

GERER LES TROUBLES INTESTINAUX URINAIRES ET GENITO-SEXUELS DANS LA SEP

Philippe BARDOT et Anne DUVOCELLE,
Institut de Rééducation Fonctionnelle - HYERES,
Et CHU la Timone - MARSEILLE.

Anomalies du comportement vésico-sphinctérien

Dans la SEP, il existe fréquemment un dysfonctionnement vésico-sphinctérien. Cette atteinte, si elle n'est pas une manifestation constante de la maladie, reste sans aucun doute la plus dégradante au sens psychologique du terme.

Les manifestations les plus fréquentes sont l'impériosité mictionnelle (envie brutale, souvent sans pouvoir se retenir), la pollakiurie (uriner très souvent), les fuites, l'impression de mal vider sa vessie, parfois la difficulté à déclencher la miction (malgré la sensation d'urgence).

Le handicap urinaire provient de la « pollakiurie impérieuse », des fuites qui lui sont très souvent associées, l'ensemble conduisant le patient d'une part à organiser sa vie autour de ses mictions, d'autre part à limiter ses boissons pour essayer de diminuer les symptômes. Il est vrai que plus le handicap moteur est important, plus les troubles urinaires seront difficiles à gérer : à fonctionnement vésico-sphinctérien identique, le patient qui marche relativement facilement sera nettement moins handicapé que celui qui ne se déplace qu'en fauteuil roulant et a du mal à faire ses transferts. A cela s'ajoute la difficulté d'accès aux WC dans les lieux publics.

Les infections urinaires, corollaire logique de la difficulté à vider sa vessie, sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme (pour des raisons anatomiques).

Comment expliquer ces symptômes ?

La vessie constitue un réservoir qui se remplit et se vide à intervalles réguliers. La vidange de la vessie se fait par un canal, l'urètre. La notion de séquence vessie pleine / vidange suppose que le rôle du sphincter soit efficace. En mode de fonctionnement normal, et lorsque le sujet est en condition de pouvoir uriner, le sphincter (obéissant à un ordre du cerveau transmis par la moelle épinière) se relâche et la vessie (organe musculaire) se contracte pour se vider. Lorsqu'elle est totalement vide, elle se relâche et le sphincter se recontracte, jusqu'à la phase de miction suivante.

Lorsqu'il existe une atteinte neurologique du cerveau et/ou de la moelle épinière, le dysfonctionnement de l'appareil vésico-sphinctérien est double : d'une part, la vessie se comporte souvent de façon indépendante, sans obéir au cerveau, et se contracte de façon anarchique (ou, cas plus rare, ne se contracte plus), d'autre part le sphincter ne travaille

plus en entente parfaite avec elle et donc ne se relâche pas forcément au bon moment (ou se relâche puis se recontracte aussitôt et ainsi de suite...)

Comment gérer ces troubles ?

S'il est parfois possible, dans certaines conditions et avec des méthodes de rééducation appropriées, d'utiliser certains réflexes périnéaux pour contrôler les contractions anarchiques de la vessie, il est beaucoup plus difficile et même impossible dans la plupart des cas de contrôler la synergie vésico-sphinctérienne, c'est à dire la parfaite entente entre la vessie et le sphincter.

C'est pourquoi dans la majeure partie des cas, le médecin prescrit des **médicaments** bien fréquemment employés en association : destinés soit à essayer de relâcher le sphincter (alpha bloquants comme Josir, Omix, Xatral etc., souvent d'efficacité limitée), soit à relâcher la vessie (anticholinergiques comme Ditropan, Driptane, Urispas , Ceris, Detrusitol etc.), qui augmentent souvent le résidu et donc le risque d'infection urinaire). L'utilisation de ces médicaments doit être réfléchiée et surveillée, au moins les premiers temps de leur utilisation chez un patient.

D'où l'intérêt du **bilan urodynamique et électromyographique** : s'il ne doit pas être systématique, pour la plupart des équipes traitant des patients atteints de SEP avec vessie neurologique, il reste nécessaire pour dépister les vessies « à risque » (dont le fonctionnement peut être un jour dangereux pour les reins) et pour aider au choix des médicaments potentiellement utiles ou de la rééducation.

L'apprentissage des **auto-sondages intermittents** propres est d'une grande utilité pour certaines vessies se vidant mal. Il peut aussi être utile, associé aux anti-cholinergiques dans les vessies hyperactives et dyssynergiques. Cependant il reste d'indication relativement rare dans la SEP en raison des troubles associés (tremblements, mauvaise vue, mauvais contrôle ou mauvaise sensibilité des doigts...) qui le rendent difficile à réaliser.

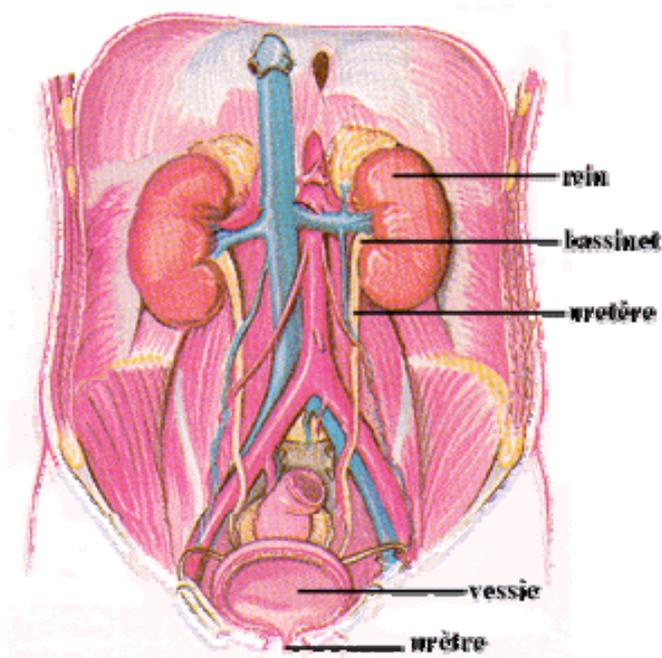
Qu'attendre de l'avenir ?

Depuis quelques années, certaines équipes ont commencé à traiter la dyssynergie vessie-sphincter par des injections de toxine botulique dans le sphincter, entraînant une paralysie transitoire du muscle dans lequel elle est injectée. A condition d'une bonne indication, ce traitement peut être très efficace pour obtenir une bonne vidange de la vessie. Le corollaire en est possiblement l'aggravation transitoire des fuites, si la vessie reste hyperactive. L'hyperactivité de la vessie quant à elle peut être efficacement combattue, en cas d'inefficacité des médicaments, par des injections de toxine botulique directement dans le muscle vésical ou par des lavages de vessie avec de la Capsaicine (traitements en cours d'étude). Ces traitements ne s'adressent toutefois qu'à un nombre très limité de neuro-vessies SEP.

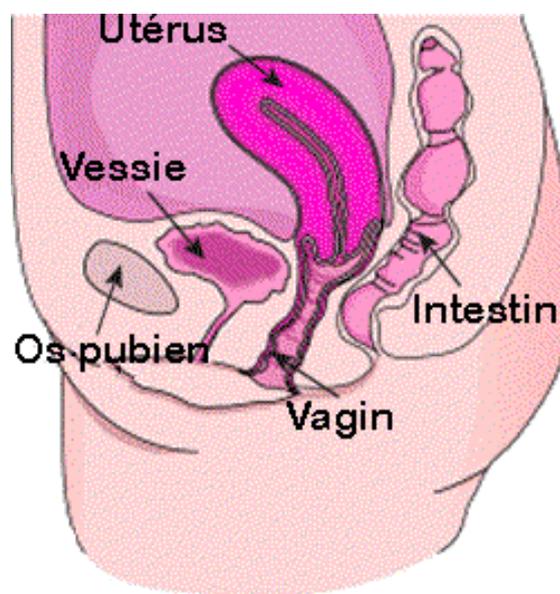
Et les infections urinaires ?

Le premier moyen pour les combattre reste la bonne vidange de la vessie. En effet, si les antibiotiques et les antiseptiques sont efficaces un temps, les microbes ont de fabuleuses capacités d'adaptation et deviennent malheureusement très vite résistants à beaucoup de médicaments.

Restent quelques commandements simples : une bonne hygiène périnéale, la lutte systématique contre la constipation, le dépistage de toutes les « épines irritatives » : ongles incarnés, cors, durillons plantaires retentissent sur le comportement de la vessie, la recherche systématique d'infection urinaire lors de toute modification des symptômes neurologiques et si c'est le cas, son traitement, et bien sûr une bonne hydratation (au moins un litre d'eau par 24H), même si les troubles urinaires paraissent en être majorés.



Chez l'homme



Chez la femme

Anomalies du comportement ano-rectal

Il s'agit le plus souvent d'une constipation, plus ou moins importante, parfois (rarement) associée à des fuites anales.

Lors d'une atteinte neurologique comme dans la SEP, on retrouve un dysfonctionnement tout autant de la région ano-rectale que de la région vésico-sphinctérienne.

La sensation de besoin est éteinte, le fonctionnement rectum-sphincter anal est perturbé, et l'on évolue le plus souvent vers une constipation, plus ou moins importante et opiniâtre. Les fuites anales, lorsqu'elles existent, ne sont le plus souvent qu'une complication secondaire de la constipation.

La prise en charge des troubles ano-rectaux obéit le plus souvent à des règles hygiéno-diététiques : **une bonne hydratation** (on en revient à la nécessité de boire, malgré les troubles urinaires, au moins un litre d'eau par 24h), **un régime si possible assez riche en fibres**, **une hygiène de vie rigoureuse**, en s'obligeant à aller à la selle toutes les 24 ou 48h, au besoin en déclenchant celle-ci par un suppositoire (EDUCTYL par exemple). Des médicaments doivent parfois cependant être prescrits par le médecin (poudres ou gels entraînant une meilleure hydratation des selles et améliorant la qualité du transit).

Il est exceptionnel que les anomalies du fonctionnement ano-rectal nécessitent des examens complémentaires.

Sclérose en Plaques et sexualité

La SEP est une maladie de l'adulte jeune, âge où les déficiences sexuelles posent des problèmes relationnels et procréatifs. Les études concernant la fréquence et la nature des troubles sexuels sont nombreuses chez les hommes mais plutôt rares chez les femmes.

Chez l'homme, ce sont rarement les premiers symptômes de la maladie mais ils affectent plus de la moitié des patients. Souvent temporaires au début, ils deviennent parfois permanents au cours de la progression de la maladie. On retrouve le plus souvent des difficultés d'érection (« dysérection »), une difficulté pour avoir un orgasme, une anéjaculation, plus rarement une éjaculation précoce. Les femmes évoquent une baisse de la libido (l'élan, le désir sexuel), plainte la plus fréquente, une sécheresse vaginale, une frigidity, une baisse des sensations.

Ils sont souvent intriqués ou majorés par les autres manifestations de la maladie : fatigue, spasmes musculaires, tremblements, troubles vésico-sphinctériens ou intestinaux. A cela s'ajoutent des changements psychologiques qui peuvent être majeurs : dépréciation de l'image du corps, dépression, sensation de dépendance, de handicap.

De plus en plus, actuellement, les patients abordent cette question avec leur médecin traitant ou leur neurologue. Une étude réalisée en 1989 montrait que 90% des patients interrogés trouvaient que le médecin devait engager la conversation sur les problèmes de la sexualité et qu'il devait leur donner des conseils. Ils considéraient que c'était un sujet qui n'était jamais abordé par le médecin. Le simple fait de pouvoir en parler peut être thérapeutique en soi, certains troubles pouvant être résolus par de « petits » moyens. Un certain nombre de thérapeutiques, tel que le Viagra, peuvent apporter un effet bénéfique sur ces troubles.