

Prise en charge des troubles urinaires de la SEP

Guide pratique pour
les équipes de Neurologie



Coloplast

Edito



Les troubles vésico-sphinctériens (TVS) sont quasi inéluctables dans la SEP et retentissent considérablement sur les activités de vie quotidienne et la qualité de vie. Ils peuvent aussi avoir un retentissement organique avec préjudice urologique chez près d'1 patient sur 10 au fil de l'évolution de la maladie, justifiant leur dépistage précoce et leur prise en charge adaptée au long cours. L'intérêt de ce dépistage et de cette prise en charge est d'autant plus marqué que l'on dispose aujourd'hui de **nombreux moyens thérapeutiques efficaces, permettant de supprimer les TVS de la SEP.**

La clef de voute d'une prise en charge optimale des TVS de la SEP repose sur son **aspect multidisciplinaire**. Cette approche multidisciplinaire est aujourd'hui recommandée à l'échelon national comme international, et ses modalités consensuelles sont bien établies.

L'équipe de neurologie y tient une place centrale. C'est grâce à elle que pourront être dépistés précocement des TVS, à l'aide d'outils simples comme l'**interrogatoire dirigé** et le **dépistage de résidu post mictionnel**, recueillis à chaque consultation de suivi. C'est aussi grâce à elle que pourront être mis en place les **traitements symptomatiques de première ligne**. C'est enfin grâce à elle que pourront être **dépistés précocement des drapeaux rouges** permettant une orientation optimale vers le référent de Neuro-Urologie.

L'équipe de Neuro-Urologie (MPR, urologue) en collaboration étroite avec l'équipe de Neurologie apportera son expertise en matière d'explorations complémentaires, d'adaptation du traitement, de choix des options thérapeutiques de seconde et troisième ligne, d'adaptation du mode mictionnel et de prévention et gestion du risque uro-néphrologique.

La complémentarité d'une prise en charge parallèle par l'équipe de Neurologie et l'équipe de Neuro-Urologie des TVS de la SEP est non seulement le garant d'une gestion optimale de leur retentissement fonctionnel et organique, mais aussi une source d'enrichissement pour chacun.

L'objectif de ce livret, destiné aux **médecins référents de neurologie** des patients SEP est de rappeler les **éléments clefs du dépistage, du suivi et de traitement des TVS de la SEP**, afin de faciliter la **mise en œuvre optimale, précoce et coordonnée des mesures de suivi et de prise en charge.**

Dr Marianne de Sèze, MD, PhD,
cabinet de Neuro-Urologie, Pelvipérinéologie et Urodynamique,
clinique Saint Augustin, Bordeaux.

1. Dépister les troubles urinaires (TU) ¹⁻⁵

Rechercher les symptômes urinaires, les complications, les facteurs favorisants ou confondants, la gêne ressentie par le patient.

- ✓ Chez tous les patients
- ✓ À chaque consultation
- ✓ Au moins 1 fois par an
- ✓ Si TU Identifiés

Interrogatoire dirigé

Résidu post-mictionnel (RPM)

ECBU

Échographie vésico-rénale

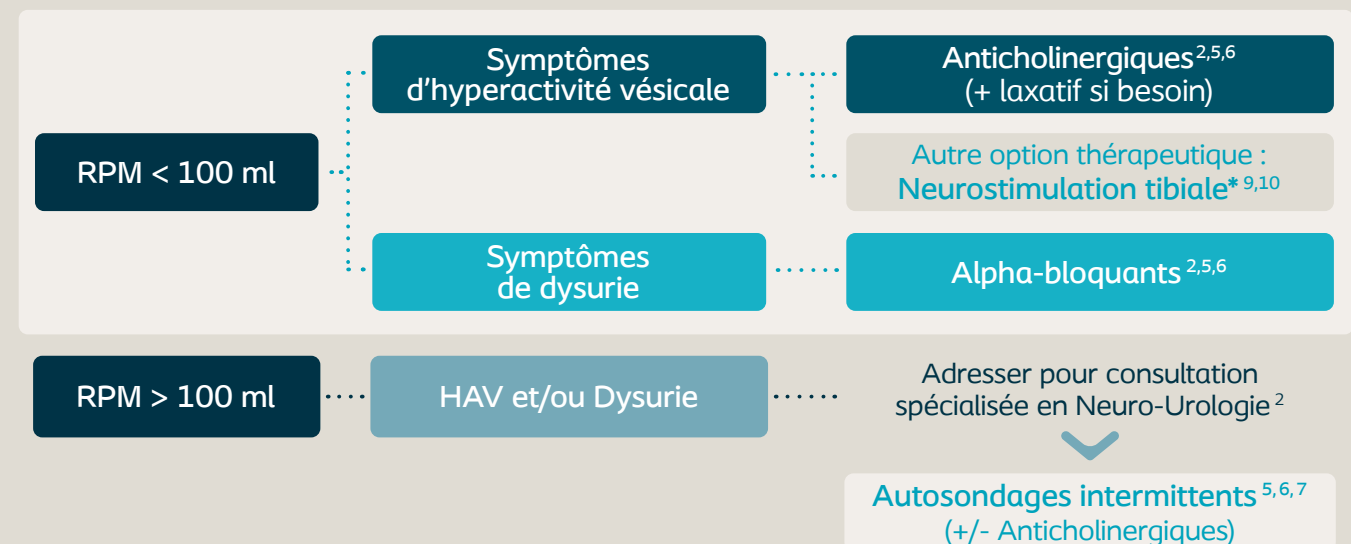
Clairance créatinine

2. Proposer une prise en charge (PEC) ^{3,5}

A. Supprimer les facteurs favorisants éventuels

- ☐ IU symptomatiques ⁵
- ☐ Troubles colorectaux ⁵
- ☐ Apports hydriques inadaptés ⁵

B. Prescrire les traitements de 1^{ère} ligne



3. Suivre

A. Évaluation de l'efficacité

- ☐ Mesure du RPM
- ☐ Questionnaire PGII

B. Évaluation de la tolérance et de l'adhérence

4. Adresser pour avis spécialisé ^{2,3}

- ☐ Douleur lombaire
- ☐ Infections urinaires ≥ à 3 par an
- ☐ Traitement immunosuppresseur
- ☐ EDSS ≥ 6
- ☐ Homme > 55 ans
- ☐ RPM > 100 ml
- ☐ Troubles urinaires mixtes
- ☐ Échec traitement de 1^{ère} ligne

Définitions des ACRONYMES, cf. GLOSSAIRE page 15.

* La neurostimulation tibiale présente un intérêt dans la prise en charge des symptômes d'hyperactivité vésicale, compte-tenu de son efficacité, de sa bonne tolérance et du faible nombre de contre-indications. Peut être proposée seule ou en association avec un anticholinergique.^{9,10}

1. Dépister les troubles urinaires (TU) ¹⁻⁵

Chez tous les patients

A. Interrogatoire dirigé à chaque consultation

Rechercher les symptômes urinaires, les complications, les facteurs favorisants ou confondants, la gêne ressentie par le patient.

Ci-dessous des exemples de questions inspirées de questionnaires validés (USP ¹¹ / SF-Qualiveen ¹²...).

Symptômes d'hyperactivité vésicale (HAV)

- Au cours des derniers mois, avez-vous dû régulièrement vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?
- Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de temps, en moyenne, pouvez-vous vous retenir (5, 10 minutes, moins) ?
- Vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine accompagnant ces urgences ?
- À quelle fréquence allez-vous aux toilettes (toutes les heures, 5 - 6 fois dans la journée) ?
- Au cours d'une nuit classique, vous réveillez-vous plus de 2 fois pour aller uriner ?

NB : Lorsque des fuites sont exprimées, veillez à prendre en considération le handicap physique de votre patient (ex : difficulté à atteindre les toilettes à temps, liée à un problème de mobilité)

Symptômes de dysurie

- Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour débuter votre miction ? Vous arrive-t-il de devoir pousser pour uriner ?
- Avez-vous l'impression de devoir uriner à nouveau peu de temps après avoir uriné (« double miction ») ?
- En général, comment décririez-vous votre jet d'urine (normal, jet faible, goutte à goutte) ?
- Vous arrive-t-il d'avoir la sensation de ne pas avoir complètement vidé votre vessie ?

Symptômes d'incontinence urinaire à l'effort

- Vous arrive-t-il d'avoir des fuites lors d'un effort physique (marche, passage en position debout, sport) ?
- Vous arrive-t-il d'avoir des fuites lorsque vous éternuez ou tousssez ?

Niveau de gêne

- Vos problèmes urinaires vous compliquent-ils la vie ?
- Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous la gêne liée à vos troubles urinaires ?

Complications, facteurs confondants ou favorisants

Infection urinaire (IU) :

- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été traité par des antibiotiques pour une infection urinaire ? Si oui, combien de fois ?
- Est-ce que vos symptômes urinaires ou neurologiques se sont aggravés dernièrement ?

NB : Les infections urinaires sont associées à un risque d'aggravation des symptômes urinaires et à un risque accru d'aggravation transitoire de l'incapacité de l'état neurologique chez les patients SEP. En cas d'aggravation de signes neurologiques ou de troubles urinaires plus importants, il est recommandé de réaliser un ECBU pour vérifier qu'il n'y a pas d'infection urinaire sous-jacente. ¹³

Atteinte du haut appareil urinaire :

- Ces 6 derniers mois, avez-vous eu des douleurs lombaires lorsque vous urinez, avec une sensation de fièvre associée ?

Troubles colorectaux :

- Comment ça se passe au niveau de votre transit intestinal ? Combien de fois par semaine allez-vous à la selle ?
- Avez-vous des difficultés pour retenir les selles ou les gaz ?

Habitudes hygiéno-diététiques inadaptées :

- Au cours d'une journée classique, quelle quantité d'eau buvez-vous (eau, thé, café, soupe) par jour ?

Effets indésirables d'autres traitements :

- En dehors de vos traitements pour la SEP, prenez-vous d'autres traitements de façon chronique ? (ex : antalgiques de palier II et III > Effets indésirables possibles : difficulté à uriner ou rétention urinaire)

b. Examens exploratoires à prescrire ¹⁻⁵

AU MOINS 1 FOIS PAR AN

⋮

Résidu post-mictionnel (RPM)

avec mesure du volume pré-mictionnel pour une interprétation correcte du résultat.

Pour rechercher : rétention urinaire

Remarque : RPM existant si RPM > 1/3 du volume pré-mictionnel ou cut-off 100 ml

⋮

Échographie vésico-rénale

Pour rechercher : calculs urinaires, anomalies du haut-appareil (dilatation pyélocalicielle), anomalie vésicale (vessie de lutte), adénomes

⋮

Clairance créatinine

Pour vérifier : fonctionnement des reins



SI TU IDENTIFIÉS

⋮

ECBU

Pour rechercher : infection urinaire sous-jacente

Cas patients

Symptômes d'HAV



Madame G., 42 ans

Diagnostic d'une SEP rémittente depuis 1 an.
En activité professionnelle (mi-temps),
2 enfants de 7 et 3 ans.

Diagnostic de SEP-R sur poussée sensitive de l'hémicorps gauche résolutive. Il y a 1 an, mise sous immunomodulateur, stabilité charge lésionnelle en IRM.
Pas d'autres traitements en cours.



Exploration des troubles urinaires



Interrogatoire dirigé

- Gêne urinaire exprimée, épisodes d'urgenterie depuis quelques mois : 7 mictions dans la journée parfois impérieuses + 1 lever la nuit
- Pas de fuite
- Pas de dysurie
- Pas d'infection urinaire. Pas de douleur lors des mictions
- Exonération tous les 1 à 2 jours, Bristol 3 sous mesures hygiéno-diététiques simples depuis toujours

Résultats des examens

- Pas d'anomalie à l'échographie, pas de RPM, ECBU normal, clairance créatinine normale

Profil urinaire



- ☒ Symptômes de la phase de remplissage
- ☐ Symptômes de la phase de vidange

Avec facteurs favorisants :

- ☐ ECBU positif
- ☐ RPM > 100ml
- ☐ TCR existant
- ☐ Médicaments
- ☐ Apports hydriques inadaptés

Symptômes de dysurie



Madame D., 36 ans

Diagnostic d'une SEP rémittente depuis 4 ans.
En activité professionnelle, 1 enfant de 6 ans.

Il y a 4 ans névrite optique recto-bulbaire (NORB), hospitalisée en neurologie, diagnostic de SEP posé et traitement par immunomodulateur.
Pas d'autres traitements en cours.



Interrogatoire dirigé

- Pas d'incontinence ni d'infection urinaire pendant la grossesse
- 5 mictions par jour, parfois impérieuses
- Parfois quelques difficultés de déclenchement pour uriner, nécessitant de pousser.
- Pas d'infection urinaire
- Deux selles par semaines, Bristol 1

Résultats des examens

- Pas d'anomalie à l'échographie, RPM = 80 ml avec volume pré-mictionnel de 300 ml, ECBU négatif, clairance créatinine normale.

- ☐ Symptômes de la phase de remplissage
- ☒ Symptômes de la phase de vidange

Avec facteurs favorisants :

- ☐ ECBU positif
- ☐ RPM > 100ml
- ☒ TCR existant
- ☐ Médicaments
- ☐ Apports hydriques inadaptés

Symptômes mixtes



Madame P., 30 ans

Diagnostic d'une SEP rémittente depuis 5 ans, EDSS 3.
Pas d'enfant, en reconversion professionnelle.

Traitement par immunomodulateur.
Pas d'autres traitements en cours.



Interrogatoire dirigé

- Syndrome d'hyperactivité vésicale, sans incontinence urinaire, traité avec bénéfice par anticholinergique pendant 3 ans.
- Constipation opiniâtre depuis quelques mois : 1 selle par semaine, sans traitement
- Infections urinaires à répétition
- 2 mictions par nuit, 7 par jour
- Urgenterie, sans fuite sur urgenterie, difficulté de déclenchement
- Apport hydrique d'environ 1,5 litre

Résultats des examens

- Pas d'anomalie à l'échographie, RPM = 120 ml avec volume pré-mictionnel de 290 ml, ECBU négatif, clairance créatinine normale

- ☒ Symptômes de la phase de remplissage
- ☒ Symptômes de la phase de vidange

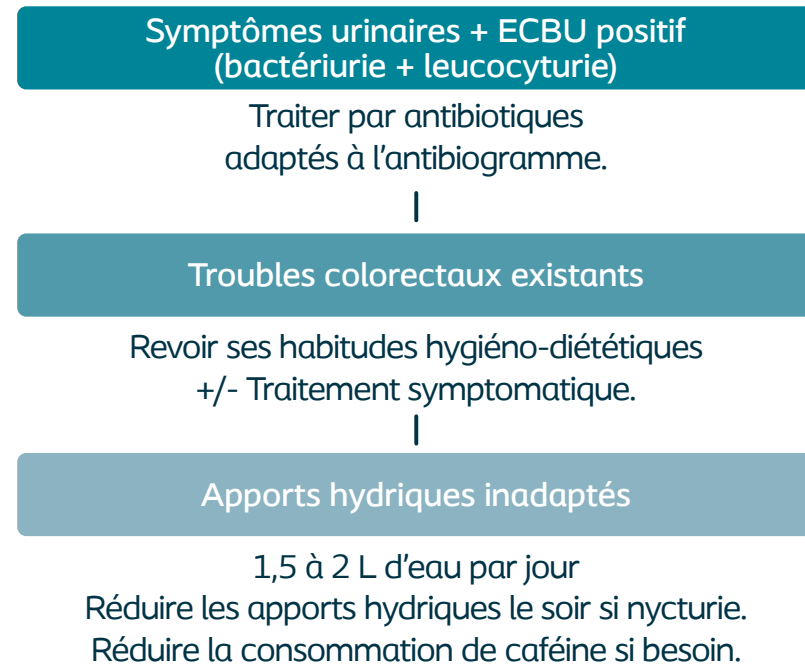
Avec facteurs favorisants :

- ☐ ECBU positif
- ☒ RPM > 100ml
- ☒ TCR existant
- ☐ Médicaments
- ☐ Apports hydriques inadaptés

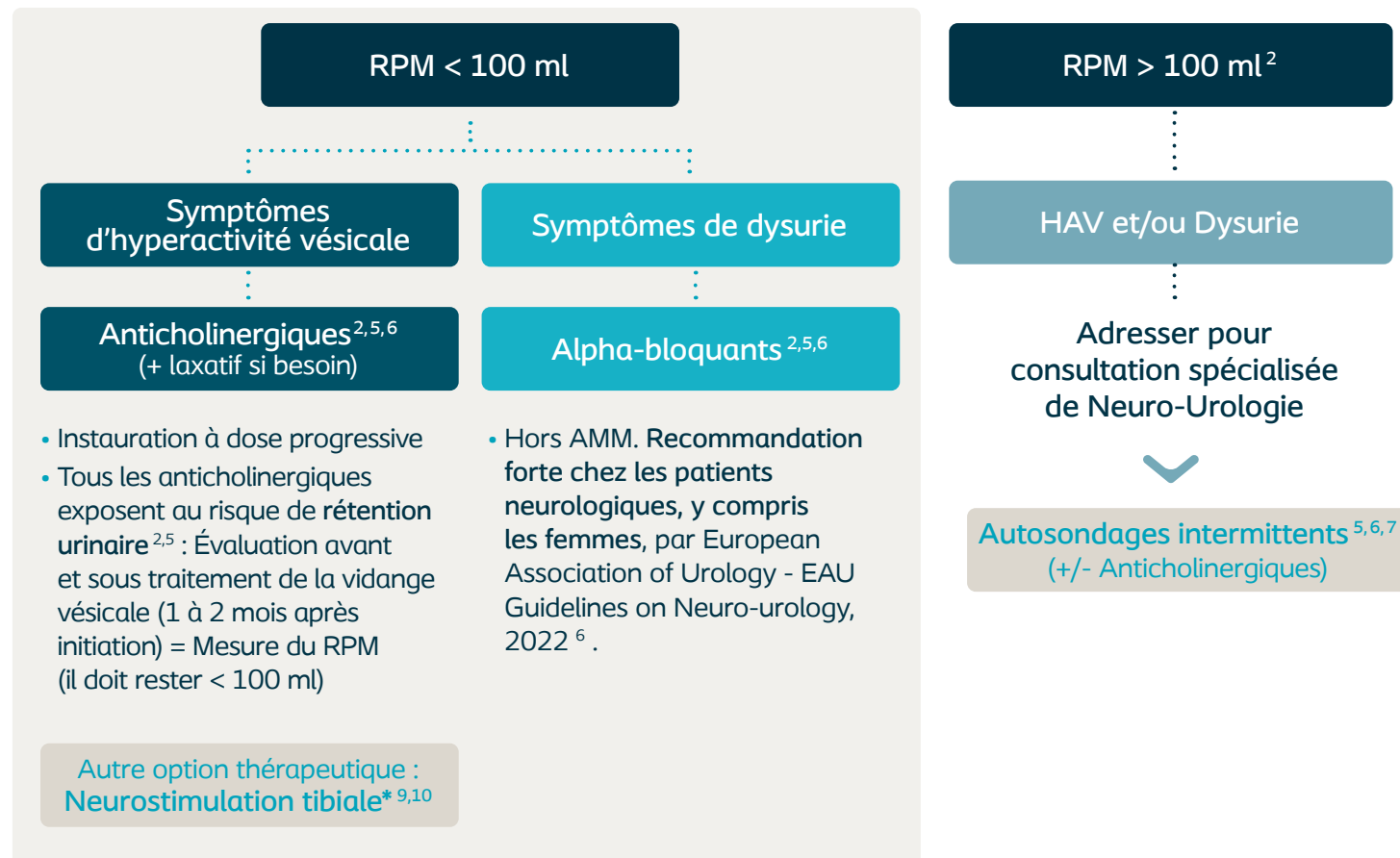
2. Proposer une prise en charge

des troubles urinaires^{3,5,6}

A. Supprimer les facteurs favorisants éventuels⁵



B. Prescrire un traitement de 1^{ère} ligne



3. Réévaluer la prise en charge

des troubles urinaires dans les 3 mois³

A. Évaluation de l'efficacité

- Utilisation du questionnaire PGII⁸

Entourez le chiffre décrivant au mieux comment sont actuellement vos problèmes urinaires, en comparaison à ce qu'ils étaient avant le traitement.



1. Beaucoup mieux
2. Mieux
3. Légèrement mieux
4. Pas de changement
5. Légèrement moins bien
6. Moins bien
7. Beaucoup moins bien

- Si anticholinergique prescrit : Réévaluer le RPM
- Utilisation possible d'un calendrier mictionnel (avant et après mise en place du traitement)

B. Évaluation de la tolérance et l'adhérence au traitement

4. Adresser les patients

pour avis d'experts en Neuro-Urologie^{2,3}

Demander une consultation spécialisée de Neuro-Urologie (MPR, Urologues...) dans les situations suivantes¹ :

- ☐ Douleur lombaire
- ☐ Infections urinaires ≥ à 3 par an
- ☐ Traitement immunosuppresseur
- ☐ EDSS ≥ 6
- ☐ Homme > 55 ans
- ☐ RPM > 100 ml
- ☐ Troubles urinaires mixtes
- ☐ Échec traitement de 1^{ère} ligne

Les anti-cholinergiques

Mécanisme d'action : Inhibition de la contraction du détrusor en bloquant les récepteurs muscariniques
➤ Relâchement du détrusor
Indication : Traitement symptomatique de l'incontinence urinaire par impériosité et/ou de la pollakiurie et de l'impériosité urinaire pouvant s'observer chez les patients souffrant d'hyperactivité vésicale

Molécules	Fesoterodine	Oxybutynine*	Solifénacine	Tolterodine	Trospium
Posologies Instauration à dose progressive avec mesure du RPM	4 mg, 1 fois par jour. Puis augmentation possible à 8 mg. Cp LP de 4 ou 8 mg. D max : 8 mg par jour. Si IR* ou IH* : max 4 mg/jr.	DI : 2,5 mg, 3 fois par jour. Puis augmentation si nécessaire, jusqu'à la dose minimale efficace. Cp de 5 mg sécable. D max : 20 mg par jour répartis en 3 à 4 prises.	5 mg, 1 fois par jour. Puis augmentation possible à 10 mg, 1 fois par jour. Cp de 5 ou 10 mg.	2 mg, 2 fois par jour. Cp de 2 mg. Si IR* ou IH* : 1 mg, 2 fois par jour. Non remboursé.	20 mg, 2 fois par jour. Cp de 20 mg. Si IR* ou IH* : 20 mg, 1 fois par jour ou tous les 2 jours.
Contre-indications Précautions particulières pour les enfants, les femmes enceintes et en cas d'allaitement. Merci de vous référer au RCP du traitement prescrit.	Hypersensibilité aux principes actifs ou aux excipients. Myasthénie. Prédisposition à une constipation grave (mégacôlon toxique, occlusion intestinale, colite ulcéreuse, atonie intestinale, etc.) Dysurie/rétention urinaire (adénome de la prostate...). Ou patients à risque vis-à-vis de ces affections.		Hypersensibilité aux principes actifs ou aux excipients. Myasthénie. Prédisposition à une constipation grave (mégacôlon toxique, occlusion intestinale, colite ulcéreuse, atonie intestinale, etc.) Dysurie/rétention urinaire (adénome de la prostate...). Ou patients à risque vis-à-vis de ces affections.		
	Glaucome à angle fermé non contrôlé par un traitement. Insuffisance hépatique sévère, en association avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4 chez les sujets souffrant d'IH ou IR modérée à sévère.	Glaucome à angle fermé ou chambre peu profonde	Glaucome à angle fermé. Insuffisance hépatique sévère, hémodialyse, en association avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4 chez les sujets souffrant d'IH ou d'IR modérée à sévère.	Glaucome à angle fermé non contrôlé par un traitement.	Glaucome à angle fermé non contrôlé par un traitement. Troubles du rythme cardiaque (tachyarythmie).
Effets indésirables* Très fréquents : plus de 10 % des patients Fréquents : 1 à 10 % des patients	Très fréquent : sécheresse de la bouche. Fréquents : insomnie, maux de tête, sensation vertigineuse, sécheresse oculaire, gorge sèche, douleur abdominale, diarrhées, dyspepsie, constipation, nausées, dysurie.	Très fréquents : constipation, nausées, sécheresse de la bouche, maux de tête, étourdissements, somnolence, peau sèche. Fréquents : diarrhée, vomissements, confusion, bouffée de chaleur, rougeur du visage (plus prononcée chez l'enfant que chez l'adulte), sécheresse oculaire, rétention d'urine.	Très fréquents : sécheresse de la bouche Fréquents : dyspepsie, constipation, nausées, douleurs abdominales, troubles de l'accommodation/vision floue.	Le plus fréquemment : sécheresse de la bouche observée chez environ 35 % des patients traités. Très fréquents : maux de tête. Fréquents : fatigue, douleur thoracique, bronchite, troubles de la vision, œil sec, dyspepsie, constipation, douleur abdominale, flatulence, vomissement, diarrhée, sécheresse de la peau, vertiges, palpitations, étourdissements, somnolence, fourmillement des extrémités, œdème périphérique, prise de poids, rétention urinaire, dysurie.	Très fréquents : sécheresse de la bouche. Fréquents : dyspepsie, constipation, douleurs abdominales, nausées.

Cp : Comprimé, DI : Dose initiale, D max : Dose maximale, IR : Insuffisance rénale, IH : Insuffisance hépatique, LP : Libération prolongée.
Définitions des ACRONYMES, cf. GLOSSAIRE page 15.
Les informations présentes dans le tableau sont issues des résumés des caractéristiques du produit, RCP, de chaque molécule. Base de données publiques des médicaments : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>. Ces données ne sont pas exhaustives et tiennent compte des données disponibles en 2022, en cas de prescriptions, veuillez à vous référer au RCP complet de la molécule prescrite.

* Les événements indésirables sont présents pour toutes les molécules :
1. Importance de classer les molécules en fonction de leur niveau de sélectivité des récepteurs muscariniques M3 situés dans le détrusor. Parmi les anticholinergiques disponibles pour le traitement de l'HAV (cf. tableau ci-dessus), l'oxybutynine est le moins sélectif des récepteurs M3 d'entre eux.¹⁴
2. Importance de classer les molécules en fonction de leur tolérance liée au franchissement ou non de la barrière hématoencéphalique¹⁵. Plusieurs anticholinergiques sont disponibles pour le traitement de l'hyperactivité vésicale : oxybutynine, tolterodine, fesoterodine, darifénacine, trospium chlorure, solifénacine. Parmi toutes ces molécules, le passage de la barrière hémato-encéphalique est le plus important pour l'oxybutynine, moindre pour la solifénacine, la darifénacine et la tolterodine, et le plus bas pour la fesoterodine et le trospium. Les effets secondaires centraux dépendent de la susceptibilité pharmacologique du patient, de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, de l'importance de la dégénérescence neuronale cholinergique, de la charge anticholinergique totale et du statut cognitif.

Les alpha-bloquants

Mécanisme d'action : Bloquent les récepteurs alpha1-adrénergiques du muscle lisse du sphincter interne de l'urètre.
➤ Relaxation du sphincter interne.

Hors AMM. Recommandation forte chez les patients neurologiques, y compris les femmes, par European Association of Urology - EAU Guidelines on Neuro-urology, 2022⁶.

Molécules	Alfuzosine	Doxazosine	Silodosine	Tamsulosine	Terazosine
Posologies	2,5 mg, 3 fois par jour (pendant les repas), ou 10 mg le soir Cp de 2,5 mg ou Cp LP de 10 mg.	4 mg par jour. Si nécessaire, la dose peut être augmentée à 1 comprimé LP à 8 mg par jour. Posologie maximale : 8 mg par jour. Cp LP de 4 ou 8 mg.	8 mg par jour. Gél. de 4 ou 8 mg. Si IR* modérée : Dose initiale = 4 mg.	0,4 mg par jour Cp ou gél. LP de 0,4 mg.	DI* : 1 mg, le soir. Cp de 1 et 5 mg. Se référer au RCP, augmentation progressive jusqu'à 5 mg par jour.
Contre-indications	Hypersensibilité aux principes actifs ou à l'un des excipients.		Hypersensibilité aux principes actifs ou à l'un des excipients.		
	Hypotension orthostatique, insuffisance hépatique, insuffisance rénale sévère (en l'absence d'études), en association l'ombitasvir et le paritaprévir.	Hypotension, antécédent d'hypotension orthostatique, antécédent d'occlusion intestinale ou œsophagique, ou rétrécissement du tube digestif, HBP associée à une rétention au niveau du haut appareil urinaire, une infection urinaire chronique ou une lithiase vésicale.	Non-recommandé : Hypotension orthostatique, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale sévère (Clairance < 30 ml/mn), cancer de la prostate, syndrome de l'iris hypotonique peropératoire (SIHP). Projet d'enfant chez les hommes (cf. Effets indésirables).	Antécédent d'œdème de Quincke lié à la prise de tamsulosine, antécédent d'hypotension orthostatique, insuffisance hépatique sévère, antécédent de syncope mictionnelle.	Hypotension orthostatique.
Effets indésirables*	Fréquents : nausées, douleurs abdominales, sensations vertigineuses, étourdissements, céphalées, malaise, fatigue. Très fréquents : plus de 10 % des patients Fréquents : 1 à 10 % des patients	Fréquents : infection respiratoire, infection urinaire, étourdissements, céphalées, somnolence, vertiges, palpitations, tachycardie, hypotension, hypotension orthostatique, bronchite, toux, dyspnée, rhinite, douleurs abdominales, dyspepsie, sécheresse buccale, nausée, prurit, dorsalgies, myalgies, cystite, incontinence urinaire, asthénie, douleur thoracique, syndrome pseudo-grippal, œdème périphérique.	Très fréquents : troubles de l'éjaculation (baisse de l'émission de sperme). Cet effet est réversible à l'arrêt du traitement. Fréquents : Hypotension orthostatique, congestion nasale, sensations vertigineuses, diarrhées.	Fréquents : étourdissements, troubles de l'éjaculation (dont éjaculation rétrograde, diminution ou absence d'éjaculation).	Hypotension orthostatique, lipothymies, étourdissements, sensations vertigineuses, céphalées, troubles digestifs légers (nausées, diarrhée, constipation), sécheresse buccale, congestion nasale, éruptions cutanées de type allergique.
Interactions médicamenteuses	Associations contre-indiquées : + Ombitasvir et Paritaprévir *. Associations déconseillées : + Alpha bloquants antihypertenseurs (doxazosine, prazosine, urapidil) **. + Inhibiteurs puissants du CYP3A4 *. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi : + Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 - médicament contre la dysérection (sildenafil, tadalafil, vardenafil)***.	Ce médicament peut interagir avec les antihypertenseurs, surtout les autres alphabloquants**, et les inhibiteurs de la PDE-5*** (traitement de la dysérection).	Ce médicament peut interagir avec les antihypertenseurs, surtout les autres alphabloquants**, les inhibiteurs du CYP3A4, les inhibiteurs de la PDE-5*** (traitement de la dysérection).	Ce médicament peut interagir avec les antihypertenseurs, surtout les autres alphabloquants**, les inhibiteurs du CYP3A4*.	Ce médicament peut interagir avec les antihypertenseurs, surtout les alphabloquants** et les autres médicaments ayant un effet hypotenseur (antagonistes du calcium), les inhibiteurs de la PDE-5*** (traitement de la dysérection).

Cp : Comprimé, DI : Dose initiale, D max : Dose maximale, IR : Insuffisance rénale, IH : Insuffisance hépatique, LP : Libération prolongée.
Définitions des ACRONYMES, cf. GLOSSAIRE page 15.

Les informations présentes dans le tableau sont issues des résumés des caractéristiques du produit, RCP, de chaque molécule. Base de données publiques des médicaments : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>. Ces données ne sont pas exhaustives et tiennent compte des données disponibles en déc 2022, en cas de prescription, veuillez à vous référer au RCP complet de la molécule prescrite.

* Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : traitements antiviraux, certains antifongiques, certains antibiotiques de la famille des macrolides (boceprevir, clarithromycine, cobicistat, erythromycine, itraconazole, ketoconazole, nelfinavir, posaconazole, ritonavir, telaprevir, telithromycine, voriconazole) : Risque d'augmentation des concentrations plasmatiques de l'alfuzosine et de ses effets indésirables.

** Alpha bloquants antihypertenseurs (doxazosine, prazosine, urapidil) : Majoration de l'effet hypotenseur. Risque d'hypotension orthostatique sévère.

*** Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 - médicament contre la dysérection (sildenafil, tadalafil, vardenafil) : Risque d'hypotension orthostatique, notamment chez le sujet âgé. Débuter le traitement aux posologies minimales recommandées et adapter les doses progressivement si besoin.

Troubles urinaires & colorectaux

Calendrier mictionnel

Heure	Volume d'urine (mL)	Sensation de besoin					Fuites urinaires (x)	Boissons	
		0	1	2	3	4		Volume (mL)	Type
7h30	400				x				
8h00								30	Café
10h30	150				x				
12h								20	Eau
13h30	200			x					
19h	140					x	x		
22h30								20	Tisane
23h									
2h	x					x	x		

- Permet d'étudier plus précisément « le fonctionnement de la vessie » et de mieux appréhender les causes possibles des troubles urinaires.
- Permet de qualifier plus précisément certains symptômes urinaires :
 - ☐ Pollakiurie
 - ☐ Nycturie
 - ☐ Urgence
 - ☐ Incontinence
- Et d'évaluer certains autres items :
 - ☐ Apports hydriques...

Échelle de Bristol

Type de selles	Description
	1. Selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles).
	2. Selles en forme de billes collées.
	3. Selles en forme de boudin, structure friable.
	4. Selles en forme de boudin, structure douce et lisse.
	5. Selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles).
	6. Selles molles à très molles aux contours imprécis.
	7. Selles aqueuses sans structure (totalement liquides).

- Permet d'objectiver la consistance des selles (aspect et texture).
- Types de selles souhaitables : 3 et 4

1. de Sèze M, Ruffion A, Denys P, Joseph PA, Perrouin-Verbe B; GENULF. The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. Mult Scler 2007; 13:915–928.

2. Amarenco G, Chartier-Kastler E, Denys P, Labat Jean J, de Sèze M and Catherine Lubetzski C. First-line urological evaluation in multiple sclerosis: validation of a specific decision-making algorithm. Multiple Sclerosis Journal 2013; 19(14) 1931–1937.

3. Ghezzi A, Carone R, Del Popolo G and al. Recommendations for the management of urinary disorders in multiple sclerosis: a consensus of the Italian Multiple Sclerosis Study Group. Neurol Sci 2011; 32:1223–1231.

4. de Sèze M. Troubles vésico-sphinctériens de la sclérose en plaques : un impact majeur sur la qualité de vie. Neurologies 2010; 13(125):8-11.

5. Phé V, Chartier-Kastler E, Panicker JN. Management of neurogenic bladder in patients with multiple sclerosis. 2016; 15(5) : 275-288.

6. Blok B (Chair), Castro-Diaz D, Del Popolo G, Groen J, Hamid R, Karsenty G, Kessler T.M, Pannek J (Vice-chair) Guidelines Associates: H. Ecclestone, S. Musco, B. Padilla-Fernández, A. Sartori Guidelines Office: N. Schouten, E.J. Smith. EAU Guidelines on Neuro-Urology 2022. European Association of Urology.

7. Association française d'Urologie (AFU). Fiche d'information patients. Auto-sondage urinaire. Dernière MAJ 2018.

8. Yalcin I, Bump R. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. Am J Obstet Gynecol 2003;189:98-101.

9. San-Chao Xiong. Effectiveness and safety of tibial nerve stimulation versus anticholinergic drugs for the treatment of overactive bladder syndrome: a meta-analysis. Ann Palliat Med 2021;10(6):6287-6296. Le neuromodulation tibiale est aussi efficace que les anticholinergiques pour traiter la vessie hyperactive, avec de meilleures performances sur la diminution des épisodes d'incontinence par impériosité. En outre, la neuromodulation tibiale semble être plus tolérable que les anticholinergiques.

10. Vecchioli-Scaldazza C, Morosetti C. Effectiveness and durability of solifenacin versus percutaneous tibial nerve stimulation versus their combination for the treatment of women with overactive bladder syndrome: a randomized controlled study with a follow-up of ten months. Int Braz J Urol. 2018; 44: 102-8. Tibial nerve stimulation (PTNS) showed a greater effectiveness than Solifenacine (SS), but PTNS + SS was more effective than SS and PTNS. Furthermore, PTNS + SS showed a greater duration of effectiveness than PTNS and SS.

11. Haab F, Richard F, Amarenco G and al. Comprehensive evaluation of bladder and urethral dysfunction symptoms: development and psychometric validation of the Urinary Symptom Profile (USP) questionnaire. Urology 2008; 71(4):646-56.

12. Bonniaud V, Bryant D, Parratte B, Guyatt G. Development and validation of the short form of a urinary quality of life questionnaire: SF-Qualiveen. J Urol 2008;180(6):2592-8.

13. Donzé C, Papeix C, Dinh A, de Sèze M; Even A; Scheiber-Nogueira M.C; Collongues N; Lebrun-Frénay C; Recommandations de la Société française de la sclérose en plaques « infections urinaires et sclérose en plaques » : aspects pratiques. Pratique Neurologique 2020;11(3):196-201.

14. Cameron Anne P. Medical management of neurogenic bladder with oral therapy. Transl Androl Urol 2016;5(1):51-62.

15. Kerdraon J, Robain G, Jeandel C and al. Impact on cognitive function of anticholinergic drugs used for the treatment of overactive bladder in the elderly. Prog Urol. 2014;24(11):672-81.

GLOSSAIRE

Cp : Comprimé, DI : Dose initiale, D max : Dose maximale, EI : Effets indésirables, HAV : Hyperactivité vésicale, HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate, IH : Insuffisance hépatique, IR : Insuffisance rénale, IU : Infection urinaire, PEC : Prise en charge, RPM : Résidu post mictionnel, TCR : Troubles colorectaux, TVS : Troubles vésico-sphinctériens, TU : Troubles urinaires.



Soins des stomies | Continence | Soins des plaies | Urologie interventionnelle

Laboratoires Coloplast, SAS : Société par actions simplifiée
Siège social : 38 rue Roger Salengro - 94120 Fontenay-sous-Bois - France
Capital social : 22 001 980 Euros - RCS CRETEIL : 312 328 362
SIREN : 312 328 362 - CODE NAF (ex APE) : 4646Z - N° TVA Intracommunautaire : FR 18 312 328 362
<https://pro.coloplast.fr> Le logo Coloplast est une marque enregistrée par Coloplast A/S, DK - 3050 Humlebaek.
© Tous droits réservés aux Laboratoires Coloplast - Réf. 2900C - Juin 2024

