

Spécificités de l'opéré en neuro-urologie.

Ce qu'il faut retenir



Locaux - équipement - équipe

■ Collaboration Urologie-MPR

- Séjour pré-opératoire en MPR (handicap lourd)

■ Locaux

- Chambre individuelle, spacieuse, proche PC infirmier.

■ Matériel

- Matelas à air
- Chaise garde-robe,
- Sonnette adaptée
- Lève malade

■ Equipe

- Informée, Formée (Collaboration Urologie-MPR)

Médicaments

- **pas de modification des traitements de fond**
- **modulation de leur administration (IS)**
- **adjonction ou modification surveillée de traitements de couverture et symptomatiques**
- **filière de soins spécifique**

Urgence thérapeutique

- Objectifs: Supprimer cause favorisante+gestion symptômes+traitement complications
- Mesure immédiates:
 - Assoir avec tête surélevée (favorise hypotension orthostatique et éviter ré↑ TA)
 - Oter vêtements serrés et bas/ceintures de contention
 - Monitoring TA et FC
 - Identifier et supprimer le facteur déclenchant
 - S'assurer de l'absence d'hyperdistension vésicale:
 - Patient sondé: vérifier positionnement et perméabilité du drainage
 - Patient non sondé: instillation gel urétral anesthésiant et sondage urinaire
 - Si persistance HTA, suspecter distension rectale:
 - Gel anesthésique intrarectal et TR pour évacuation ampoule rectale , après administration hypotenseur action rapide et courte si TA S> 150mm Hg

Prise en charge thérapeutique immédiate de l'hyperreflexie autonome

- Si facteur déclenchant non identifié dès les premières minutes et persistance HTA:
 - Hypotenseur d'action rapide et courte:
 - » Nifedipine, 10 mg SL, glyceril trinitrate spray ou patch (attention CI avec sildenafil), captopril SL (25 mg), prazosine, clonidine
 - » Pas d'étude contrôlée comparant modalités thérapeutiques
 - Envisager pharmaco IV: hydralazine, diaxoside, si résistance
- Poursuivre recherche cause favorisante
 - Traitement précoce d'une infection urinaire
 - Dépistage causes abdomen aigu
 - ...

Guide pratique de prise en charge de l'HRA

Consortium for SCI: Acute management of Autonomic dysreflexia
Vétérans Américains: www.pva.org

Le blessé médullaire

☐ Dysautonomie neurovégétative

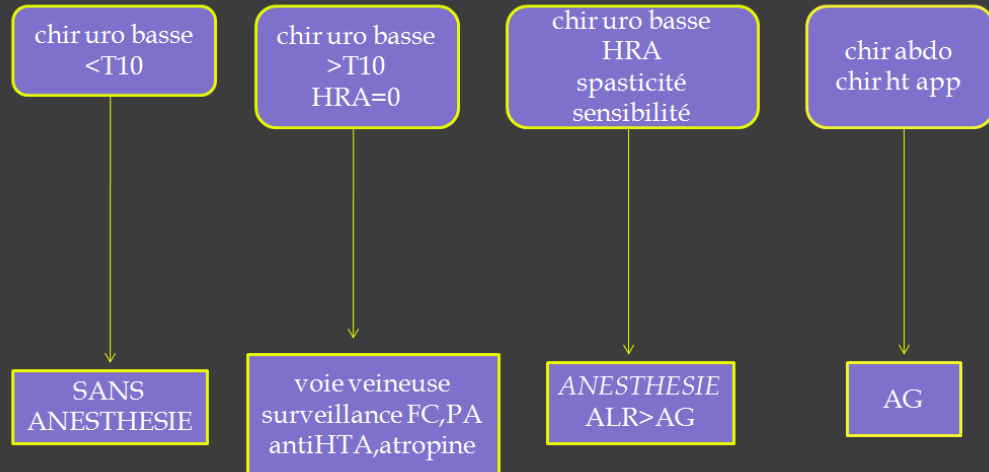
☐ Hypotension artérielle

☐ Spasticité

☐ Amputation des volumes respiratoires

→ capacités d'adaptation faibles

→ encombrement, atélectasies



SCLEROSE EN PLAQUE

- Fréquence des poussées post-op non influencée par le choix de la technique anesthésique

Bouchard, Ann Fr Anesth Reanim 1984; 3:194-198

Berger, Semin Anesth 1997;16:313-19

Hebl, Anesth Analg 2006;103:223-28

ALR ? oui mais

- En dehors des poussées aiguës et phases de récupération (examen neuro récent)
- **APD > RA** *RPC Sfar 2006*
- Concentration faible
- Consentement éclairé
- **Balance bénéfice/risque**
→ **Formes évoluées**



MALADIE DE PARKINSON

- ☐ L'arrêt des TRT → \$ de sevrage
 - ne pas les arrêter, respecter les horaires

SPINA BIFIDA

- APD: risque de brèche durale >, espace cloisonné
 - RA >
- Intérêt IRM
- Allergie au latex

RPC Sfar 2006

AVC

- ☐ → APM réalisable
- ☐ CI: hypertension intracrânienne
- ☐ Arrêt des anticoagulants RA et aspirine

Postopératoire neuro-urologique

- Assurer une analgésie de qualité (ALR >)
- Patients insuffisants respiratoires et dysautonomiques
- Prévention des complications de décubitus
- Maintien des traitements en cours



EN PRATIQUE...

• Action sur le transit

- Massage abdominal
- Laxatifs osmotiques NEUTRES
- Prostigmine

REGULARITE+++

VIDANGE RECTALE

Action sur la défécation / Évacuation **+++**

- TOUCHER RECTAL, doux, prolongé
- Suppositoires
- Lavements
- Évacuation digitale, ballonnet

Ayas et al, 2006; Soler 2006; Coggrave et al, 2006



La reprise du transit

- Retard à la reprise du transit: une des premières causes de morbidité et d'allongement du séjour
- Moyens d'amélioration:
 - pré-opératoire: préparation phospho-sodique
 - Voie d'abord: laparoscopie, voie sous-péritonéale
 - Post-opératoire: retrait précoce de la SNG et début précoce de la réalimentation, Chewing-gum, Alvimopan
- A adapter au patient (troubles de la déglutition)



La réadaptation

Pourquoi articuler la chirurgie et le séjour en centre de rééducation spécialisé en post-opératoire ?

Un séjour en MPR sera souvent nécessaire pour atteindre et évaluer le résultat de l'ITV

- Le patient retrouve ses capacités motrices /fonctionnelles antérieures
 - Et
- Intègre son nouveau fonctionnement urinaire
- Il est surveillé dans la « double culture »:
Urologie - neuro réadaptation