque de rétention post opératoire → AS
 - Si HAD + IUE → corriger l'HAD
 - Donc BUD+++
 - Maladie neurologique stabilisée?



Bandelettes sous urétrales synthétiques chez la femme neurologique

REVIEW ARTICLE

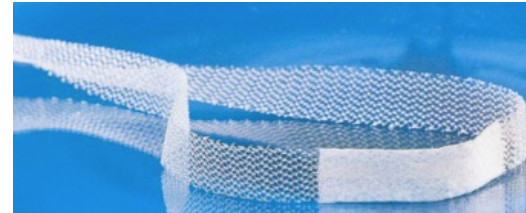


Synthetic mid-urethral slings for the treatment of stress urinary incontinence in women with neurogenic lower urinary tract dysfunction: a systematic review

Clément Sarrazin¹  • Maximilien Baron² • Caroline Thuillier¹ • Alain Ruffion³ • Marie-Aimée Perrouin-Verbe^{2,4} • Gaëlle Fiard^{1,5}

2021

- Indications: HMU et TVT +
- Prévenir du risque de moins bon résultat si IS associée
- **Contre indications:**
 - HAD non contrôlée
 - Manœuvres négatives
 - ASPI impossibles: section de bandelette?



9 études

Suivi entre 20 et 110 mois

298 patientes (47% SCI)

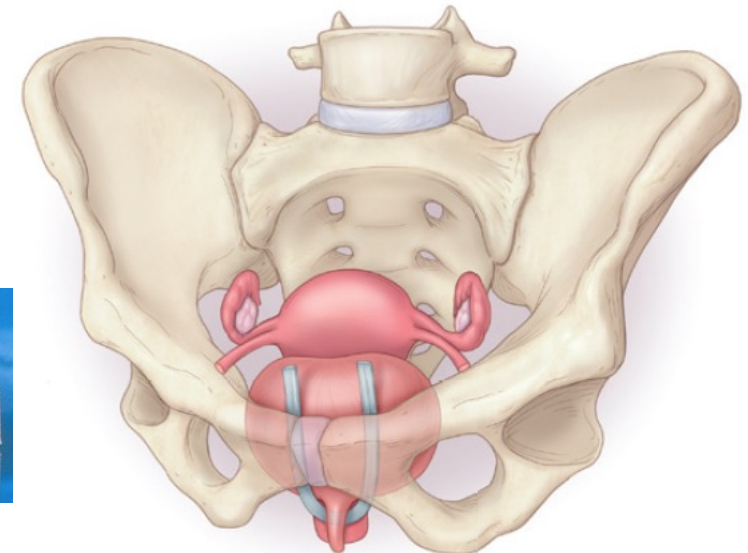
Succès 79.5%

16% de novo HAD

12% de novo ISC

Taux exposition idem non neuro (0-10%)

Facteurs prédictifs d'échec?

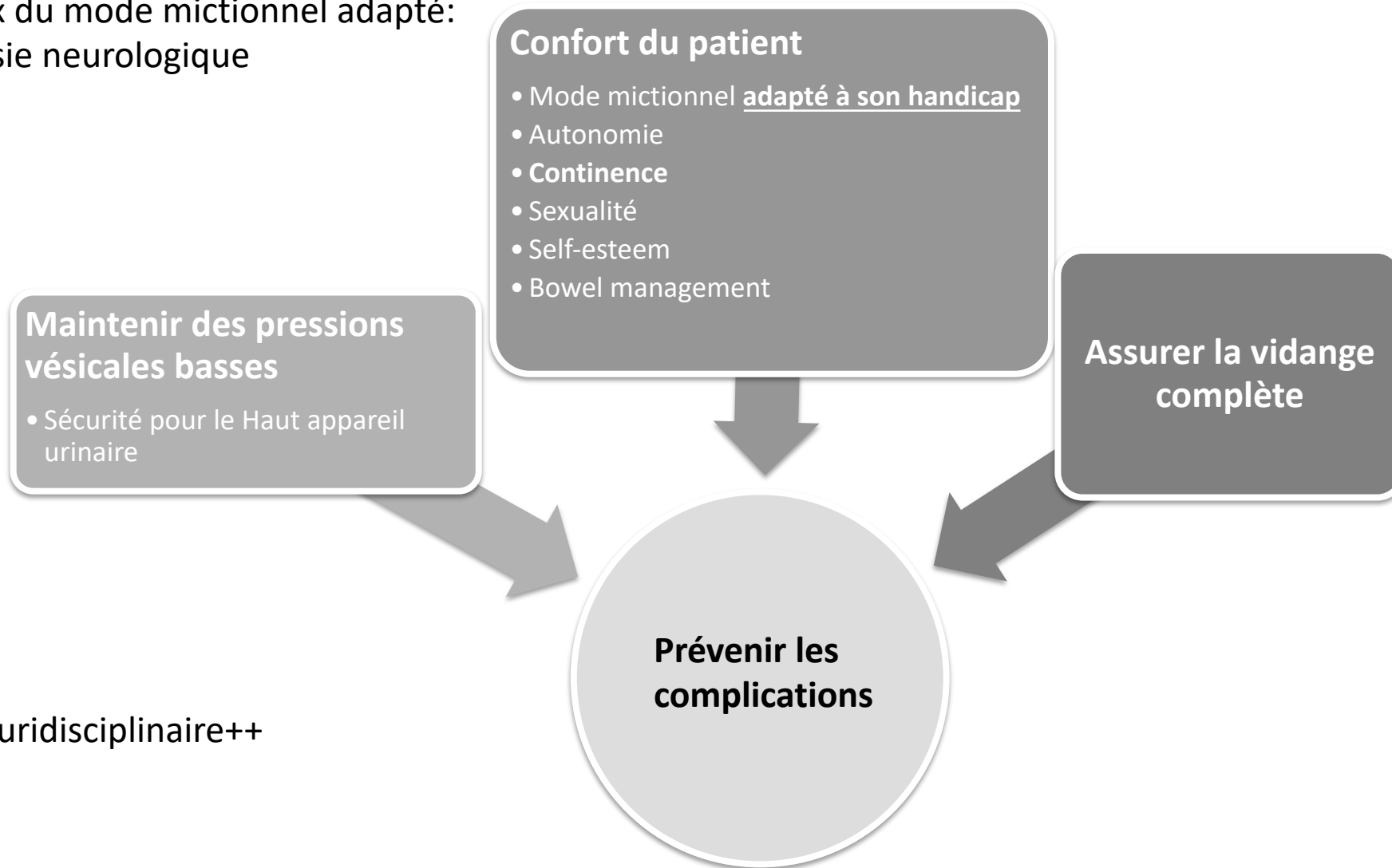


La continence : Assurer le confort du patient

- Par un régime de pressions vésicales basses
- En assurant une résistance urétrale suffisante
 - Sphincter artificiel urinaire, Ballonnets, Frondes, Bandelettes sous urétrales, agents comblants
 - **Fermeture urétrale avec dérivation continente**
 - Rend difficile la gestion des complications
 - » Lithiase
 - » Impossibilité de sondage

Objectifs en neuro urologie

Chirurgie/ Choix du mode mictionnel adapté:
-au type de vessie neurologique
-au handicap



Evaluation pluridisciplinaire++