



# Intérêt d'une consultation spécialisée multidisciplinaire en neuro-urologie et urologie fonctionnelle

Rev Med Suisse 2013; 9: 2286-8

C. Tawadros  
T. Tawadros  
L. Julita  
P. Jichlinski  
B. Schurch

## Benefit of a specialized multidisciplinary clinic in neuro-urology and functional urology

Functional disorders encounter for a large amount of the medical activity, including in urology. The decreased quality of life due to lower urinary tract symptoms requires a prompt management, with primary assessment undergone in community.

Referral to a specialist is required when simple management has failed, and whenever any of these coexists: hematuria, recurrent urinary infection, and neurological condition.

The specialized clinic in neurourology and functional urology aim at further investigating the underlying disorder responsible for the urinary symptoms and preventing urinary tract complications. A multidisciplinary team is the key to accurately assess patients with regards to their bother and handicap, therefore offering the most appropriate conservative, medical or surgical management.

Les problèmes fonctionnels en médecine actuelle tiennent une place prépondérante, et l'urologie ne fait pas exception. La qualité de vie des patients souffrant de troubles urinaires peut être très altérée, nécessitant une prise en charge rapide.

De l'information et des conseils peuvent être suffisants pour bon nombre de patients, toutefois une consultation spécialisée est requise en cas d'échec ainsi qu'en présence de certains «drapeaux rouges» comme une macrohématurie, une infection urinaire à répétition ou en cas d'atteinte neurologique.

La consultation spécialisée en neuro-urologie et urologie fonctionnelle a pour but d'évaluer et traiter les troubles urinaires du patient, tout en prévenant des complications de la voie urinaire. Une approche multidisciplinaire est primordiale, permettant d'offrir le traitement le plus approprié à la situation globale du patient.

## INTRODUCTION

Les problèmes fonctionnels en médecine actuelle tiennent une place prépondérante. Les lombalgies chroniques, la constipation, les migraines sont autant de problématiques altérant la qualité de vie et devant être prises en charge aussi activement que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Il en va de même pour les troubles urinaires, et en particulier l'incontinence.

L'hyperactivité vésicale, à savoir la fréquence mictionnelle augmentée, les urgences mictionnelles et l'incontinence d'urgence concernent presque un adulte sur cinq de plus de 40 ans (tableau 1).<sup>1-4</sup> En considérant que ces troubles augmentent avec l'âge tant chez la femme que chez l'homme, il semble évident que la problématique urinaire devrait être évoquée en consultation communautaire. Or, il apparaît que peu de patients parlent de leurs problèmes urinaires et que seule la moitié reçoit une thérapie.<sup>2</sup>

Dans cet article, quelques directions sont données afin de prendre en charge les patients souffrant de problèmes urinaires. L'intérêt d'une consultation spécialisée multidisciplinaire en neuro-urologie et urologie fonctionnelle y est également relevé.

## TROUBLES DU BAS APPAREIL URINAIRE (TUBA)

Par TUBA, nous comprenons tout symptôme relevé par le patient spontanément ou non, comme étant anormal.<sup>5</sup> Nous distinguons les TUBA de la phase de remplissage (pollakiurie, urgence mictionnelle, nycturie, incontinence) et les TUBA des phases mictionnelle et postmictionnelle (latence mictionnelle, jet urinaire affaibli, sensation de vidange vésicale incomplète). De façon additionnelle, le patient peut décrire des douleurs, ainsi que des troubles anorectaux et sexuels.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Pour avoir une bonne fonction vésicosphinctérienne il faut, pour la phase de remplissage, un réservoir de bonne capacité et se laissant remplir sans fuite et



**Tableau 1. Prévalence de certains troubles urinaires**

Prévalence	Hommes	Femmes
Incontinence urinaire quotidienne	2-11%	9-39%
Hyperactivité vésicale	10-17%	7-31%
Nycturie	25-40%	31-40%
Sensation de vidange vésicale incomplète	14%	13%

pour la phase de vidange, une miction complète et aisée. Si l'on considère l'anatomie du plancher pelvien ainsi que la neuro-anatomie complexe du contrôle mictionnel, il est difficile d'imaginer garder une fonction mictionnelle normale dans le courant de la vie.

De multiples maladies sont des facteurs de risque de troubles mictionnels dont les mécanismes physiopathologiques les plus courants sont : l'obstacle infravésical, l'insuffisance sphinctérienne, ainsi que l'hyperactivité neurogène et idiopathique du détrusor (tableau 2).

**Tableau 2. Facteurs de risque de troubles du bas appareil urinaire (TUBA)**

- Age
- Volume prostatique augmenté
- Maladie neurologique (Parkinson, AVC, atteinte médullaire, sclérose en plaques)
- Diabète
- Chirurgie et radiothérapie pelvienne (prostate, utérus, rectum)
- Antécédents obstétricaux
- Insuffisance cardiaque
- Obésité
- Troubles cognitifs

## QUEL PATIENT BÉNÉFICIE D'UNE ÉVALUATION SPÉCIALISÉE ?

D'une manière générale, tous les patients souffrant de TUBA, lorsque les manœuvres préventives et non invasives telles qu'ajustement de la prise de boissons, conseils en aide à la continence et physiothérapie du plancher pelvien ont échoué.

Il existe également certains tableaux cliniques qui motivent une consultation spécialisée d'emblée, voire des contrôles réguliers, comme la vessie neurogène (tableau 3).

Une première consultation visera à évaluer la gêne du patient. Une évaluation globale prendra en compte son âge, ses performances, ses capacités cognitives et son handicap.

On cherchera la macrohématurie et l'infection urinaire à répétition qui nécessiteront une cystoscopie afin d'exclure une tumeur ou un calcul de la vessie. On cherchera également une pathologie neurologique associée pouvant être à l'origine d'une vessie neurogène dont la prise en charge est bien spécifique.<sup>6</sup>

Les habitudes mictionnelles seront précisées avec l'aide d'un calendrier mictionnel. Une polyurie nocturne sera recherchée afin d'expliquer et traiter une nycturie invalidante.<sup>7-9</sup>

La vidange vésicale, lorsqu'elle est possible, sera évaluée par une mesure du débit urinaire et du résidu post-mictionnel.

L'examen clinique dirigé comprendra un examen neurolo-

**Tableau 3. Tableaux cliniques nécessitant une consultation spécialisée**

Drapeaux rouges	Pathologie
Macrohématurie	Tumeur ou calcul vésical
Infections à répétition	Tumeur ou calcul vésical
Toute atteinte neurologique	Vessie neurogène
Incontinence nocturne	Mauvaise vidange vésicale avec regorgement

gique succinct des territoires lombosacrés, celui des organes génitaux, avec évaluation de la taille et de la morphologie de la prostate chez l'homme, et une évaluation de la statique pelvienne chez la femme. On examinera également les téguments, qui peuvent montrer des signes d'irritation en cas d'incontinence.

Après cette consultation initiale, une thérapie peut être introduite selon les cas, telle qu'un médicament anticholinergique en cas de symptômes d'hyperactivité vésicale ou un alphabloquant en cas de mauvaise vidange vésicale.<sup>10</sup> Des conseils en matière de protections urinaires et d'aide à la continence seront prodigués par notre équipe infirmière, comprenant aussi pour les hommes le port d'un condom et des dispositifs vaginaux pour la femme.

Certains examens complémentaires peuvent être nécessaires, comme la cystoscopie précitée. Un examen urodynamique devra être demandé afin de mieux comprendre certains TUBA, en cas d'échec du traitement conservateur, pour toute pathologie neurologique, et comme bilan préopératoire en chirurgie urologique fonctionnelle. Celui-ci est effectué dans le Centre de neuro-urologie, créé en collaboration entre le Département des neurosciences et le Département de chirurgie du CHUV et dirigé par le Pr B. Schurch,

**Tableau 4. Moyens thérapeutiques spécifiques en urologie fonctionnelle**

Moyens thérapeutiques spécialisés	Indications
Cathétérisme intermittent	Pour la vidange vésicale en cas d'acontractilité vésicale ou de vessie neurogène
Injection intravésicale de toxine botulique • Efficacité et innocuité prouvée • Parfois nécessité de cathétérisme intermittent	Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale réfractaire idiopathique ou neurogène
Neuromodulation sacrée • Par insertion chirurgicale • Par stimulation superficielle du nerf tibial	Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale et de la rétention urinaire idiopathique
Instillation vésicale à but antalgique • En complément d'une thérapie multimodale de la douleur	Pour le syndrome douloureux pelvien (vessie, urètre, prostate)
Sphincter urinaire artificiel	Pour l'incontinence urinaire d'effort sévère et/ou récidivante de la femme et de l'homme (après prostatectomie)
Chirurgie reconstructive de la vessie (clam entérocytoplastie, remplacement vésical continent cathétérisable)	Pour la vessie hyperactive résistant aux traitements minimalement invasifs et la vessie neurogène



professeur associé et médecin adjoint du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation

## QU'EST-CE QUE LA NEURO-UROLOGIE ?

La neuro-urologie est une spécialité traitant des problèmes urinaires secondaires à une maladie neurologique. Cette discipline plutôt récente a connu un développement important ces 30 dernières années. La conséquence la plus significative en est l'amélioration de l'espérance de vie des patients blessés médullaires, par la prévention des affections rénales.<sup>11</sup>

## MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Les moyens thérapeutiques les plus marquants développés ces dernières décennies et proposés dans le Centre de neuro-urologie et le Service d'urologie figurent dans le **tableau 4**.<sup>12-14</sup>

## INTÉRÊT D'UNE CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE

En raison des traitements et des technologies toujours en évolution, la tendance actuelle de développer des formations approfondies en médecine, permettant d'offrir un haut niveau de prise en charge des patients, n'échappe pas à l'urologie. Il existe effectivement un réel besoin d'une équipe multidisciplinaire spécialisée, prenant en compte les plaintes des patients, leur situation générale de vie, leurs comorbidités et leur éventuel handicap ; cette équipe doit être à même de proposer tant des soins de soutien, des traitements médicamenteux et minimalement invasifs que des traitements chirurgicaux. La collaboration étroite établie dans notre service avec le Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation atteint tout à fait ces objectifs de médecine de qualité. Urologue, médecin de réhabilitation et infirmier spécialisé travaillent ensemble à la prise en charge des patients souffrant de symptômes du bas appareil urinaire.

logie et neuroréhabilitation atteint tout à fait ces objectifs de médecine de qualité. Urologue, médecin de réhabilitation et infirmier spécialisé travaillent ensemble à la prise en charge des patients souffrant de symptômes du bas appareil urinaire.

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

### Implications pratiques

- > Les troubles urinaires touchent plus de 20% de la population
- > L'information sur la prise de boissons et les conseils en aide à la continence sont la première étape de la prise en charge
- > En cas d'échec thérapeutique, il faut référer le patient pour une prise en charge auprès d'un urologue, en particulier en cas d'hématurie ou d'infections urinaires à répétition
- > En cas de pathologie neurologique, un avis spécialisé en neuro-urologie est indispensable et permet une approche multidisciplinaire

### Adresse

**Drs Cécile Tawadros, Thomas Tawadros et Loïc Julita**  
**Pr Patrice Jichlinski**  
Service d'urologie  
**Pr Brigitte Schurch**  
Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation  
CHUV, 1011 Lausanne  
cecile.tawadros@chuv.ch  
thomas.tawadros@chuv.ch  
loic.julita@chuv.ch  
patrice.jichlinski@chuv.ch  
brigitte.schurch@chuv.ch

### Bibliographie

- 1 \*\* Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50:1306-14; discussion 1314-5.
- 2 Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001;87:760-6.
- 3 Buckley BS, Lapitan MC. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children – current evidence: Findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology* 2010;76:265-70.
- 4 \* Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, et al. Nocturia and quality of life: Results from the Boston area community health survey. *Eur Urol* 2012;61:78-84.
- 5 Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37-49.
- 6 Chartier-Kastler E, Ruffion A, et al. Prise en charge urologique des vessies neurogènes. *Prog Urol* 2007;17:442-7.
- 7 Reynard JM, Cannon A, Yang Q, Abrams P. A novel therapy for nocturnal polyuria: A double-blind randomized trial of furosemide against placebo. *Br J Urol* 1998; 81:215-8.
- 8 Sand PK, Dmochowski RR, Reddy J, van der Meulen EA. Efficacy and safety of low dose desmopressin orally disintegrating tablet in women with nocturia: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled, parallel group study. *J Urol* 2013;190:958-64.
- 9 Weiss, JP, Herschorn S, Albei CD, van der Meulen EA. Efficacy and safety of low dose desmopressin orally disintegrating tablet in men with nocturia: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled, parallel group study. *J Urol* 2013;190:965-72.
- 10 Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol* 2013;64:118-40.
- 11 Middleton JW, Dayton A, Walsh J, et al. Life expectancy after spinal cord injury: A 50-year study. *Spinal Cord* 2012;50:803-11.
- 12 \* Schurch B, Schmid DM, Stohrer M. Treatment of neurogenic incontinence with botulinum toxin A. *N Engl J Med* 2000;342:665.
- 13 Marcelissen TA, Leong RK, de Bie RA, van Kerrebroeck PE, de Wachter SG. Long-term results of sacral neuromodulation with the tined lead procedure. *J Urol* 2010;184:1997-2000.
- 14 Karsenty G, Chartier-Kastler E, Mozer P, et al. A novel technique to achieve cutaneous continent urinary diversion in spinal cord-injured patients unable to catheterize through native urethra. *Spinal Cord* 2008; 46:305-10.

\* à lire

\*\* à lire absolument