

Disponible en ligne
29 avril 2009

Orientation actuelle du traitement de la vessie neurologique de l'enfant. Expérience du service MPRF Kassab. Exemple du spina bifida

Current treatment of neurogenic bladder in children. Experience of the Department of Physical and Rehabilitation Medicine, National Institute of Orthopedic Kassab and example of myelomeningocele

I. Miri*, F.Z. Ben Salah, H. Rahali, S. Koubaa, S. Lebib, C. Dziri

Service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, Institut national d'orthopédie MT Kassab, 2010 La Manouba, Tunisie

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Introduction. In children, neurological bladder is a difficult challenge both in terms of diagnosis and treatment. Much progress has been made in the management of this type of bladder. Using the example of the myelomeningocele, we report our experience, emphasizing difficulties encountered during the management of these children and the importance of regular follow-up.

Materials and methods. This study was conducted among children followed by the urodynamics unit of our department. Diagnosis was based on the neurological examination, neuroperineal and the urodynamic assessment. Laboratory test and radiological investigations are performed to assess the upper urinary tract. The management scheme began in hospital.

Results. We chose to study children with spina bifida. The study population concerned 17 children, average age 8.3 years. The diagnosis of neurologic bladder was established early only in three cases. Most of the upper urinary tract had already suffered damage in most of the children. The urodynamic assessment revealed varied profiles, predominately hypertonic bladder with sphincter dyssynergia. Intermittent catheterization was the preferred treatment.

Discussion and conclusion. Neurological bladder can be easily missed in children, particular when there is no motor impairment, raising important problems concerning: (1) diagnosis, (2) follow-up with the risk of damage to the upper tract urinary, (3) long-term management, often implying intermittent catheterization with the risk of poor compliance, (4) as well as the psychological impact and social acceptance. These various elements were found in our study. Of particular importance was the impact of late diagnosis and the problems related to acceptance of proposed treatments. Based on

Résumé

Introduction. La vessie neurologique de l'enfant pose toujours un problème aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique. La prise en charge a connu une avancée considérable. À travers l'exemple du spina bifida, nous rapportons notre expérience dans ce domaine en mettant l'accent sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces enfants et la nécessité d'un suivi régulier.

Matériels et méthodes. C'est une étude réalisée sur des enfants suivis dans l'unité d'urodynamique. Le diagnostic est basé sur l'examen neurologique, neuropérinéal et les explorations urodynamiques. Les explorations biologiques et radiologiques sont réalisées afin d'apprécier le retentissement du haut appareil. La prise en charge est débutée en intrahospitalier.

Résultats. Le choix s'est porté sur l'enfant spina bifida. L'étude porte sur 17 enfants d'âge moyen 8,3 ans. Le diagnostic de neurovessie était précoce seulement dans trois cas. Le retentissement sur le haut appareil a été noté chez la plupart des enfants. Le bilan urodynamique montre des profils variés dominés par les vessies hypertoniques avec dyssynergie vésicosphinctérienne. Le mode mictionnel préférentiel était le sondage intermittent.

Discussion et conclusion. Les vessies neurologiques de l'enfant restent souvent méconnues, en particulier quand elles surviennent en dehors de déficiences locomotrices associées. Elles posent le problème : (1) de diagnostic en rapport avec l'étiologie neurologique, (2) de suivi en rapport avec le risque de retentissement sur le haut appareil, (3) de prise en charge avec souvent mauvaise acceptation des sondages intermittents, (4) de retentissement psychologique et d'acceptation sociale. Ces différents éléments ont été retrouvés dans notre étude, notamment le retard diagnostique avec

* Auteur correspondant.
e-mail : imen.miri@voila.fr (I. Miri).

our experience, we emphasize the importance of a complete physical examination with, if necessary, complementary investigations such as an urodynamic assessment, for all children presenting miction disorders.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Neurogenic bladder, Spinal dysraphism, Child, Intermittent catheterization

Introduction

La prise en charge d'un enfant porteur d'un dysfonctionnement vésicosphinctérien neurologique n'est plus seulement ponctuelle, traitant les problèmes lorsqu'ils se présentent, mais prospective, s'attachant à définir des facteurs pronostiques afin d'anticiper l'évolution naturelle toujours péjorative et proposer des thérapeutiques adaptées. C'est l'orientation actuelle de notre pratique en MPRF. La prise en charge a connu un essor, notamment avec le développement des thérapeutiques pharmacologiques, rééducatives ainsi que la prise en considération de la dimension psychologique et du souci de la qualité de vie, à la fois de l'enfant et de sa famille. Toutefois, on se heurte à de nombreuses difficultés aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique. Dans notre article, le choix s'est porté sur la vessie du spina bifida pour illustrer nos propos.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée sur l'année 2006 dans l'unité d'urodynamique du service MPRF de l'INOMK d'orthopédie à Tunis. Ont été retenus les enfants qui consultent de façon régulière pour vessie neurologique sur myéloméningocèle, les enfants avec dysraphisme spinal confirmé et ceux avec agénésie sacrée. La limite d'âge supérieure retenue est celle de 18 ans.

Le bilan d'évaluation proposé comporte plusieurs temps. L'examen clinique repose sur un interrogatoire soigneux et un examen clinique complet à la recherche notamment de signes cutanés, examen neurologique, neuro-orthopédique avec une attention particulière pour le rachis et les pieds, et neuropérinéal avec calendrier mictionnel. Sur le plan paraclinique, un bilan biologique étudie la fonction rénale avec dosage de l'urée, créatinine et clearance de la créatinine. Ce bilan comporte également un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) à la fois pour juger l'équilibre vésicosphinctérien, mais aussi obligatoire avant l'exploration urodynamique. Le bilan morphologique comporte une échographie

toutes ses conséquences et les problèmes d'adhésion aux différents traitements proposés. On insiste sur la nécessité d'un examen clinique complet associé au besoin aux explorations, notamment urodynamique devant tout trouble mictionnel de l'enfant.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Vessie neurologique, Dysraphisme spinal, Enfant, Cathétérisme intermittent

urinaire et une cystographie rétrograde. Le bilan urodynamique consiste dans un premier temps en une débitmétrie avec recherche d'un résidu postmictionnel si une miction spontanée est possible, puis une cytométrie avec un EMG de surface. Certaines particularités pratiques tiennent compte de l'âge de l'enfant. Le remplissage se fait à 20 ml/s par un cathéter double courant. La profilométrie n'a pas été réalisée lors de cette étude. La pression abdominale est recueillie par un ballonnet intrarectal. On s'aide du MEOPA Kalinox® si l'enfant est trop agité. Les tests de réflectivité du cône médullaire utilisés sont la cystométrie à remplissage rapide. Selon les données de tous ces éléments, la prise en charge rééducative se fait de préférence en intrahospitalier initialement. Le protocole thérapeutique proposé est fonction du type de la vessie. Ainsi, en fonction du tableau clinique et du profil urodynamique, on préconise soit une surveillance clinique et paraclinique, soit un traitement par anticholinergique type oxybutynine (Ditropan®) avec surveillance du résidu postmictionnel, soit un sondage intermittent plus ou moins associé au traitement anticholinergique. L'instauration du sondage intermittent (autosondage propre intermittent/hétérosondage propre intermittent) se fait en intrahospitalier avec une période d'apprentissage soit par l'enfant ou par la mère en moyenne de quatre jours.

Résultats

Dix-sept enfants ont été colligés. L'âge moyen est de 8,3 ans avec des extrêmes allant de 18 mois à 17,7 ans. L'âge moyen à la première consultation en MPRF est de 6,8 ans. Le motif de consultation était pour la prise en charge rééducative des troubles neuro-orthopédiques dans six cas. L'étiologie prédominante est celle du dysraphisme spinal occulte retrouvé chez neuf patients (*tableau I*).

La symptomatologie clinique est dominée par l'incontinence urinaire. Quatorze patients ont une énurésie primaire diurne et nocturne. Ces enfants portent des couches. Deux patients présentent une urgenturie avec parfois fuites urinaires, pollakiurie diurne et nocturne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2702593>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2702593>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)