

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 9 mai 2023

La vessie neurologique

Dr Eleuthere Stathopoulos, médecin associé, unité de chirurgie pédiatrique- CHUV

Il s'agit d'un sujet complexe. Le but de la prise en charge est de maintenir la fonction rénale, de prévenir les infections urinaires, et d'obtenir une continence. Il s'agit d'un sujet controversé, mais des guidelines existent.

La vessie neurogène est liée soit à une atteinte de la moelle épinière par dysraphisme ouvert, soit fermé (occulte), soit lié à une paralysie cérébrale.

La situation la plus classique est le myélo-méningocèle. Il y a une augmentation de la mortalité de 1 % par année de vie à partir de 30 ans, il y a 30 % d'insuffisance rénale terminale ainsi que des risques d'infection. Pourtant, 90 % des patients ont une fonction rénale normale à la naissance. Il y a également un problème de continence.

Différents cas sont présentés:

Une fillette de sept ans a bénéficié d'une fermeture d'une myéломéningocèle. Elle présente des antécédents d'infections urinaires à répétition ainsi qu'une incontinence. Elle a été traitée par réimplantation urétérale puis libération de la moelle épinière. Il n'y a pas de continence, mais des infections urinaires à répétition persistent. La fonction rénale est conservée.

Il est utile de pratiquer un examen urodynamique. Celui-ci mesure la pression intravésicale ainsi que la pression intra abdominale. Cet examen met en évidence une vessie rigide à faible contenance. La prise en charge consiste en agrandissement de la vessie, ce qui améliore la continence et diminue le nombre d'infections.

Deuxième cas : un garçon de 12 ans a présenté un lipomyéломéningocèle. Il présente une vessie neurologique nécessitant des cathétérismes et un traitement anticholinergique. Il présente des douleurs lors des cathétérismes. La proposition a été une vésicostomie qui a été refusée, ainsi que des injections botuliniques, qui ont été refusées. Pour le moment, il n'y a pas de solution pour ce cas.

Troisième cas : un enfant de 15 ans présente une malformation anorectale, un tératome mature, un méningocèle antérieur. Il a bénéficié d'un traitement chirurgical. Deux ans après, il a présenté des épisodes de globes vésicaux soignés par sondage. Il a tout d'abord bénéficié d'une vésicostomie non continente, puis continente. Cela amenait une disparition des infections urinaires. A l'âge de l'adolescence, il refuse de faire le sondage. Cela aboutit à des problèmes

d'orchépididymites à répétition. La fonction rénale est surveillée, heureusement il n'y a pas de diminution. Il présente une grande vessie flasque.

Quatrième cas : un enfant de 13 ans présente des infections urinaires et une baisse importante de la fonction rénale (le taux de filtration à 40). Dans ses antécédents, on retrouve de multiples épisodes d'infection urinaire, ainsi que des troubles de la continence des selles et de l'urine. Le bilan rénal met en évidence une dilatation rénale importante ainsi qu'une vessie de lutte. L'examen urodynamique montre une bonne capacité vésicale. Il s'agit d'un cas de vessie neurogène non neurologique. Un traitement de physiothérapie, d'alpha bloqueur (Xatral) et pour finir une vésicostomie continente amène une bonne amélioration de la situation et une récupération partielle de la fonction rénale.

Cinquième cas: Une fille de 10 ans avait présenté un ganglio neuroblastomes en sablier. Elle a présenté des infections urinaires à répétition, avec fuite. L'examen urodynamique met en évidence un petit volume vésical (60 ml) avec une compliance basse, pas de résidu. Une chirurgie a été proposée, mais n'a pas été acceptée.

Le diagnostic est parfois évident, lors de spina bifida ouverte, mais il est parfois plus difficile à déceler en cas de spina bifida occulta. Il existe des troubles de la continence, des infections urinaires, l'examen neurologique peut-être anormal avec par exemple des déformations du pied.

Il est utile de faire un calendrier mictionnel. Il faut bien documenter les infections urinaires.

Pour évaluer l'anatomie des reins, des uretères, de la vessie et de l'urètre, l'échographie et la cysto urétrographie mictionnelle sont utiles.

La fonction rénale est évaluée par des examens de laboratoire et des scintigraphies.

La vessie est évaluée par un examen urodynamique.

Il est utile de bien présenter cet examen ainsi que les possibilités thérapeutiques qui en découleront. Il s'agit d'un examen désagréable impliquant une sonde vésicale, une sonde rectale, permettant l'enregistrement des courbes. Chez le jeune et chez l'adulte, une courbe mictionnelle est également pratiquée. Dans certains centres, on pratique même un examen vidéo urodynamique.

Le contrôle des mictions implique le système sympathique, parasympathique, ainsi que le nerf somatique. Il y a quatre niveaux de contrôle, au niveau local, de la moelle épinière, du pont, et du cortex, avec des boucles rétroactives.

En cas de myélo-méningocèle, tout est désorganisé et il n'y a pas de système élaboré.

Il existe aussi une approche par la classification de Madersbacher :

Le détrusor peut être soit normal, soit trop contractée, soit décontracté. Le sphincter peut être soit normal, soit trop contractée, soit décontracté.

L'évolution naturelle de la vessie neurologique se fait vers une hypertrophie musculaire avec fibrose.

La résistance périphérique (col vésical) varie en fonction de l'âge.

Le détrusor à une activité variable.

Une intégrité du cône terminal de la moelle épinière est importante.

Le néphron est très sensible à la pression. Après un excès de pression, on observe une diminution des néphrons. En cas de vessie avec pression élevée (augmentation de la force du détrusor, diminution de la compliance vésicale, ou dyssynergie,) il y a un risque pour le rein.

La prise en charge peut être soit proactive avec des cathétérismes dès les premiers mois de vie, soit être observationnelle.

La majorité des organismes scientifiques ont une approche proactive, sauf en Angleterre.

La prise en charge médicale consiste en administration de médicaments anticholinergiques ou anti muscariniques comme l'oxybutynine.

La toxine botulinique est une alternative.

Il n'y a pas d'indication pour une antibiothérapie prophylactique sauf en cas de reflux.

Le cathétérisme intermittent est proposé depuis 1972. Il peut être fait par voie naturelle, d'une manière stérile ou seulement propre.

La chirurgie propose différentes possibilités :

La vésicoplastie pour augmenter le volume vésical et diminuer les pressions.

Une chirurgie sur le col vésical.

La création d'une voie artificielle (vésicostomie).

Les complications sont significatives avec un risque de calculs rénaux, infection urinaire, sténose, rarement tumeur. Après la chirurgie, un suivi régulier est nécessaire.

La transition à l'âge adulte est importante. La préparation commence à l'adolescence, qui nécessite une approche multidisciplinaire. Seuls 24% des patients sont complètement indépendants.

En conclusion : parce qu'elle constitue une pathologie de toute une vie, la vessie neurologique congénitale est une servitude permanente pour le patient et un challenge sans fin ni triomphe pour le médecin (Didier Aubert).

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch