

PROGRAMME DE LA JOURNÉE DES KINÉSITHÉRAPEUTES

Vendredi 17 novembre 2017 – Palais des Congrès de Paris

15-18 NOVEMBRE 2017
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

111^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Programme réalisé par

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !



#AFUrologie
#CFU2017

Organisé
par

URO
DIFFUSION

En collaboration
avec



ORGANISATEURS :

Martine CORNILLET-BERNARD, Dr Jean-Nicolas CORNU,
Martine LOOBUYCK, Dr Véronique PHÉ

10:00	Le mot du Président du 111^e Congrès Français d'Urologie
	TROUBLES VÉSICO-SPHINCTÉRIENS DES SÉNIORS
10:05	Vieillesse normale et pathologique <i>Pr Jacques BODDAERT (Service de Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris)</i>
10:35	Physiopathologie des troubles urinaires et bilan urodynamique chez la personne âgée <i>Pr Gilberte ROBAIN (Service de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Rothschild, AP-HP, Paris)</i>
11:05	Rééducation périnéale chez les patients âgés neurologiques <i>Dr Catherine-Marie LOCHE (Service de Rééducation Neurolocomotrice, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Créteil)</i>
11:35	Intérêt du traitement hormonal dans les troubles urinaires des personnes âgées <i>Pr Pierre Xavier DEFFIEUX (Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Bécclère, Clamart)</i>
12:05	Quel âge limite pour la chirurgie de l'incontinence urinaire ? <i>Dr Véronique PHÉ (Service d'Urologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris)</i>
12:35	Modalités de la rééducation pelvipérinéale du sujet âgé <i>Mme Martine CORNILLET- BERNARD</i>
13:05	Déjeuner libre
	TROUBLES VÉSICO-SPHINCTÉRIENS DES JUNIORS
14:05	Énurésie de l'enfant <i>Dr Véronique FORIN (Service de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Trousseau, AP-HP, Paris)</i>
14:25	Malformations congénitales <i>Dr Véronique FORIN (Service de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Trousseau, AP-HP, Paris)</i>
14:45	Évaluation des troubles mictionnels de l'enfant <i>Dr Diane COMTE (Chirurgien pédiatre, Rouen)</i>
15:05	Prise en charge rééducative des juniors <i>Mme Catherine FAFIN (CHU de Nice)</i>
15:25	Pause
	LES BRÈVES DE LA JOURNÉE DES KINÉS
16:00	Le calendrier mictionnel : outil d'évaluation et de rééducation <i>Mme Sylvie BILLECOCQ (Hôpital Saint Joseph, AP-HP, Paris)</i>
16:30	Mise au point sur le résidu post mictionnel <i>Mme Els BAKKER (Bruxelles)</i>
17:00	Actualités sur les nouveaux outils de rééducation <i>Mme Martine LOOBUYCK et Melle Andréa COSTA DOS SANTOS (Paris)</i>
17:30	Actualités sur les traitements de la dysfonction érectile <i>Dr Sébastien BELEY (Cabinet d'Urologie Paris Opéra, Paris)</i>
18:00	Fin de la journée

TROUBLES VÉSICO-SPHINCTÉRIENS DES SÉNIORS

Viellissement normal et pathologique

Pr Jacques BODDAERT
(Service de Gériatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP,

**Physiopathologie des troubles urinaires et bilan urodynamique
chez la personne âgée**

Pr Gilberte ROBAIN (Service de Médecine Physique et Réadaptation,
Hôpital Rothschild, AP-HP, Paris)

Rééducation périnéale chez les patients âgés neurologiques

Dr Catherine-Marie LOCHE

(Service de Rééducation Neurolocomotrice, Hôpital Henri Mondor, AP-HP, Créteil)

Les personnes âgées forment un groupe hétérogène sur le plan démographique en termes de pathologies et d'incapacité fonctionnelle. Malgré des différences majeures, le risque d'incontinence touche aussi bien la personne âgée qui a « bien vieilli » que la personne âgée fragile. Les causes d'incontinence urinaire sont multifactorielles liées en partie au vieillissement de l'appareil vésico-sphinctérien mais également aux pathologies associées urologiques, gynécologiques ou neurologiques qu'elles soient centrales ou périphériques ou bien encore à des facteurs fonctionnels en lien avec la locomotion, psychologiques ou iatrogènes.

Objectif : Etudier la place et les modalités de la rééducation périnéale chez les patients âgés neurologiques

Méthode : Revue de littérature faite à partir de Pubmed et Plos-One, mots clés incluant : pelvic floor rehabilitation, elderly, neurological diseases, stroke, Parkinson, multiple sclerosis, urinary incontinence, lower urinary tract symptoms,...

51 articles ont été analysés dont 5 revues de littérature, 21 études randomisées contrôlées concernant la rééducation périnéale dans l'incontinence urinaire parmi lesquelles 7 en aveugle chez la personne âgée dont 6 après un accident vasculaire cérébral, 3 études ouvertes prospectives, 1 étude de cas et une étude rétrospective sur 5 ans.

Résultats : La continence nécessite le maintien de la mobilité, de la dextérité manuelle, des capacités cognitives et de la motivation. Il semble exister un lien significatif entre incontinence urinaire sur urgenturie, nycturie et risque accru de chute chez la personne âgée ce qui impose la prise en charge systématique de l'incontinence urinaire dans la prévention des chutes. La nécessité de performances en multitâches simultanées (marcher, contrôler le besoin, négocier les obstacles pour aller aux toilettes rapidement) peut être au détriment de l'équilibre, de même qu'il existe un risque de glisser sur un sol humidifié par les fuites.

Une rééducation de la motricité pour les déplacements peut réduire l'incontinence urinaire en améliorant l'autonomie. L'augmentation de la vitesse de marche et la diminution de l'index de masse corporelle semblent améliorer la continence.

Comme dans la démence avancée de la personne âgée, la programmation des mictions semble être la prise en charge la plus efficace. Quelle que soit la pathologie, la prise en charge comportementale apparaît toujours en première ligne que ce soit dans le cadre de l'incontinence urinaire d'effort ou sur urgenturie. Elle associe la tenue d'un calendrier mictionnel par le patient, des mictions programmées et différées, une rééducation périnéale associant un travail personnel de retenue volontaire et de verrouillage à l'effort, et les différentes techniques : travail manuel, biofeed-back et électrostimulation, qui sont abordées ou comparées dans les études, la réduction des apports en caféine, la répartition des apports hydriques et/ou aussi un changement de mode de vie. Les auteurs insistent sur l'importance de l'information et de l'éducation individuelle ou en groupe.

Quelques points sont régulièrement avancés, le traitement trophique local chez la femme après la ménopause, la nécessité de prendre en considération les fonctions cognitives pour la compliance au traitement, et l'absence d'effets secondaires de la rééducation à la différence des traitements médicamenteux.

Dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral, les patients ayant eu une prise en charge précoce comportementale ou rééducative par du personnel sensibilisé et formé, ont moins d'incontinence urinaire à la sortie que les groupes contrôles.

Aucune spécificité dans les techniques de rééducation n'est apparue dans cette population âgée neurologique. Plusieurs points ont cependant été soulevés :

- Le peu d'efficacité de l'électrostimulation périnéale seule en cas de troubles cognitifs, en l'absence de capacité du patient à contracter son périnée
- La tolérance de la sonde vaginale en cas d'atrophie vaginale nécessitant un traitement oestrogénique local
- La position allongée ou assise en raison d'une station debout pénible ou de troubles de l'équilibre pour la réalisation de la rééducation périnéale

Conclusion : L'efficacité de la rééducation périnéale chez la personne âgée a été mise en évidence dans plusieurs études randomisées contrôlées de qualité, versus médicaments et placebo. Elle apparaît être sans risque et à proposer en première ligne avec une efficacité maintenue à long terme sous réserve de la poursuite du travail personnel.

Intérêt du traitement hormonal dans les troubles urinaires des personnes âgées

Pr Pierre Xavier DEFFIEUX

(Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Béclère, Clamart)

La ménopause entraîne des modifications morphologiques (atrophie vulvo-vaginale) et fonctionnelles de l'appareil génito-urinaire. Les symptômes qui peuvent y être associés (sensations de brûlure, sécheresse, urgenturies, infections urinaires à répétition) sont maintenant regroupés sous le terme de « syndrome génito-urinaire de la ménopause » (*genitourinary syndrome of menopause*). On comprend aisément le lien physiopathologique entre ces symptômes et la carence hormonale ménopausique quand on sait que les récepteurs aux estrogènes sont présents au niveau du vagin, de l'urètre, de la vessie et au niveau de nombreux sites du système nerveux central, avec des variations de densité selon les tissus. Au niveau de la vessie les récepteurs sont localisés dans les cellules urothéliales et les cellules musculaires lisses. L'estronothérapie par voie générale (systémique) (généralement administrée par voie per-cutanée en France) n'améliore aucun symptôme urinaire. En revanche, il est établi que l'estrogénothérapie locale (17 bêta-oestradiol, estriol) améliore le syndrome génito-urinaire de la ménopause pour bon nombre de femmes. Les estrogènes auraient une action sur les symptômes urinaires par plusieurs mécanismes : augmentation du tonus urétral et de la pression de clôture urétrale maximale, modulation de la libération d'acétylcholine des fibres nerveuses, diminuant l'inflammation de l'urothélium, augmentation de l'expression de facteurs de croissance endothéliaux au niveau de l'épithélium. Des pertes vaginales accrues représenteraient le seul effet indésirable notable de cette estrogénothérapie locale. Les œstrogènes locaux ne semblent pas accroître le risque de cancer estrogéno-dépendant. Ils ne nécessitent pas de co-prescription de progestatif. Une prescription à la plus faible posologie et pour une durée la plus faible possible doit toutefois être privilégiée chez les femmes à risque de cancer hormono-dépendant ou à risque thrombotique.

Dans certains cas, la mise en place d'une estrogénothérapie locale entrainera une aggravation des sensations de brûlure vaginale lors de l'initiation du traitement. Il faudra alors interrompre le traitement et prescrire temporairement de l'acide hyaluronique en topique, plus ou moins associé à une réintroduction de la flore vaginale (lactobacilles) afin d'améliorer les conditions locales avant de réintroduire les estrogènes locaux.

Concernant plus spécifiquement la rééducation périnéale des femmes ménopausées présentant des symptômes d'incontinence urinaire à l'effort, une étude semble montrer que l'association d'une estrogénothérapie locale à des séances de rééducation guidées par un thérapeute, est plus efficace que la rééducation réalisée sans traitement estrogénique local.

Quel âge limite pour la chirurgie de l'incontinence urinaire ?

Dr Véronique PHÉ

(Service d'Urologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris)

Les mécanismes d'incontinence urinaire à l'effort dans la population âgée sont les mêmes que ceux de la population moins âgée. L'ensemble des chirurgies de l'incontinence urinaire d'effort peut être proposé à la personne âgée (bandelette sous urétrale synthétique hommes ou femme, colposuspension, sphincter urinaire artificiel, ballons ajustables péri-urétraux, injections périurétrales d'agents comblants, bandelettes aponévrotiques). Cependant l'existence d'une fragilité doit faire appel à une évaluation gériatrique avant tout traitement chirurgical. Au cours de cette présentation seront revues les indications, résultats et recommandations internationales actuelles sur la chirurgie de la continence chez la personne âgée.

Modalités de la rééducation pelvipérinéale du sujet âgé
Mme Martine CORNILLET- BERNARD

La population vieillit et les effets néfastes de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie sont importants même à un âge avancé. Après 60 ans, l'incontinence urinaire est fréquemment considérée comme une évolution normale liée au vieillissement. Environ 50% des personnes incontinentes ne confient pas à leur médecin traitant l'existence de troubles urinaires.

L'incontinence urinaire contribue à l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé. Elle est associée à une faible qualité de vie, au risque de dépression, d'isolement, de chute, d'infection et de problème d'hygiène.

La continence urinaire nécessite à la fois une intégrité du bas appareil urinaire, une fonction cognitive permettant l'interprétation de la sensation de remplissage vésical et de contrôle ainsi qu'une mobilité suffisante pour se déplacer dans un intervalle de temps donné jusqu'à un endroit adapté. L'association de troubles moteurs handicapant la marche, d'un déclin fonctionnel réduisant la mobilité et le déshabillage augmente le risque d'incontinence. Il faut aussi identifier et traiter les facteurs de risque réversibles : constipation, IMC élevé, œdème, toux, consommation excessif ou réduite de boisson

Selon les recommandations de l'EAU, les personnes âgées en bonne santé devraient bénéficier de traitements semblables à celles offertes aux personnes plus jeunes, les personnes âgées fragiles ont besoin d'une approche différente. Leur évaluation doit aborder le rôle potentiel des comorbidités, des médicaments et des capacités fonctionnelles et cognitifs.

Nous verrons dans cette communication les modalités particulières à la prise en charge rééducative des personnes âgées.

TROUBLES VÉSICO-SPHINCTÉRIENS DES JUNIORS

Énurésie de l'enfant

Dr Véronique FORIN (Service de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Trousseau, AP-HP, Paris)

Le « pipi au lit » et les fuites urinaires diurnes sont les causes principales de consultation pour troubles mictionnels en pédiatrie.

Ces deux plaintes, très longtemps banalisées par l'entourage familial et médical de l'enfant, recouvrent des tableaux cliniques multiples.

- Les fuites urinaires sont **UNIQUEMENT** nocturnes, le catalogue mictionnel ne révèle pas de trouble du comportement mictionnel diurne, l'examen clinique et l'échographie urinaire sont normaux : l'enfant présente une énurésie nocturne ISOLEE (ENI) dont le traitement se fait par étapes successives pour des enfants de plus de 5 ans.

- Les fuites urinaires sont également ou seulement diurnes :

- Le catalogue mictionnel et l'interrogatoire adapté à l'âge est en faveur d'une hyperactivité vésicale. L'hyperactivité peut être fonctionnelle (vessie hyperactive de l'enfant jeune), neurologique (dysraphismes congénitaux, SEP du grand adolescent, tumeur médullaire) ou d'origine « urologique » (obstacle sous vésical par sténose uétrale, méatique...)

- Le catalogue mictionnel et l'interrogatoire révèlent des fuites uniquement diurnes majorées par l'effort évoquant une vidange vésicale incomplète. Les principales causes de dysurie sont la constipation et l'administration inappropriée d'anticholinergiques.

Malformations congénitales

Dr Véronique FORIN (Service de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Trousseau, AP-HP, Paris)

Les malformations congénitales à l'origine de troubles mictionnels sont essentiellement neuro-médullaires et urologiques.

Les malformations congénitales de la moelle épinière ou « dysraphismes vertébro-médullaires » sont une entité clinique qui regroupe toutes les anomalies de fermeture sur la ligne médiane du rachis, de la peau au corps vertébral (0,05 à 0,25/1000 naissances). On en distingue deux types totalement différents selon l'existence d'une couverture cutanée de la lésion : les dysraphismes ouverts ou myéloméningocèles et les dysraphismes fermés qui sont de plusieurs types, le lipome du cône médullaire étant le plus typique (photo de gauche : stigmate cutané – photo de droite : aspect en IRM d'un lipome du cône)



Les troubles mictionnels constants lors de myéloméningocèle sont attendus et suivis. Dans les dysraphismes fermés, les troubles mictionnels peuvent faire découvrir l'anomalie médullaire surtout quand associés à un stigmate cutané du raphé médian et/ou à un trouble orthopédique uni ou bilatéral des pieds (pieds creux varus équin).

Les malformations urinaires découvertes par des troubles mictionnels sont chez le garçon des valves de l'urètre postérieur découvertes tardivement, chez la fille l'épispadias.

Évaluation des troubles mictionnels de l'enfant

Dr Diane COMTE
(Chirurgien pédiatre, Rouen)

Les troubles mictionnels de l'enfant ont des répercussions sociales et cliniques parfois majeures. Il s'agit d'un motif fréquent de consultation par le biais des fuites urinaires diurnes et/ou nocturnes et des infections urinaires. Ils regroupent l'immaturation vésicale, la dyssynergie vésico-sphinctérienne et l'énurésie nocturne. Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique en premier lieu. Il ne faut cependant pas méconnaître une uropathie sous-jacente ou une cause neurologique.

L'immaturation vésicale correspond à une hyperactivité contractile du muscle détroisor qui se manifeste par une miction explosive et impérieuse. Elle est due à la persistance d'une vessie de stade immature au-delà de l'âge de 5 ans. La dyssynergie vésico-sphinctérienne correspond à l'absence de relâchement du sphincter strié au moment de la miction. Elle se manifeste par des infections urinaires et très fréquemment les mêmes signes que l'immaturation vésicale associés à une dysurie, difficile à caractériser chez l'enfant. Elle peut faire suite à une immaturité. L'énurésie correspond à une miction nocturne, complète et involontaire chez un enfant de plus de 5 ans. Elle peut être primaire (depuis la naissance) ou secondaire (réapparition après au moins 6 mois sans fuite nocturne).

Le diagnostic est avant tout clinique : inspection détaillée de l'appareil uro-génital, du rachis et de l'appareil locomoteur, examen neurologique, recherche d'une constipation terminale très fréquemment associée.

La réalisation d'un calendrier mictionnel est une première étape essentielle et souvent suffisante dans les cas d'immaturation vésicale et d'énurésie primaire isolée. Dans toutes les autres situations ou lorsque les troubles résistent aux traitements proposés des explorations paracliniques sont nécessaires. On peut proposer une débitmétrie mictionnelle plus ou moins couplée à un examen EMG du périnée par électrodes collées, une échographie rénale et des voies urinaires. Lorsque des infections urinaires, surtout hautes sont associées, il faut rechercher une uropathie sous-jacente par une cystographie rétrograde (reflux vésico-urétéral, valves de l'urètre postérieur, implantation ectopique d'un urètre...). Le bilan urodynamique, examen invasif, est réservé aux vessies neurologiques ou aux formes complexes.

La prise en charge repose sur des règles hygiéno-diététiques : traitement de la constipation, consignes de mictions régulières en bonne position. La prise en charge médicamenteuse ou la rééducation vésico-sphinctérienne par biofeedback de relaxation font partie de l'arsenal thérapeutique à notre disposition.

Pour l'énurésie, plusieurs options thérapeutiques sont possibles : médicamenteuse, les systèmes d'alarme, la naturopathie, l'homéopathie, l'acupuncture.

L'évaluation du trouble mictionnel est essentielle pour une prise en charge adaptée, qui commence par une écoute, indispensable pour corriger les mauvaises habitudes mictionnelles mais également pour ne pas ignorer une situation clinique qui pourrait avoir des répercussions sur le bon fonctionnement des reins.

Prise en charge rééducative des juniors Mme Catherine FAFIN (CHU de Nice)

Introduction : En pédiatrie, les juniors représentent les 12-16 ans ,alors qu'en rééducation périnéale, notre champ d'intervention commence dès le plus jeune âge, même si il se situe préférentiellement aux alentours de 6 ans pour les troubles urinaires les plus fréquents c-à-d les troubles fonctionnels de la vidange vésicale.

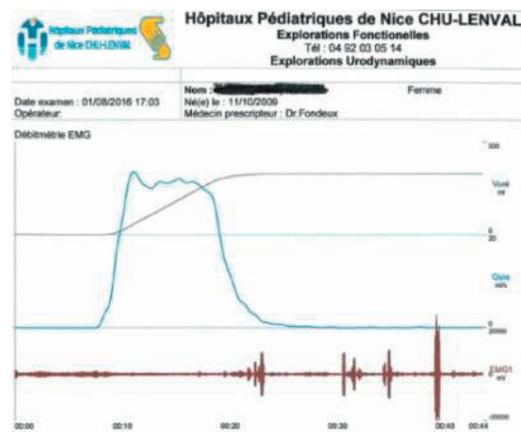
Notre champ d'action est le plus souvent un apprentissage d'une bonne vidange vésicale, rendue difficile à cause d'une dyssynergie vésico-sphinctérienne. Ce trouble est mis en évidence par un bilan associant une miction avec un enregistrement par EMG de surfaces (biofeedback). Ce bilan mictionnel est indispensable pour confirmer le trouble dyssynergique, aider l'enfant dans sa prise de conscience et apporter au médecin des informations complémentaires.

La prise en charge rééducative consiste en un apprentissage du contrôle périnéal, essentiellement axé sur le relâchement, de rappel des règles hygiéno-diététiques et d'une bonne miction.

Les techniques sont variées : massages, travail musculaire, relaxation, travail respiratoire, neurostimulation, éducation thérapeutique.

La rééducation urinaire chez l'enfant se conçoit dans une globalité des dysfonctions émonctoires et est souvent associée à des troubles de défécation qu'il faudra prendre également en charge si besoin.

Conclusion : La rééducation périnéale pédiatrique reste encore trop peu pratiquée, alors qu'elle permet souvent de corriger un trouble dyssynergique et d'éviter des récives d'infections urinaires ou la pérennisation de troubles mictionnels fonctionnels. L'âge de prise en charge pour des exercices actifs dépend essentiellement de la maturité de l'enfant. La prise en charge doit débiter et se terminer par un bilan précis, apportant des éléments objectifs aux prescripteurs.



LES BRÈVES DE LA JOURNÉE DES KINÉS

Le calendrier mictionnel : outil d'évaluation et de
rééducation
Mme Sylvie BILLECOQC (Hôpital Saint Joseph, AP-HP, Paris)

Le calendrier mictionnel (CM) est un outil d'évaluation précisément défini dans la terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire (1).

Trois types de calendrier sont décrits, du plus simple au plus documenté.

Le Catalogue mictionnel niveau 1 (Micturition time chart) comporte le recueil des horaires des mictions jour et nuit sur une période d'au moins 24 heures.

Le Catalogue mictionnel niveau 2 (Frequency volume chart) comporte le recueil des horaires des mictions ainsi que des volumes mictionnels jour et nuit pendant au moins 24 heures.

Le Catalogue mictionnel niveau 3 (Bladder diary) : recueil des horaires des mictions ainsi que des volumes mictionnels jour et nuit, de la fréquence et de l'importance des épisodes d'incontinence, du nombre de protections utilisées, et/ou des épisodes d'urgenterie (1).

Le calendrier mictionnel vient compléter les questionnaires de symptômes validés qui permettent de mesurer la fréquence de survenue d'un symptôme donné, sa sévérité ainsi que son retentissement en terme de gêne ou de qualité de vie (1).

Les données qui en sont directement extraites sont : la fréquence mictionnelle diurne, la nycturie, la fréquence mictionnelle journalière, diurèse des 24H, la polyurie, la diurèse nocturne, le volume mictionnel maximal. Le CM de niveau 3 précise en plus le nombre d'épisode de fuites, le nombre de protections utilisées.

Il est tout à fait possible d'enrichir le recueil en fonction du symptôme que l'on souhaite documenté. Ainsi la phase mictionnelle peut être renseignée de la présence de poussée pré, per ou post mictionnelle, de la qualité du jet, du caractère polyphasique, de la présence de gouttes retardataires ou d'une sensation de vidange incomplète. Un pad test peut documenter les fuites par une mesure objective du volume perdu, tout comme les circonstances de survenue.

Le calendrier mictionnel outil d'évaluation

- Existe t-il un calendrier mictionnel validé ?

En 2012, E. Bright et Al ont construit un catalogue mictionnel comportant une classification des sensations vésicales. L'élaboration du contenu, du format et de la durée s'est faite conjointement avec les patients (27 patients homme et femme, présentant des troubles variés du bas appareil urinaire, IUE, IUU, vessie douloureuse, vessie neurologique)) et les praticiens (30 professionnels de santé provenant de différents corps de métier mais utilisant régulièrement des calendriers mictionnels).

Le but était de développer un catalogue qui répondait aux exigences des équipes médicales et avait un sens pour les patients puis de le valider en utilisant la procédure ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire).

Quatre versions ont été obtenues et testées successivement sur 3 groupes de 100 patients afin qu'émerge une version définitive qui comprend l'heure du lever, du coucher, des mictions, des épisodes d'incontinence et de la prise des boissons, le type de boisson, le volume uriné, la sensation de réplétion vésicale. La sensation est décrite suivant une classification de 0 à 4 avec des définitions différentes du calendrier SR-BD.

Il ne s'agit plus de renseigner les étapes de la progression normale du besoin à l'urgence mais d'intégrer des qualificatifs caractérisant l'urgenterie (0- mictions sans envie Sociale ou précaution, 1-besoin normal sans urgence, 2-urgence qui disparaît et ne conduit pas aux toilettes, 3-urgence qui conduit aux toilettes sans fuite, 4- urgence avec fuite avant d'atteindre les toilettes). Le format papier sur 24H et une durée de 4 jours ont été retenus.

Bright et Al ont testé la validité de leur calendrier en utilisant le protocole de validation psychométrique recommandé par l'ICIQ. 264 patients en attente d'exams urodynamiques ou débimétries ont rempli un calendrier sur 4 jours, les questionnaires ICIQ-MLUTS (Men lower urinary tract symptoms) et ICIQ-FLUTS (Female lower urinary tract symptoms). (3) L'ensemble des tests psychométric de l'ICIQ étant positif, ce CM a été validé comme «*l'ICIQ bladder diary* », il sera implémenté d'une colonne supplémentaire pour renseigner l'utilisation des protections selon les recommandations du comité de l'ICIQ (3).

Dans le cadre d'un protocole de recherche, il est donc recommandé d'utiliser ce CM validé. En pratique clinique, plusieurs CM sont à disposition comme celui de l'AFU et disponible sur le site www.urofrance.org

- Existe-t-il une recommandation sur la durée du recueil ?

La fiabilité d'un CM est fonction du nombre de jours de recueil (4). E. Bright et al considéraient que la durée optimale était de 4 jours (3). Cependant, dans la phase préliminaire, la durée de 3 jours était aussi fiable que 4 jours et améliorait la compliance des patients (3). Naemova et al (4) ont aussi retrouvé une fiabilité en utilisant le SR-BD (sensation related bladder diary) de Waetcher et al (5) sur 3 jours.

En pratique clinique, une durée de 2 jours est suffisante pour évaluer des troubles mictionnels en tenant compte du fait que plus la durée augmente plus l'acceptabilité diminue (6).

Pour autant 3 jours est la durée qui semblerait faire consensus.

- Existe-t-il des valeurs de référence ?

Chez la femme sans trouble mictionnel, les valeurs normales établies sont :

230 à 250 ml pour le volume mictionnel moyen, une fréquence mictionnelle moyenne de 5,7 à 7,3 et une diurèse des 24H en moyenne de 1272 ml à 1350ml. (6)

- Dans quel contexte demander un calendrier mictionnel ? (Présentation de cas cliniques).

Les symptômes d'urgenterie sont les symptômes pour lesquels l'évaluation objective par CM est la plus habituelle. Le CM permet de différencier une éventuelle pollakiurie d'une polyurie, une nycturie d'une polyurie nocturne, de connaître la fréquence mictionnelle et donc l'intervalle entre 2 mictions, les volumes et les sensations de réplétion vésicale associées, le contexte (stress, émotionnel,..) favorisant la survenue d'urgenterie avec ou sans fuite.

Dans le suivi post- chirurgie prostatique, le CM avec Pad test devrait être un outil de bilan systématique, il permet d'évaluer l'importance des fuites urinaires et du volume uriné et renseigne la phase mictionnelle permettant de dépister l'apparition d'une dysurie.

Dans la période du péri-partum, le CM peut trouver une indication dans le suivi des rétentions urinaires totale ou partielle du post partum immédiat, il n'y a pas de consensus sur ce point

Dans l'IUE, Le CM permet de différencier les fuites d'effort des fuites par regorgement, suspectées lors de l'interrogatoire par une fréquence mictionnelle insuffisante par rapport au volume des apports hydriques.

Enfin, le CM peut être demandé devant toute discordance entre importance des apports hydriques et fréquence mictionnelle.

En 2011, nous avons souhaité répondre à la question suivante « y-a-t-il un intérêt à demander un calendrier mictionnel de façon systématique lors du BDK en rééducation périnéale uro-gynécologique, quel que soit le motif de la consultation ? Le protocole était le suivant, toutes les patientes se présentant pour rééducation périnéale concernant la sphère uro-gynécologique se voyaient proposer de remplir un catalogue mictionnel de niveau 3 enrichi d'une échelle de sensation de réplétion vésicale. 15 patientes ont rempli un CM sur 3 jours, 10 CM étaient perturbés. Sur les 10 patientes présentant un CM anormal, 7 patientes n'avaient pas conscience de leur comportement mictionnel anormal. Les items de l'anamnèse pour lesquels il y avait un fort pourcentage de calendriers perturbés ont été recherchés. Les items retrouvés significatifs étaient l'incontinence urinaire, la pollakiurie, le postpartum.

Le désagrément occasionné ne peut pas faire du CM un outil systématique du bilan rééducatif, il doit être justifié par l'anamnèse.

Le calendrier mictionnel outil de rééducation : la reprogrammation mictionnelle.

Le CM est l'outil de la reprogrammation mictionnelle dont la définition est la suivante : « Cette technique consiste à éduquer la patiente et à instaurer un protocole de mictions à heures fixes imposées, l'intervalle entre deux mictions étant progressivement ajusté. La reprogrammation mictionnelle a pour but spécifique de corriger de mauvaises habitudes mictionnelles à type de pollakiurie, d'améliorer le contrôle par rapport à une urgenturie, d'allonger l'intervalle entre deux mictions, d'augmenter la capacité vésicale, de réduire les épisodes d'incontinence et de rétablir la confiance de la patiente en son propre contrôle de sa vessie (7).

- Doit-on supprimer les mictions par précaution ?

Les mictions par convenance sont retrouvées chez les sujets sains et ne sont donc pas systématiquement des situations d'évitement des fuites. De Waetcher et al notaient que 19% des mictions avaient eu lieu en l'absence de sensation vésicale et 65% sans envie d'uriner (8).

H. Honjo et Al ont étudié la présence des mictions par convenance dans une population de

310 femmes dont 15,5% présentaient une hyperactivité vésicale. L'HAV était définie par un nombre de miction supérieur ou égal à 8 et un épisode ou plus d'urgenterie par semaine ; Ils ont distingué 4 groupes HAV, HAV avec IUU, groupe normal avec urgence (les femmes présentant des urgenteries mais avec une fréquence mictionnelle < 7), et un groupe normal. Le CM utilisé était le SR-BD avec un grade complémentaire : miction par urgenterie avec fuite urinaire. Parmi les 310 femmes, la prévalence des mictions de grade 0 était de 7,1% et de 21% pour les grades 0 et 1. La prévalence des mictions par convenance au sens large (grade 0 et 1) était plus faible dans le groupe HAV avec IUU que dans le groupe normal, et plus faible de 10% pour le groupe HAV (non significatif). La prévalence est à mettre en relation avec les volumes moyens pour les grades 0 et 1, groupe normal 182,7 ml, groupe HAV 157,7ml ($p < 0,05$ comparé au groupe normal), groupe HAV avec IUU 106,7 ml ($p < 0,01$ comparé au groupe normal). L'incidence diminuait avec l'âge ce qui laisse entrevoir une relation âge-sensibilité. La prévalence des mictions par convenance serait moins importante chez les patientes avec une HAV, les auteurs proposent leur évaluation comme nouveau marqueur dans les dysfonctions urinaires (9).

- La miction par précaution ou 5 bonnes raisons pour aller uriner...

J. Harvey et Al, ont étudié les facteurs clefs à l'origine de la décision d'uriner pour identifier l'importance de la sensation de réplétion dans le processus décisionnel d'uriner chez 25 femmes asymptomatiques. Au fil de 5 sessions, les patientes et l'équipe médicale ont dégagé 5 thèmes majeurs : le rapport au temps (stratégie d'anticipation en fonction du volume bu, du moment de la prochaine miction, miction préventive pour éloigner en temps la suivante), l'anticipation sur la disponibilité géographique de toilettes propres. Ces 2 thèmes sont sans rapport avec la sensation de réplétion contrairement aux 3 suivants : la prévention des risques (aspect sécurité, décision en fonction de la capacité à différer), les habitudes mictionnelles (aspect prédictif et organisationnel autour des activités), la sensation de réplétion. L'introspection sur le degré de remplissage était l'information clef autour de laquelle les stratégies d'anticiper ou différer s'élaboraient. 60% des mictions apparaissaient comme le fruit d'un processus cognitif sur le moment d'uriner dont l'origine était une sensation de réplétion faible à franche (10).

Le processus cognitif serait à l'origine de la miction et le volume de remplissage n'en serait que la résultante finale. Les auteurs concluaient que les CM ne rapporteraient pas directement la sensation vésicale mais le processus qui émanerait de cette information (9).

L'absence de précaution dans un calendrier mictionnel est donc un élément à prendre en compte en rééducation comportementale. L'objectif de la reprogrammation sera de rendre au patient la gouvernance de sa vessie.

- Comment faire préciser la sensation de réplétion vésicale ?

Certains calendriers comportent un échelonnement allant de +, ++, +++ . Cette échelle ne peut servir à estimer le volume mais seulement le degré de remplissage vésical mais le renseignement apporté reste très flou.

P. Dompeyre et Al en utilisant une échelle visuelle analogique pendant la cystomanométrie retrouvaient une progression constante de réplétion vésicale avec une 1^{ère} phase de latence jusqu'à la 1^{ère} sensation puis une 2^{ème} phase de progression linéaire. Il semblait y avoir une bonne corrélation entre les sensations décrites par EVA et par méthode conventionnelle. Les auteurs notaient que la pente de la courbe pourrait représenter un nouveau paramètre dans l'étude de la sensibilité vésicale (11).

Cette hypothèse semble confirmer par Heeringa et Al qui retrouvaient une pente différente entre les volontaires sains et les patients présentant une HAV chez qui elle apparaît plus tôt et croit plus vite (12).

La sensation de réplétion est constante et croissante, en permanence à la disposition d'une introspection pour jauger le niveau de remplissage. Une échelle EVA paraît donc un outil adapté pour évaluer la sensation de réplétion vésicale dans un CM (13).

R. Heeringa et Al ont étudié la corrélation entre l'échelle d'urgenterie du CM SR-BD, l'évaluation de la sensation de réplétion par EVA et le volume mictionnel. Il y avait une bonne corrélation entre l'échelle EVA d'estimation du volume et chaque grade d'urgenterie dans les 2 groupes. Les 2 échelles étaient respectivement bien corrélées au volume, elles apporteraient donc des informations complémentaires. En revanche, une mauvaise corrélation était retrouvée entre volume objectif et estimé dans les 2 groupes. La sensation d'urgence peut apparaître pour des volumes très variables d'un individu à l'autre. La mesure objective du volume est donc indispensable et cela suggère que la relation entre volume et sensation est plus complexe (14).

Le calendrier mictionnel en 2017, quoi de neuf ?

Le format papier est le format classique mais il existe une application sur smartphone, Mictionnary, qui permet de saisir comme événements les envies pressantes, les fuites urinaires, le volume uriné dont l'heure est enregistrée automatiquement, seules l'heure du coucher et du lever doivent être précisées. Une page est destinée à l'analyse des résultats, synthèse, histogrammes comparés des volumes. Cette application est soutenue par l'AFU. Il existe une application pour l'enfant créée par l'ICCS (International Children's Continence society) et l'ESPU (European Society for Paediatric Urology), nommée Drydawn.

Pour diminuer, la charge du patient et du soignant pour l'analyse des données, une équipe coréenne a mis au point un calendrier mictionnel électronique de niveau 2 (Frequency volume chart) comportant le recueil des horaires des mictions ainsi que des volumes mictionnels jour et nuit. Il suffit au patient de saisir les données sur l'écran tactile du boîtier et de le remettre au médecin pour l'analyse des données qui se fait immédiatement par connexion informatique. Ce boîtier a été testé versus un calendrier papier sur une population de 163 patients, hommes et femmes, d'âge moyen 53 ans. Le calendrier électronique semblait apporter un confort au patient et un gain de temps au praticien (15).

Conclusion

Le calendrier mictionnel bien utilisé est un outil d'évaluation des symptômes et de reprogrammation mictionnelle. Il est aussi un outil d'auto-évaluation pour le patient qui peut ainsi objectiver ses progrès et augmenter son adhérence au traitement rééducatif.

Bibliographie

1. Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labbat JJ, et al Terminology of lower urinary tract dysfunction : french adaptation of the terminology of the International Continence Society. *Prog Urol* 2004;14:1103---11
2. Bright E, Cotterill N, Drake M, Abrams P. Developing a validated urinary diary: phase 1. *Neurourol Urodyn* 2012;31:625
3. Bright E, et al. Developing and Validating the International Consultation on Incontinence Questionnaire Bladder Diary. *Eur Urol* (2014)
4. Naoemova I, De Wachter S, Wuyts FL et al: Reliability of the 24---h sensation---related bladder diary in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 955.
5. De Wachter S, Wyndaele JJ. Frequency-volume charts: a tool to evaluate bladder sensation. *Neurourol Urodyn* 2003; 22: 638–42
6. L.Lenormand.Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. *Prog Urol* 2007; 17:1252-126
7. K.Bo,C. Frawley,B. Haylen, Y. abramov, FA. Almeidera, B.Berghmans, M.Bortolini, C.Dumoulin, M.Gomes, D.McClurg, E.Shelly, E.Trabuco, C.Walker, A.Wells. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2016;9999:1-24
8. De Wachter S, Wyndaele JJ. Frequency-volume charts: a tool to evaluate bladder sensation. *Neurourol Urodyn* 2003; 22: 638–42
9. Honjo H, Kawauchi A, Nakao M, Ukimura O, Kitakoji H, Miki T. Impact of convenience void in a bladder diary with urinary perception grade to assess overactive bladder symptoms: a community-based study. *Neurourol Urodyn* 2010;29: 1286–9
10. Harvey J, Finney S, Stewart L,Gillespie J. The relationship between cognition and sensation in determining when and where to void: the concept of cognitive voiding. *BJU Int* 2012;110:1756-61
11. 11 Dompeyre P, Fritel X, Bader G, et al. Bladder sensitivity testing using a visual analogue scale: Comparative cystometric study on women. *Neurourol Urodyn* 2007;26:350–5
12. Heeringa R, van Koevinge GA, Winkens B, et al. Do patients with OAB experience bladder sensations in the same way as healthy volunteers? A focus group investigation. *Neurourol Urodyn* 2012;31:521–5
13. De Wachter SG, Smith P, Tannenbaum C, Van Koevinge G, Drake M, Wyndael JJ, Chapple C. How Should Bladder Sensation Be Measured: ICI-RS 2011. *Neurourol urodyn* 2012;31:370-374
14. Heeringa R, Gommert A, van Koevinge GA, Winkens B, van Kerrebroeck VE, de Wachter SG. Degree of Urge, Perception of Bladder Fullness and Bladder Volume—How are They Related? *J Urol* 2011;186:1352-7
15. T.Lee, S.Oh, H.Song, Y.Lee, W.Park. A new concept of electronic voiding diary : reducing the burden of not only patient but also médical practitioners on voiding diary. *Neurourol urodyn* 2017:36,6:1

Mise au point sur le résidu post mictionnel
Mme Els BAKKER (Bruxelles)

Actualités sur les nouveaux outils de rééducation
Mme Martine LOOBUYCK et Melle Andréa COSTA DOS SANTOS (Paris)

Notre relation au monde est de plus en plus dépendante des nouvelles technologies. Elles alimentent nos rapports à l'espace, aux autres mais aussi à nous même. Ces outils sont omniprésents dans notre quotidien, on les voit partout et de plus en plus au sein de corps médical et paramédical. La kinésithérapie périnéale ne déroge pas à la règle et voit fleurir en son sein tout un arsenal de nouveaux équipements, plus ou moins connectés, plus ou moins fiables et surtout pour certains n'ayant pas fait preuve de leurs efficacités ou de leurs innocuités.

Parmi ces outils il y a ceux qui nécessitent la présence d'un professionnel et ceux qui en sont exempts. En réalité il existe très peu de nouveautés sur les premiers et c'est sur les seconds que se concentre notre attention. Sur le fond il a peu d'évolution, c'est la forme qui se transforme exponentiellement et sans cesse. La forme et le rapport qu'elle introduit entre le praticien et le patient. Le développement du réseau et surtout des connexions entre les êtres humains et les machines, pousse l'électronique à son apogée. Les patients deviennent de plus en plus autonomes via des applications, des systèmes de plus en plus nombreux et précis. Certains diront qu'il s'agit de copies de nos pratiques. Certes mais des copies qui, s'y elles furent imprécises, tendent vers la précision, facilite l'adhérence au traitement rééducatif et son suivi à plus long terme et qui dans un monde qui accélère chaque jour un peu plus, sont synonymes de gain de temps alimentant ainsi une certaine attractivité.

Faire le point c'est y voir plus clair, c'est savoir se positionner vis-à-vis de tous ces outils qui peuplent notre quotidien afin de savoir y positionner le patient. Le débat ne se cantonne finalement plus à une notion de besoin, de bien ou de mal, etc. puisque ces objets font déjà partie de leurs vies, mais à une soif d'informations, de compréhension et de prise en main de toutes ces nouveautés permettant le meilleur accompagnement possible. En bref, s'adapter c'est la clef et la promesse d'une continuité de prise en charge efficace et de qualité.

Actualités sur les traitements de la dysfonction érectile
Dr Sébastien BELEY (Cabinet d'Urologie Paris Opéra, Paris)

La dysfonction érectile (DE) est un motif de consultation fréquent. Son incidence augmente avec l'âge ainsi qu'avec l'association à des co-morbidités connues ou non

Elle peut être aggravée par des facteurs d'entretien liés aux habitudes de vie du patient et à sa psychologie

La survenue d'une DE a un impact négatif sur la qualité de vie des hommes qui en souffrent. La prise en charge de la DE a évolué ces dernières années avec l'apparition de nouvelles molécules mais aussi de nouveaux concepts de prise en charge modifiant ainsi le schéma habituel de prise en charge

Une optimisation du comportement alimentaire et de l'hygiène de vie peut être nécessaire.

Des exercices de renforcement du périnée peuvent avoir un intérêt

Le traitement comprend la recherche et la prise en des co-morbidités et des déficits hormonaux. Enfin la prise en charge sexologique garde sa place dans la prise en charge de la DE psychogène ou aggravée par des troubles sexologiques

Concernant le traitement médicamenteux, il doit être accompagné des explications concernant la DE, sa cause, le type de traitement choisit et son mode d'action

La première ligne de traitement demeure la prise d'inhibiteurs de la phosphodiesterase 5

Le mode d'utilisation de ces molécules et leur galénique a fait l'objet d'avancées récentes

En cas d'échec ou de contre-indication, la prostaglandine E1 peut être utilisée en injection intra caverneuse ou en gel urétral. La chirurgie reste une option en cas d'échec de tous ces traitements ou de préférence du patient

Des concepts plus récents ne font pas encore l'objet de recommandations officielles mais pourront avoir un intérêt dans un futur proche, comme l'utilisation de toxine botulique ou de greffe de cellules souches.

L'utilisation d'ondes de choc de faible intensité, basée sur des concepts éprouvés en médecine vasculaire, semble remporter plus d'intérêt à la faveur d'une modification des protocoles et des appareils. Ce traitement apparaît désormais dans les guidelines européennes. La prise en charge de la DE évolue vers une meilleure adaptation à la situation de chacun des patients. Cette prise en charge implique une bonne connaissance des traitements désormais disponible.

Contact :

COLLOQUIUM-CFU 2017 – 2-8 rue Gaston Rebuffat, 75019 Paris • Tél. : 01 44 64 15 15

Fax : 01 44 64 15 16 • e-mail : cfu@clq-group.com