

Recommandations du Groupe d'Études de Neuro-Urologie de Langue Française (GENULF) pour le suivi du blessé médullaire et du patient spina bifida

A. Ruffion - M. de Sèze - P. Denys - B. Perrouin-Verbe - E. Chartier Kastler
et les membres du GENULF

RÉSUMÉ

L'évolution des patients blessé médullaires (BM) ou porteurs d'une myéломéningocèle (MM) s'est profondément transformée au cours des 60 dernières années. Leur espérance de vie s'est considérablement accrue jusqu'à approcher celle de la population générale. La pathologie urologique reste cependant une des plus grandes pourvoyeuses de morbi-mortalité dans cette population de patients. Dans un premier temps, nous avons souhaité, à travers une revue de la littérature, réactualiser les données épidémiologiques concernant les différentes facettes des pathologies urinaires susceptibles d'être observées chez ces patients. Ce travail s'est accompagné d'une réflexion sur la validité et la pertinence des examens complémentaires proposés dans le diagnostic de ces pathologies. A partir de ces données, nous avons dressé un cahier des charges du suivi neuro-urologique de ces patients.

Mots-clés: vessie neurologique, blessé médullaire, myéломéningocèle, pronostic uronéphrologique.

I. INTRODUCTION

Le rationnel qui a conduit aux propositions détaillées ci-dessous a été explicité dans les différentes parties du rapport concernant les complications que peuvent présenter les patients en neuro-urologie. Ce chapitre détaillera donc uniquement les propositions pratiques pour le suivi des patients. Un organigramme reprend les différentes propositions pour plus de lisibilité (page 633).

1. Bilan initial:

a) Il sera fait dans une unité spécialisée de neuro-urologie et comportera :

- Consultation spécialisée en neuro-urologie en cours d'hospitalisation initiale puis tous les 6 mois les deux premières années. Elle comprendra notamment : un **interrogatoire dirigé** sur les symptômes vésico-sphinctériens: données sur la miction quantitatives (fréquence, nombre, volume estimé) et qualitatives (facilité, impression de miction complète), estimation de la continence (occurrence, fréquence et volume estimé des fuites

(nécessité de garnitures). L'utilisation de questionnaires (type Qualiveen - cf. Annexe 1) peut donner une référence initiale du statut urinaire intéressante, ainsi que l'utilisation d'un **calendrier mictionnel sur 24 à 72 heures**, colligeant les horaires, volumes et nombre des fuites et mictions, la nécessité de garniture et la puissance du jet, idéalement l'existence d'un résidu.

- **Bilan urodynamique** comprenant une cystomanométrie simple sans enregistrement à l'aiguille de l'activité du sphincter strié urétral, une débitimétrie et une profilométrie. La réalisation systématique d'un EMG du sphincter strié urétral couplé à la cystomanométrie n'est pas préconisée lors du bilan initial car ses résultats n'auraient que peu ou pas d'influence sur la prise en charge thérapeutique initiale et sur le devenir des patients à moyen terme. La rythmicité de l'examen sera discutée en fonction des données de la consultation spécialisée
- Le plus tôt possible après la prise en charge, puis sur un rythme annuel :
 - Une mesure de la **clairance de la créatinine** sur 24 heures à titre de référence
 - Une **échographie vésico-rénale associée à un ASP**, destinée à documenter l'existence d'un résidu post-mictionnel, d'une lithiasie de l'arbre urinaire et à dépister un retentissement précoce sur l'appareil urinaire. Ces examens ne seront pas nécessaires si un scanner est demandé.
 - Un scanner spiralé sans et avec injection de produit de contraste pourra servir à éliminer tout problème lithiasique sur l'arbre urinaire. Le rythme de l'examen est à discuter en fonction des possibilités pratiques, mais la prescription au moins en début d'hospitalisation, puis à un an paraît logique. En cas d'impossibilité d'accès à l'examen, la pratique d'une UIV de référence en début de prise en charge peut être proposée.

2. Bilans de suivi :

a) Patients définis comme non « à risque » lors de la consultation de neuro-urologie:

- Tous les ans initialement, puis espacement progressif suivant l'évolution :
 - Une créatinémie ou une **clairance de la créatinine sur 24**

H (chez les patients chez lesquels les urines ne peuvent pas être facilement recueillies, on peut discuter une **scintigraphie rénale**)

- Une **échographie rénale et vésicale et un ASP** à la recherche d'une urétéro-hydronéphrose, d'une lithiase rénale ou vésicale, d'un RPM (si applicable)
- Tous les deux ans : consultation spécialisée (avec évaluation standardisée par questionnaires et calendrier mictionnel), qui décidera de l'intérêt de la réalisation d'un BUD

b) Patients à risque de détérioration de la fonction rénale

- Ils sont mis en évidence lors des consultations de neuro-urologie. Principalement, il s'agit des patients tétraplégiques, patients urinant par percussion et par poussée abdominale ou en cathéter permanent.
- La surveillance doit comporter un **interrogatoire dirigé** sur les symptômes vésico-sphinctériens. L'utilisation de questionnaires validés (type Qualiveen) est possible dans ce cadre. Chez les patients sous cathétérisme intermittent, on recherchera particulièrement s'il existe des fuites entre les sondages
- On y associera un **calendrier mictionnel sur 24 à 72 heures**, colligeant les horaires, volumes et nombre des fuites et mictions, la nécessité de garniture et la puissance du jet
- Le cas échéant, on complètera l'examen clinique par un **bilan urodynamique** (BUD) comprenant au minimum une **cystomanométrie** et une **débitométrie**. L'**enregistrement électromyographique de l'activité du sphincter strié** urétral sera préconisé chez les patients masculins et/ou présentant une dysurie, une hyperactivité du détrusor avec des contractions vésicales désinhibées de forte amplitude, un régime de pression vésicale élevé ou un retentissement morphologique sur le bas ou haut appareil urinaire. Le rythme du BUD sera discuté en fonction des données du bilan initial, mais aussi de l'équilibre mictionnel du patient. Pour les enfants porteurs d'une MM, un bilan régulier à la recherche de signes d'altération du comportement vésical pouvant dépister une moelle attachée paraît justifié.

c) Surveillance complémentaire des patients à risque de lithiases:

- Haut appareil urinaire à surveiller en alternance par ASP+écho et **scanner spiralé sans injection**
- **Bas appareil urinaire : ASP+écho**
- Rythme à discuter suivant l'accumulation d'un ou plusieurs facteurs de risque reconnus (fréquence des lithiases, gravité potentielle) :
 - Tétraplégique
 - MM
 - Cathéter permanent
 - Dérivation urétéro-iléale
 - Urétéro-hydronéphrose

d) Surveillance complémentaire des patients à risque carcinologique :

- Sur le plan vésical :
 - La surveillance se base sur l'association de la **cystoscopie** associée à des **biopsies** au moindre doute, complétée par **cytologie urinaire**
 - Malgré l'absence de preuve d'une efficacité des programmes de dépistage dans les populations à risque, il apparaît logique de proposer ces examens de façon annuelle chez les patients ayant un ou plusieurs des facteurs de risque suivants : tabagisme et âge >50 ans, entérocystoplastie ou agrandissement vésical depuis plus de 10 ans, neuro-vessie évoluant depuis plus de 15 ans

e) Surveillance complémentaire bactériologique :

Elle est inutile, sauf en cas d'exploration invasive ou de traitement endoscopique ou de biopsies prostatiques, pour permettre un traitement ponctuel autour de l'exploration.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Une harmonisation des modes de surveillance des neuro-vessies des patients BM et des MM permettrait d'améliorer la qualité de soins et de vie des patients neurologiques et d'avoir un impact socioéconomique favorable pour la santé publique. Il est également important que se développent des réseaux de prise en charge de ces patients avec des centres spécialisés en neuro-urologie qui peuvent rapidement être consultés en cas d'anomalies des examens pratiqués chez ces patients. Une réévaluation régulière de ce schéma de surveillance devra être régulièrement proposée en fonction des progrès technologiques et de l'évolution des pratiques médico-chirurgicales.

Suivi MM BM

ECBU si examen invasif ou symptômes

- **Bilan initial:**
 - Consultation spécialisée en cours d'hospitalisation, puis tous les 6 mois les deux premières années, calendrier, questionnaires
 - En cours d'hospit, dans la première année et deux ans après la sortie:
 - TDM avec ou sans inj (option: UIV, écho+ASP à deux ans)
 - Clairance de la créatinine
 - BUD



Patients non « à risque »:

- Tous les 2 ans: cs neuro-uro + BUD, échographie rénale et vésicale +ASP+ clairance de la créatinine, calendrier mictionnel, questionnaires
- A partir de 15 ans de suivi, quels que soient les facteurs de risque associé, cystoscopie et cytologie urinaire tous les deux ans.
- Hommes: PSA utilisables comme dans la population non neurologique

- **Symptômes calculs rein ou risque lithiase: Cs spécialisée+/- TDM en alternance avec écho un an sur deux**
- **Symptômes calculs vessie ou à risque: Echo V +/- fibro**



- Risque IR ou altération haut appareil: **Surveillance annuelle (cf supra)**
- Insuffisance R: **Protéinurie/ 24H 1X/an**

- **Symptômes (hématurie, hyperactivité de novo), ou à risque: Cysto+cyto U /2 ans**

Abréviations :

MM: Myeloméningocèle.
 BM : Blessé médullaire.
 CS : Consultation.
 V : Vessie.
 IR : Insuffisance rénale.

Calc : Calculs.
 Néo : Nouveaux symptômes.
 BUD : Bilan uro-dynamique.
 Cysto : Cystoscopie.
 Cyto : Cytologie urinaire.