

Les troubles urinaires et génito-sexuels dans la SEP

Ces troubles demeurent sous-estimés, alors qu'ils existeraient chez 80 % des patients.

La prévalence des troubles génito-sexuels est de 30 à 50 %.

Rarement révélateurs de la maladie, les troubles génito-sexuels surviennent le plus souvent à partir de la dixième année d'évolution.

L'implication des urologues dans la SEP s'est faite progressivement, grâce aux neurologues et aux médecins généralistes, qui ont vu le rôle que les urologues pouvaient jouer dans la prise en charge. L'urologue intervient pour faire le bilan et traiter les troubles génito-urinaires, mais aussi pour expliquer et rassurer les patients, souvent très inquiets, vis-à-vis de la survenue de symptômes nouveaux.

Les troubles urinaires

Ces troubles sont extrêmement polymorphes car la maladie est multifocale.

Il s'agit :

- de troubles dits « **irritatifs** » (60-80 %) : urgences mictionnelles, fréquence des besoins, incontinence.
- de troubles dits « **obstructifs** » (20-40 %) : difficultés à uriner, rétentions urinaires. Ces troubles peuvent parfois être associés.

Le diagnostic repose sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique mais

surtout sur l'examen urodynamique qui détermine :

- des vessies hyperactives (qui se contractent souvent et fort) dans 80 % des cas,
- des dyssynergies vésico-sphinctériennes (manque de coordination entre la vessie et le sphincter) dans 50 % des cas,
- des défauts de compliance (manque d'élasticité de la vessie) qui imposent la réalisation d'une cystoscopie pour ne pas méconnaître un problème vésical (calcul, polype).

Les explorations électrophysiologiques (électromyogramme, test de détection) sont réalisées si la vessie est peu contractile.

La fréquence des troubles augmente avec l'évolution de la maladie et leur gravité est liée au score EDSS (cf : « Le Courrier de la SEP », n° 84 – juillet 2000). Il s'agit surtout de problèmes obstructifs chez l'homme et de problèmes irritatifs chez la femme.

Les complications urinaires sont rares (< 10 %) : calcul rénal ou vésical, reflux vésico-urétéral, pyélonéphrites. Ces complications doivent être dépistées par des échographies de contrôle et des examens bactériologiques de l'urine.

Le traitement médical a deux impératifs :

- Confort et qualité de vie,

- Préservation de l'avenir rénal.

Les moyens utilisés diffèrent en fonction des symptômes :

- **Les symptômes irritatifs** sont traités par des antispasmodiques vésicaux de type anticholinergiques :
 - Oxybutinine / Driptane*, Ditropan*...
 - Toltérodine / Detrusitol*
 - Tropsium / Ceris*

Docteur
A. PEYROTTE
Urologue à Cannes

Si la SEP est connue depuis 1868 (Charcot), les troubles génito-urinaires n'ont été précisés que beaucoup plus tardivement, bien qu'ils majorent le handicap social et/ou psychologique. Heureusement, le pronostic plus favorable de la SEP a mis l'accent sur ces troubles qui ont été bien décrits depuis 1978.

Leur efficacité est de l'ordre de 90 % mais il se produit un « échappement » dans 50 % des cas.

Les effets indésirables, habituels : bouche sèche, constipation, troubles visuels, sont souvent un frein à une bonne observance du traitement.

Ces différents médicaments méritent d'être essayés car il existe une importante susceptibilité individuelle qui se traduit par une efficacité différente en fonction de chaque personne.

Les symptômes obstructifs sont traités par des médicaments relaxant les fibres >

➤ musculaires lisses du col vésical. Ce sont les alpha-bloquants :

▸ Alfuzosine / Xatral*

▸ Tamsulosine / Omix*, Josir*

Leur efficacité sur les symptômes est de 60 % mais l'échappement est de 75 %.

En cas d'échec du traitement médicamenteux et face à une rétention urinaire, une infection chronique ou un important résidu post-mictionnel, on peut avoir recours à la réalisation d'**auto-sondages** ou d'**hétéro-sondages** si la personne est incapable de se sonder elle-même.

On utilise généralement des sondes stériles prélubrifiées qui rendent le sondage confortable (indolore) et sûr (atraumatique).

Il est important d'assurer une diurèse quotidienne de 2 litres pour minimiser le risque infectieux. Enfin, il faut savoir que **la fréquence des sondages est plus importante que le respect de la stérilité** de la manœuvre.

Le port d'une sonde à demeure est une solution de dernier recours.

Le traitement comporte des moyens annexes qui consistent à :

- Traiter les infections urinaires,
- Traiter la constipation,
- Utiliser la Desmopressine (Minirin*) qui diminue la diurèse nocturne afin de réduire les troubles nocturnes.

La rééducation peut faire partie du traitement des troubles urinaires.

Les patients sont parfois amenés à réaliser un calendrier mictionnel qui représente ici une forme de **thérapie comportementale**.

La rééducation conventionnelle fait appel au travail



manuel de renforcement musculaire souvent limité, malheureusement, par le problème de la fatigabilité musculaire des personnes atteintes de SEP.

L'électrostimulation utilise des sondes rectales ou vaginales.

Elle est indiquée dans les hyperactivités vésicales. Elle utilise des courants de basse fréquence (20 Hertz) visant à développer un réflexe d'inhibition des contractions vésicales inopportunes.

Il existe aussi des solutions chirurgicales visant à obtenir un réservoir à basse pression, continent et vidangeable, donc proche d'une vessie normale.

Pour cela, il est possible de :

- favoriser la continence qui permettra l'auto-sondage en luttant contre les hyperpressions vésicales rebelles,
- diminuer les résistances à l'écoulement,
- refaire un réservoir (poche continente, remplacement vésical),
- dériver les urines à la peau par une stomie (Bricker).

L'amélioration de la continence est réalisée par la fixation du col vésical (intervention de Burch) ou par l'interposition de bandelettes autour du col vésical. Ces interventions sont réservées aux femmes qui pourront alors s'auto-sonder sans avoir de fuites entre les sondages.

La mise en place d'un sphincter artificiel est une solution pour les incontinences très sévères de l'homme et de la femme.

La lutte contre l'hyperpression vésicale rebelle passe par le blocage des racines sacrées (S3 principalement) ou par l'agrandissement vésical réalisé à l'aide d'un segment intestinal.

La diminution des résistances à l'écoulement de l'urine est surtout nécessaire chez l'homme ; le principe consiste à bloquer l'activité du sphincter par la section endoscopique (sphinctérotomie endoscopique) ou par la mise en place d'une prothèse cylindrique qui va bloquer le jeu sphinctérien.

Les dérivations urinaires et les remplacements vésicaux sont des **solutions ultimes**, réservées aux cas rebelles aux autres formes de traitement.

Elles regroupent :

- les dérivations urinaires cutanées non continentales (intervention de Bricker) qui nécessitent un appareillage permanent,
- les dérivations urinaires cutanées continentales, où les urines vont être stockées dans un réservoir abdominal, confectionné avec de l'intestin, communiquant avec l'extérieur par une stomie cutanée étanche et cathétérisable (poche de Koch).
- les remplacements vésicaux consistent en la confection d'un réservoir, toujours fabriqué avec de l'intestin, mais qui sera relié au canal urétral, respectant le schéma corporel et permettant des mictions par la voie naturelle (intervention de Camey, Studer).

Troubles sexuels chez l'homme

Ces troubles toucheraient 70 % des hommes.

Ils sont exceptionnellement révélateurs mais majorent le handicap fonctionnel de patients souvent jeunes. D'autre part, ils compromettent la sexualité et la reproduction car ils concernent l'érection et/ou l'éjaculation. Les symptômes le plus souvent allégués sont des troubles érectiles à type d'impuissance ou d'instabilité érectile. Les troubles de l'éjaculation sont plus rares. Ce sont des éjaculations asthéniques, manquant de puissance, des éjaculations précoces ou retardées. Enfin, des per-

turbations de l'orgasme peuvent se rencontrer.

Le bilan diagnostique repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique des patients.

L'enregistrement nocturne des érections (Rigiscan*) aidera en permettant de différencier les troubles de l'érection d'origine psychologique des troubles organiques.

Le bilan électrophysiologique est sensiblement le même que celui réalisé pour l'expertise des troubles urinaires. Le bilan hormonal est réservé aux hommes plus âgés ou s'il existe une libido diminuée.

Le traitement des problèmes érectiles a été révolutionné par l'avènement des drogues érectogènes comme le Sildenafil : Viagra*, les injections intra-caverneuses de prostaglandines E1 : Edex*, Caverject*.

L'utilisation de pompes d'érection (Vacuum*) est rare dans notre pays ; il s'agit pourtant d'un moyen non médicamenteux d'obtenir une érection, très utilisé outre-Atlantique.

Les prothèses péniennes demeurent des solutions de dernier recours.

Le traitement des problèmes éjaculatoires est complexe. Il convient tout d'abord d'arrêter les médicaments pouvant entraîner une éjaculation rétrograde (alpha-bloquants). Les techniques d'électro-éjaculation ne sont utilisées que pour obtenir du sperme dans un but de procréation (insémination, fécondation in vitro).

Troubles sexuels chez la femme

Ces troubles qui atteignent des femmes jeunes, en âge de procréer ont été peu étudiés.

Ils concerneraient 45 % des femmes atteintes de sclérose en plaques. Ils sont plus fréquents si le début de la maladie est tardif et sont associés à des troubles urinaires dans 30 % des cas.

Ils sont très mal vécus car ils altèrent l'image de la féminité et la vie de couple ; ils sont de prise en charge difficile.

Les symptômes sont une diminution de la libido, une perte de la sensibilité vaginale, une diminution de la lubrification vaginale et des troubles sensitivo-moteurs du périnée.

Tous ces maux aboutissent à une diminution de l'orgasme, voire à une dyspareunie (douleur pendant les rapports sexuels) et concourent à une réduction de l'activité sexuelle.

La prise en charge consiste à supprimer les épines irritatives (infection urinaire, constipation...). Les problèmes de lubrification sont prévenus par l'application d'une crème (Sensilube*) qui peut être utilisée par les deux partenaires.

Les problèmes de douleur peuvent être améliorés par l'utilisation d'anesthésiques locaux, d'antalgiques divers et souvent d'antidépresseurs. Encore insuffisamment dépistés, les troubles génito-urinaires dans la sclérose en plaques bénéficient des avancées diagnostiques et thérapeutiques neurologiques ou urologiques.

Les patients ne doivent plus les vivre comme une fatalité mais s'en ouvrir à leur médecin, neurologue ou urologue. La prise en charge de ces troubles doit permettre un meilleur vécu de la maladie, aussi bien physiquement que psychologiquement. ■

