

APPROCHE THERAPEUTIQUE DES TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS DANS LA SCLEROSE EN PLAQUES

D'un point de vue général les troubles de la vessie neurogène par la sclérose en plaques, peuvent être facilement subdivisés en trois groupes. Il y a d'une part les patients qui n'arrivent pas à retenir les urines (incontinence), ceux qui n'arrivent pas à faire les urines (rétention) et - le groupe le plus important - qui combine les deux troubles et qui présente en même temps de l'incontinence et de la rétention.

Le premier groupe, c.à.d. celui qui présente de l'incontinence mais qui arrive à vider la vessie, est le plus facile à traiter. Ce trouble survient souvent très précocement dans le cours de la maladie et est la conséquence d'une hyperactivité du muscle vésical qui présente des contractions qui ne peuvent être inhibées par la volonté suite à des lésions neurologiques situées dans le cerveau ou dans la moelle épinière. La première chose à faire est l'exclusion de la présence d'infection urinaire qui à elle seule peut très bien donner lieu au même tableau clinique. Cette infection urinaire sera bien sûr traitée en premier lieu. S'il n'y a pas d'infection le traitement d'une vessie hyperactive, qui provoque de l'impériosité avec une incontinence plus ou moins prononcée dépendant du degré de mobilité du patient, est médical. On prescrira des médicaments qui bloquent la spasticité vésicale par voie indirecte ou directe tel la Propanthine[®], l'Antrenyl Duplex[®], l'Urispas[®] et le Ditropan[®], ou qui en plus stimulent l'activité des sphincters comme le Tofranil[®] et le Ludiomil[®]. Les deux derniers médicaments sont sur le marché comme antidépresseurs mais ont une activité très bénéfique et élective sur le fonctionnement vésical. Tous ces médicaments peuvent entraîner une tendance à la constipation par leur action simultanée sur d'autres muscles lisses comme les muscles de l'intestin. D'autres effets secondaires sont la sécheresse de la bouche, à laquelle il peut être remédié par exemple par l'Artisial[®] spray. Si les médicaments s'avèrent non-satisfaisants, une injection de phénol à travers la paroi vésicale dans les nerfs de la vessie peut être effectuée. Ceci se fait sous anesthésie générale et entraîne dans certains cas une paralysie vésicale complète temporaire nécessitant des sondages intermittents (voir plus bas). Finalement chez le patient bien portant une chirurgie pour agrandir la capacité vésicale, peut être proposée: on peut alors augmenter le volume de la vessie en y anastomosant une ou plusieurs anses intestinales.

Le deuxième groupe, c.à.d. celui présentant avec une rétention urinaire est plutôt rare. Ces patients ont une dénervation vésicale, ne sentent pas le besoin d'uriner et ont des capacités vésicales parfois énormes. Les seules mictions qu'ils présentent sont petites et sont en fait des pertes urinaires par régorgement. On n'arrive presque jamais à faire reprendre les mictions normales par des médicaments tel le Muscaran[®] par voie orale. Il est nécessaire d'assurer une vidange vésicale par sondage. Il est préférable de ne pas mettre en place une sonde à demeure d'emblée, même si ce n'est que provisoire ou temporaire. Le risque d'une infection urinaire d'origine hospitalière avec des germes résistants aux antibiotiques courants est trop important. Il vaut mieux faire des sondages intermittents, c.à.d. le patient est sondé au moins 3 à 4 fois par jour, assurant d'une part la vidange de la vessie et évitant d'autre part des infections symptomatiques. Quand la vessie est régulièrement vidée, les éventuels germes présents dans les urines n'auront pas le temps d'attaquer la paroi vésicale et de donner lieu à des cystites. Les sondages intermittents sont très bien tolérés, aussi bien par les hommes que par les femmes. Les patients disposant d'une dextérité manuelle suffisante pourront effectuer ces sondages sur eux-mêmes, dans une toilette conventionnelle, leur permettant de rester indépendant. Alors que ces sondages intermittents effrayent plusieurs patients quand ils sont prescrits, ils constituent certainement le plus grand progrès dans le traitement des vessies neurogènes en général et des vessies neurogènes par la sclérose en plaques en particulier.

Le troisième groupe, présentant à la fois de l'incontinence et de la rétention urinaire est le plus difficile à traiter. Ces patients ont une vessie hyperactive mais lors de la contraction vésicale involontaire, les sphincters se relâchent insuffisamment pour permettre une vidange complète ou présentent des contractions spastiques, laissant le patient avec un résidu urinaire après miction. Ces patients présentent des incontinenances par impériosité, une fréquence mictionnelle très augmentée, et souvent des infections urinaires suite au résidu. En plus ils développent lors des contractions vésicales, de très hautes pressions intravésicales, comme pour surmonter la résistance sphinctérienne, ce qui résulte en une atteinte rénale soit par reflux urinaire allant de la vessie aux reins, soit par pincement des canaux urinaires en provenance du rein dans une paroi vésicale musculaire beaucoup trop développée. Cette disfonction, qui est typique de la sclérose en plaques à partir d'un certain stade, est donc dangereuse puisqu'elle peut mener à une insuffisance rénale progressive. Il est donc très important de reconnaître ce groupe, afin de ne pas uniquement prescrire des médicaments agissant contre l'hyperactivité vésicale (voir groupe 1) qui rendront la situation de rétention encore pire. Le premier traitement à proposer sont les médicaments qui abolissent la spasticité urétrale comme le Minipress[®] et la

Dibenyline[®]. Ces médicaments ont un effet secondaire déplaisant, c.à.d. la tendance à la chute de tension artérielle qui se manifeste par une fatigue générale et du vertige. L'instauration d'un tel traitement se fera très lentement afin de permettre au système vasculaire de s'adapter à cette situation. Dans ce cas le traitement est bien supporté et est très efficace. On voit souvent l'hyperactivité vésicale disparaître une fois que la spasticité urétrale est bien traitée. D'autres médicaments qui provoquent une relaxation des sphincters striés, tel le Valium[®], le Lioresal[®] et le Dantrium[®] peuvent être utiles mais souvent les patients prennent déjà des doses importantes de ces produits et l'augmentation du dosage donne alors lieu à une fatigue générale des muscles squelettiques, interférant avec la physiothérapie et la révalidation souhaitée. C'est pourquoi en cas d'échec du traitement médical, nous aurons souvent recours aux mêmes sondages intermittents associés dans ce cas à des médicaments qui bloquent l'hyperactivité vésicale (voir groupe 1).

Dans les patients sévèrement atteints par la sclérose en plaques, nous devons parfois recourir à la mise en place d'une sonde à demeure dont les soins réguliers devraient pouvoir empêcher l'occurrence de complications telles la formation de calculs. L'infection urinaire est inévitable dans les patients porteurs d'une sonde à demeure et ne doit pas être sujette à un traitement avec antibiotiques s'il n'y a pas de symptômes infectieux. L'application de collecteurs externes en forme de condôme n'est un bon traitement que dans un nombre limité de patients masculins, c.à.d. ceux qui arrivent à vider complètement la vessie: sinon le résidu sera responsable de poussées infectieuses et d'atteinte des voies urinaires hautes.

Les indications pour une dérivation urinaire à la peau avec une anse intestinale (type Bricker) sont devenues rares. Les traitements actuellement disponibles ont réduit la fréquence des opérations selon Bricker depuis que l'on a démontré qu'à la longue les patients font aussi bien avec une sonde à demeure qu'avec un Bricker. Pour nous, la seule indication reste l'incontinence incontrôlable chez le patient en assez bon état général qui présente une atteinte progressive de la fonction rénale.

En traitant les troubles vésicaux causés par la sclérose en plaques on se souviendra que le traitement est purement symptomatique. Puisque la maladie est caractérisée par des exacerbations et des remissions le traitement sera flexible et adapté aux circonstances. Puisque les plaintes urologiques peuvent s'améliorer en même temps que le tableau neurologique général on proposera un traitement conservateur et réversible avant de recourir à des interventions chirurgicales qui elles restent nécessaires que dans un nombre restreint de malades.

Dokter H. Van Poppel,

Urologue au Centre National de la Sclérose en Plaques à Melsbroek.

Chef de Clinique Adjoint du Service d'Urologie des Cliniques Universitaires de la K.U.Leuven.

Prof. Dr. Luc Baert

Chef de Service d'Urologie des Cliniques Universitaires de la K.U.Leuven.

Ligue Belge SEP Communauté française