

# Incontinence urinaire d'effort chez le neurologique : consensus Genulf

Pr Pierre DENYS

Hopital Raymond Poincaré

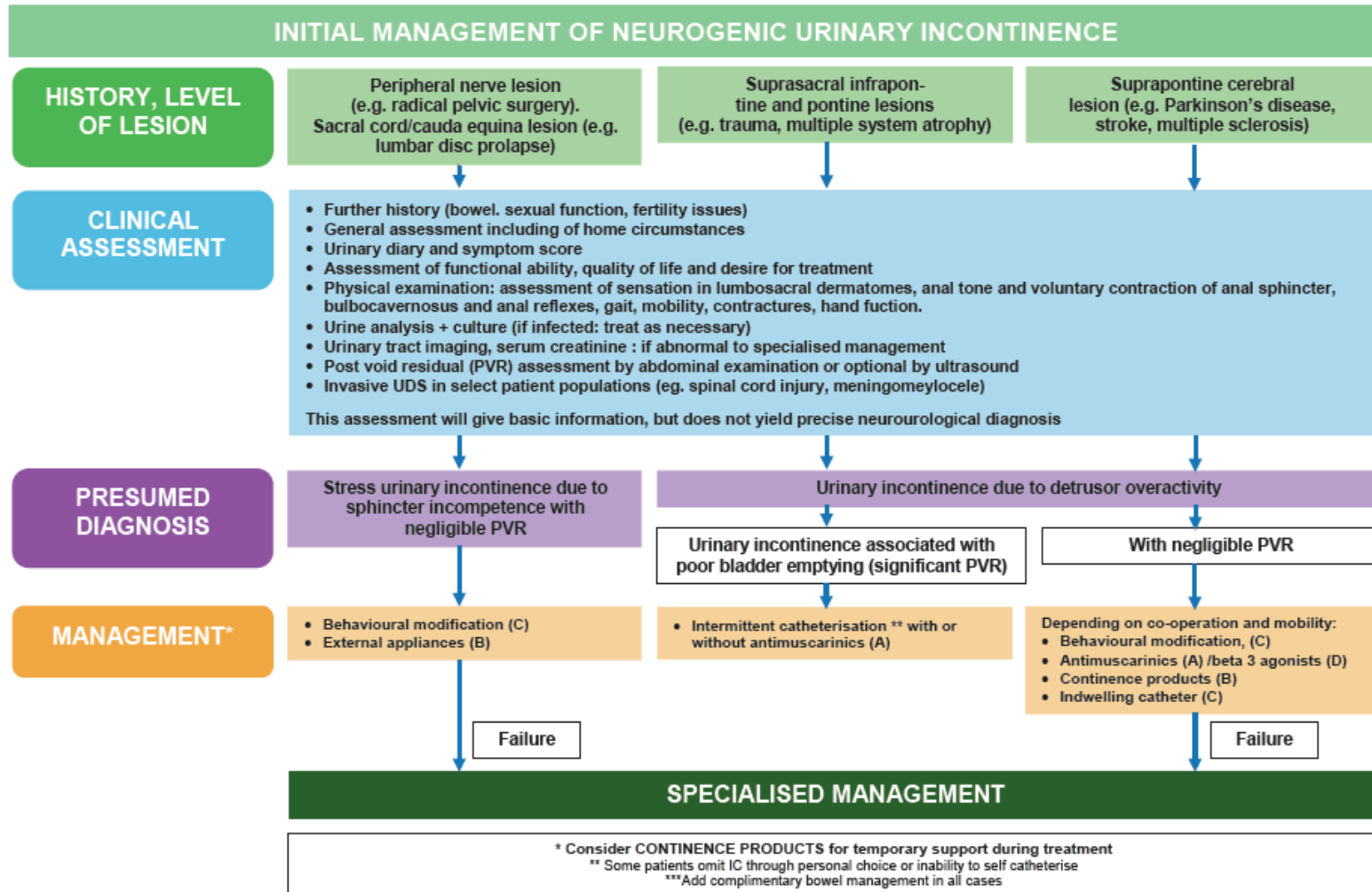
92380 Garches

# Des tableaux cliniques très différents

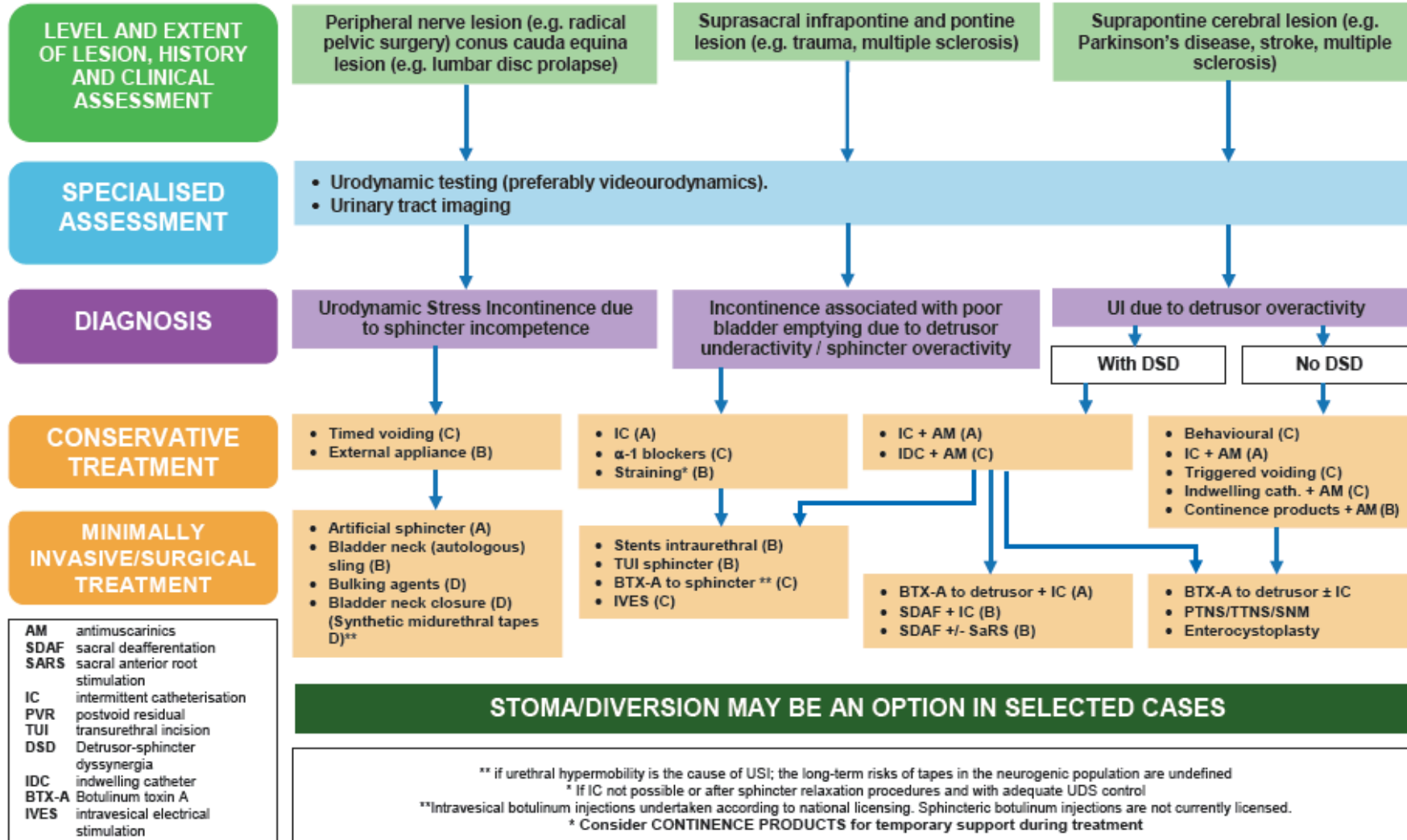
- SEP EDSS 3
  - Femme de 35 ans P2 G2
  - IUE toux éternument
- BM T12 AIS A
  - Fuites vessie pleine aux transferts a l'habillage en particulier penché en avant
- Syndrome de la queue de cheval post chirurgie de HD L5 S1
  - Fuites au cours de la vie quotidienne à l'orthostatisme et au moindre effort
- Patient spina L4 avec hydrocéphalie
  - En couche depuis l'enfance avec 4 AS par jour

# Des associations dysfonctionnelles variées





- Avec ou sans pathologie du réservoir vésical
  - Hyperactivité detrusorienne
  - Trouble de compliance pas toujours facile à individualiser surtout en cas d'IU sévère
- Avec ou sans auto-sondages et la question des mictions par poussée
- Avec ou sans col ouvert
- Par hypermobilité ou par IS
- Avec ou sans sensibilité vésicale ou urétrale
- Incontinence partielle ou totale
- Pathologie uro ou gynécologique associée (prolapsus)



## SPECIALISED MANAGEMENT OF NEUROGENIC URINARY INCONTINENCE



# **An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD)**

Jerzy B. Gajewski<sup>1</sup>  | Brigitte Schurch<sup>2</sup>  | Rizwan Hamid<sup>3</sup> |  
Márcio Averbeck<sup>4</sup>  | Ryuji Sakakibara<sup>5</sup>  | Enrico F. Agrò<sup>6</sup> |  
Tamara Dickinson<sup>7</sup> | Christopher K. Payne<sup>8</sup> | Marcus J. Drake<sup>9</sup> | Bernie T. Haylen<sup>10</sup>

**1.1.4.1. Stress Urinary Incontinence is the complaint of involuntary leakage on effort or exertion, or on sneezing or coughing.<sup>4</sup>**

ET RIEN D'AUTRE DANS LES DÉFINITIONS

Mais aussi

# INCONTINENCE

7<sup>th</sup> Edition 2023

EDITORS

LINDA CARDOZO, ERIC ROVNER,  
ADRIAN WAGG, ALAN WEIN,  
PAUL ABRAMS

e) Incontinence associated with chronic retention of urine: Complaint of involuntary loss of urine which occurs in conditions where the bladder does not empty completely as indicated by a significantly high residual urine volume and/or a non-painful bladder which remains palpable after the individual has passed urine. (Note: The ICS no longer recommends the term overflow incontinence. A significant residual urine volume denotes a minimum volume of 300 ml, although this figure has not been well established.)

- f) Nocturnal enuresis: Complaint of involuntary loss of urine which occurs during sleep.
- g) Continuous (urinary) incontinence: Complaint of continuous involuntary loss of urine.
- h) Insensible (urinary) incontinence: Complaint of urinary incontinence where the individual is unaware of how it occurred
- i) Coital incontinence (for women only): Complaint of involuntary loss of urine with coitus. This symptom can be further divided into that occurring with penetration and that occurring at orgasm

# Comment sont évaluées les chirurgies actuellement

TABLE 3 Used definitions of cure or continence to report on success of surgical interventions for SUI in adult NU patients






Study	Cure/continence	Definition used
Pannek et al <sup>10</sup>	Cure	No pads or continence aids used
Phé et al <sup>11</sup>	Continence	No pad use
Losco et al <sup>12</sup>	Continent status = dry	If patient reported complete correction of SUI + no pads usage
El-Azab et al <sup>13</sup>	Cure	Negative cough stress test + no leakage during physical examination
Costa et al <sup>14</sup>	Fully continent	Patient-reported "fully continent"
Mehnert et al <sup>15</sup>	NR	NR
Groen et al <sup>16</sup>	Cure	Score of 10 on VAS (indicating no incontinence) or using no pads
Athanasopoulos et al <sup>17</sup>	Cure	No leakage per urethra, 0 pads per day.
Chartier Kastler et al <sup>18</sup>	Perfect continence	Dryness at least 4 h between two catheterizations/micturitions
Abdul-Rahman et al <sup>19</sup>	Cure	Completely dry, no pads
Bersch et al <sup>20</sup>	Cure	Subjective cure (no pads or continence aids) + objective cure (continence confirmed during urodynamic investigation)
Ramsay et al <sup>21</sup>	Socially continent	0 or 1 pads/day
Lai et al <sup>22</sup>	NR	NR
Hamid et al <sup>23</sup>	Cure	Cessation of using pads and dry on VCMG
Costa et al <sup>24</sup>	Continence	Patient reporting no leakage and no use of pads
Bennett et al <sup>25</sup>	Cure	Patient reporting no leakage
Nataluk et al <sup>26</sup>	Continent or total continence	Totally dry on postoperative interview

Received: 1 May 2017 | Accepted: 23 June 2017  
DOI: 10.1002/nau.23364

REVIEW ARTICLE

WILEY   

## Heterogeneity in reporting on urinary outcome and cure after surgical interventions for stress urinary incontinence in adult neuro-urological patients: A systematic review

Sarah H.M. Reuvers<sup>1</sup>  | Jan Groen<sup>1</sup> | Jeroen R. Scheepe<sup>1</sup> | Lisette A. 't Hoen<sup>1</sup> | David Castro-Diaz<sup>2</sup> | Bárbara Padilla-Fernández<sup>2</sup>  | Giulio Del Popolo<sup>3</sup> | Stefania Musco<sup>3</sup> | Jürgen Pannek<sup>4</sup>  | Thomas M. Kessler<sup>5</sup>  | Marc P. Schneider<sup>5</sup> | Gilles Karsenty<sup>6</sup>  | Veronique Phé<sup>7</sup> | Rizwan Hamid<sup>8</sup> | Hazel Ecclestone<sup>8</sup> | Bertil F.M. Blok<sup>1</sup>



# La conclusion

We therefore recommend developing a core outcome set for use in UI research with NU patients. It is important that not only medical experts, but also patients and caregivers will be involved in the development of this outcome set, in order to include the various perspectives and also to increase the willingness to implement the outcome set. Until such a set has been developed, we recommend using an objective and a subjective outcome parameter and the combination of both to define cure. Because of the importance of the quality of life, specifically in NU patients, we recommend the use of a disease-specific quality of life questionnaire or a bother questionnaire validated for NU patients such as the (SF-)Qualiveen<sup>33,34</sup> as a subjective outcome parameter. Implementing such questionnaires in

# Y a-t-il un outil diagnostique ? Pour l'IUE chez le neurologue

- Examen clinique comprenant l'interrogatoire
- Place du BUD ??
- Score de symptômes
- Scores de qualité de vie validés comprenant des questions sur l'IUE
- Quel gold standard

# Pour les scores de symptomes

- Dans le NBSS score rien de spécifique sur l'incontinence urinaire d'effort
- Rien dans le Qualiveen
- IQoI spécifique OAB et NDOI rien sur incontinence urinaire d'effort

# Dans le NBSS

**3. Pendant la journée, combien de fois avez-vous des fuites urinaires (comprenant les fuites autour de la sonde ou de la stomie) :**

Plus d'une fois par jour	A peu près une fois par jour	Quelques fois dans la semaine	Rarement	Jamais : je n'ai pas de fuite urinaire
▼ 4	▼ 3	▼ 2	▼ 1	▼ 0

**4. Au cours de la journée, l'importance des fuites urinaires (comprenant les fuites autour de la sonde ou de la stomie) :**

Nécessite 3 protections ou plus	Nécessite 2 protections	Nécessite 1 protection	Est faible et ne nécessite pas de protection	Est nulle: je n'ai pas de fuite urinaire
▼ 4	▼ 3	▼ 2	▼ 1	▼ 0

**5. Au cours de la journée, la plus longue durée pendant laquelle je peux rester au sec, sans aucune fuite urinaire est :**

Moins d'une heure	Entre 1 et 2 heures	Entre 2 et 3 heures	Plus de 3 heures	Je n'ai pas de fuites urinaires
▼ 4	▼ 3	▼ 2	▼ 1	▼ 0

# Du coup plusieurs possibilités de développement

- Questionnaire de sévérité de symptômes mais pour quels patient
  - IUE rarement isolée et extreme variabilité symptomatique et du type d'effort selon l'autonomie du patient
- Algorithme de prise en charge
  - En séparant les patients sous AS des autres et selon le sexe

IUE chez un neuro sous AS

NDO ou trouble  
compliance associée

Pas de NDO ni de trouble  
de compliance

Verifier l'effet du tt NDO et les ASI  
Test a la toxine botulique avant tt  
de l'IUE ???

Si toujours IUE gênante  
considérer tt

Prevenir du risque évolutif de la vessie neuro  
En particulier après chirurgie

Femme  
Rééducation si  
incomplet  
Tt chirurgical  
Bandelette  
aponevrotique ou  
synthétique ???  
Sphincter  
Ballons  
Agents comblants

Homme  
Rééducation si  
incomplet  
Tt chirurgical  
Sphincter  
artificiel

IUE sans autosondages

Considérer le risque  
évolutif neuro

Possibilités d'autosondages

Homme  
Si incomplet Rééducation  
périnéale

Si négatif discuter  
interventions  
Ballons  
Sphincter artificiel

Femme  
Rééducation périnéale  
Si négatif et selon la qualité  
de la contraction vésicale

Bandelettes  
Agents comblants  
Ballons  
Sphincter artificiel

# Quelques éléments à considérer

- La place du bilan urodynamique contrairement à l'IUE isolée idiopathique
- L'importance du tt de l'hyperactivité du detrusor et du trouble de compliance
- L'évolutivité de la maladie neurologique et le risque de passage aux ASI
- L'importance des autosondages et leur risques spécifiques selon les chirurgies



# Quelques possibilités de travaux pour le GENULF

- Collaboratifs sur
  - Les différents tt de l'IUE chez le neuro en particulier sous AS par type de chirurgie en ne mixant pas les modes mictionnels
  - Très peu d'articles sur les différents tt et leur tolérance ou risques sous AS
  - Impact du tt de l'IUE sur le réservoir vésical (très peu de littérature sauf chez l'enfant neurologique sur la modification du réservoir après sphincter artificiel ou chirurgie du col)
  - Impact du bilan urodynamique sur la décision chirurgicale
- Validation par méthode de consensus d'experts de recommandations du tt de l'IUE neurologique