

Hyperactivité vésicale neurologique


Convainquez moi de ...faire un Bricker

E. CHARTIER KASTLER*

Hopital Universitaire Pitié-Salpêtrière, APHP,
Médecine Sorbonne Université

Consultation de neurourologie (Pr. P Denys), H R. Poincaré, Garches, APHP

*emmanuel.chartier-kastler@aphp.fr




**JOURNÉE DE FORMATION
IMPACT EN NEURO-UROLOGIE**

**L'HYPERACTIVITÉ
VÉSICALE
NEUROGÈNE**

LE 15/12/2023 À L'ICM
HÔPITAL DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE - PARIS

INSCRIPTION:
<https://www.helloasso.com/associations/genluf/evenements/impact-2023>



ORGANISATION: GENLUF
GROUPE D'ÉTUDE NEURO-UROLOGIQUE DE LANGUE FRANÇAISE

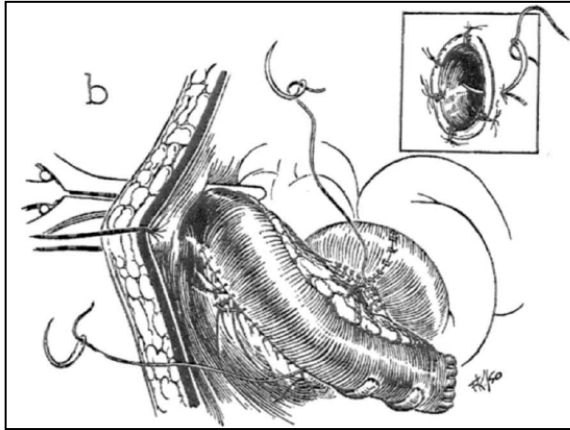


Liens d'intérêt

- Consultant et/ou orateur invité et/ou investigateur
 - Allergan, Coloplast, Boston Scientific, Convatec, BBraun, Wellspect, Uromems, Promedon, TBF, Ipsen



La référence : le « bricker » 1950 et 1956



0022-5347/02/1672-1140/0
THE JOURNAL OF UROLOGY®
Copyright © 2002 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION, Inc.®

Vol. 167, 1140–1145, February 2002
Printed in U.S.A.

Diversion

BLADDER SUBSTITUTION AFTER PELVIC EVISCERATION

EUGENE M. BRICKER, M.D., F.A.C.S.*

(Reprinted with permission from Surg Clin North Am, 30: 1511–1521, 1950)



ASSISTANC
PUBLIQU
f t

Dérivation urinaire non continente au XXI^{ème} Siècle

- Premier type de dérivation des urines
- Place limitée des urétérostomies cutanées
- Conduit iléal (« ileal conduit »):
 - Court, personnalisé à la paroi abdominale du patient
 - Non extrapéritonisé
 - Croisement de l'uretère gauche à droite ou vice versa
 - Anastomoses urétérales termino-latérale directes ou termino-terminale



Définition du Bricker au plan « hydraulique »

- Vidange à basse pression
 - Par le péristaltisme urétéral et digestif
- Vidange continue
 - Pas de stockage
- Contamination continue des urines
 - Non infectieux parce que basse pression et pas de stase
- Non cosmétique !
- Appareillage nécessaire
- Sans retour « prévu »
- Souvent non choisi



Bricker et vessie neurologique

- Deux perspectives :
 - Celle de la pathologie neurologique
 - SEP
 - Traumatisé médullaire
 - Spina bifida
 - Celle du haut appareil à sauver/protéger



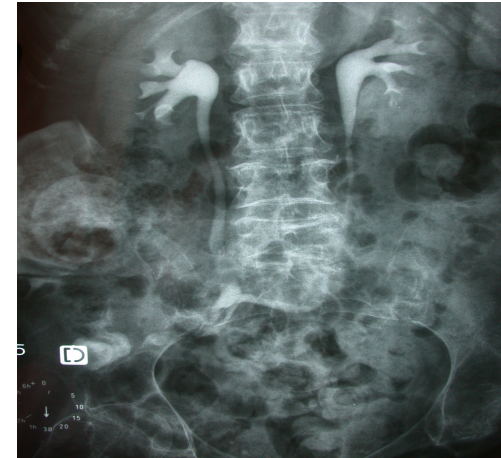
Bricker et neurologique : à qui s'adresse-t-on?

- Traumatisé médullaire
 - Marasme périnéal
 - Incapacité d'autosondage ou non volonté/compliance
 - Détérioration rénale
- Sclérose en plaques
 - Maladie dégénérative
 - Troubles cognitifs
- Spina bifida
 - Troubles cognitifs/compliance au traitement
 - Détérioration rénale
 - Incontinence rebelle



Je veux un Bricker...

- Parce que
 - Mon incontinence/ma rétention résistent à tous autres traitements
 - Je suis dépendant mais pas seulement
 - Mon handicap neurologique progresse et m'annonce une perte d'autonomie urinaire
 - Je me sondais et ne peux plus le faire seul, je ne peux plus me transférer
 - Je veux retrouver une vie sociale propre et sans « odeurs »
 - Je suis insuffisant rénal e ton pourrait me greffer
- Mais je réfléchis parce que
 - Cela n'est pas très cosmétique (conjoint (e) ?
 - Le retour est discutable (possible?)
 - Il y a des risques d'infection...



Le chirurgien urologue : je promeus le Bricker...

- Connaissances académiques
- Expérience multidisciplinaire
- Services adaptés à
 - L'évaluation
 - L'information
 - La réalisation de l'acte
- Technique
 - Place de la chirurgie Robot assistée ?
- Que faire quand l'indication est évidente et nécessaire maisrefusée ?
 - SEP...



Une indication parfois trop tardive

- Pour qui?
 - Le patient : rarement !
 - L'équipe médicale : souvent!
 - Anesthésiste versus (urologue+MPR)
 - La facteur « fonction rénale » : inconnu ou méconnu ?
- « Chez le neurologique »
 - Présumé de possible atteinte du bas appareil urinaire avec SBAU sévères
 - Rétention ingérable
 - Incontinence ingérable
 - Escarre / marasme périnéal



Commentaires

Early reports on the procedure showed high complication rates, especially in children with longer follow-up. These complications related to renal deterioration, and so the use of the procedure was abandoned, especially as simpler techniques of bladder management, such as CIC, were developed.

However, many of these patients had significant renal deterioration preoperatively and further deterioration judged radiologically, and may have been destined to develop progressive renal failure regardless of management

TABLE 5-3 Ileal Conduit Urinary Diversion in NBD

Reference	Number	Age, yr	Fol- low- up, mo	Re- inter- ven- tion	Upper tract deteri- oration	Stomal prob- lems or revis- ion	Stone dis- ease	Ure- ter- in- tes- tinal stric- ture	Para- stomal hernia	Pyo- cystis	Sec- ondary cys- tec- tomy	LOE
Singh <i>et al.</i> ¹³³	93 (NBD: 37)	50	60	25	28/83 [*] 1/4 [†]	4	ns	1	10	48/93	8	3
Kato <i>et al.</i> ¹³⁵	16	45.6	104	ns	0	ns	5	ns	ns	8/13	2/13	3
Chartier- Kastler <i>et al.</i> ¹³⁴	33	40.6	48	4	0	0	1	0	0	4/19	3/19	3
Madersbacher <i>et al.</i> ¹³⁶	131 (NBD: 24)	62	98	ns	35	8	12	13	18	n/a	n/a	3
Guillotreau <i>et al.</i> ¹³⁷	48	50.6	≥6	ns	ns	ns	ns	ns	ns	n/a	n/a	3
Legrand <i>et al.</i> ¹³⁸	53	51	73	11	0	1	4	6	1	2/4	2/4	3
Guillotreau <i>et al.</i> ¹³⁹	44	53.4	44.5	ns	0	0	0	6	ns	n/a	n/a	3
Abdelhalim <i>et al.</i> ¹⁴⁰	29 [†] (NBD: 21)	10	91	6	13	1	3	ns	ns	ns	ns	3
Schultz <i>et al.</i> ¹⁴¹	52 (NBD: 38)	51	12	2	2	0	ns	1	ns	ns	ns	2

* Of those with normal UT preoperative.

† Of those with hydronephrosis preoperative.

‡ 16 with CKD ≥stage 3.

Abbreviations: CKD: chronic kidney disease; Lap: laparoscopic; mo: months; n/a: not applicable; NBD: neurogenic bladder disease; ns: not stated; yr: years.

Captu

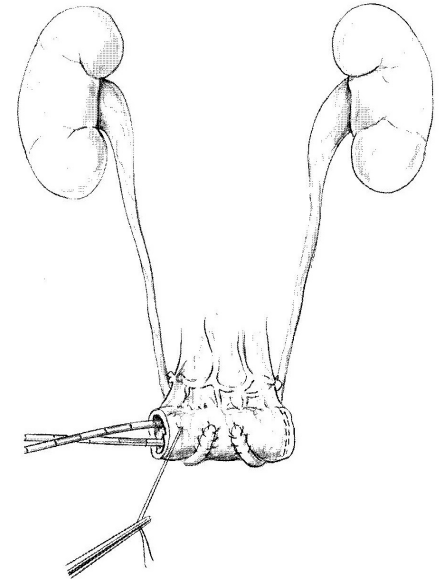
Kose <i>et al.</i> ¹⁴²	75 (NBD: 37)	56	64	17/37	ns	10	ns	6	12	9/53	9/53	3
	Open: 11	48	30.6	1	ns	ns				n/a	n/a	
Debout <i>et al.</i> ¹⁴³	Lap: 14	51.9	48.6	4	ns	ns	6	4	2	n/a	n/a	3
	Robotic: 40	58.6	21.9	2	ns	ns				n/a	n/a	

* Of those with normal UT preoperative.



Je veux un Bricker

- Parce que les recommandations le promeuvent
 - ICUD/SCI
 - AUA
 - EAU



Indications pour une stomie non continente

Blessé médullaire

- Indications
 - Insuffisance rénale chronique (creatinine >150–200 $\mu\text{mol/L}$)
 - Manque de tierces personnes
 - Dysfonction hépatique
 - Fonction digestive compromise
 - Incompétence sphinctérienne ingérable
 - Troubles cognitifs
 - Incapacité ou impossibilité à utiliser l'AS
- Préférence du patient
 - Échec d'une DCC
 - Nécessité de fermer l'urètre
 - Obstruction du bas appareil urinaire ingérable
 - Fistules uréthro-cutanées



Recommandations pour la DNCC chez le TM

- Surgeons may leave the bladder *in situ* during ileal conduit urinary diversion if there is unobstructed urethral drainage and no cancer, and if the patient prefers to leave the bladder *in situ* for reasons such as preserving sexual function. **[GOR C]**
- Surgeons may perform a supratrigonal simple cystectomy to minimize the morbidity of cystectomy at the time of urinary diversion. **[GOR C]**
- Surgeons should avoid ileal conduit in children due to the risk for upper tract deterioration over time. **[GOR B]**
- Surgeons may use ileo-vesicostomy in SCI patients when other forms of urinary diversion are not feasible. **[GOR C]**
- Surgeons should avoid vesicostomy and cutaneous ureterostomy in SCI patients. **[GOR B]**

EAU Guidelines 2022

- Incontinent diversion:
 - If catheterisation is impossible, incontinent diversion with a urine-collecting device is indicated.
 - Ultimately, it could be considered in patients who are wheelchair bound or bed-ridden with intractable and untreatable incontinence, in patients with LUT destruction, when the UUT is severely compromised, and in patients who refuse other therapy [130].
 - An ileal segment is used for the deviation in most cases [130, 381-384].
 - Patients gain better functional status and QoL after surgery [385].
 - Concomitant cystectomy to avoid pyocystitis may be advisable [386].
 - All procedures can be done robotically [387].

EAU Guidelines on Neuro-Urology

B. Blok (Chair), D. Castro-Díaz,
G. Del Popolo, J. Groen, R. Hamid, G. Karsenty, T.M. Kessler,
J. Pannek (Vice-chair)
Guidelines Associates: H. Eccleston, S. Musco,
B. Padilla-Fernández, A. Sartori
Guidelines Office: N. Schouten, E.J. Smith

© European Association of Urology 2022

 European
Association
of Urology



Conclusion : Bricker est il fait trop tard ?

- Avis de l'expert: OUI ...NON...PROVOCATEUR ..
 - OUI car l'indication apparaît souvent clairement et précocément mais mauvaise acceptation du patient
 - OUI car le patient a été mal suivi et le sera toujours
 - OUI car si l'hydronephrose est là elle ne récupère pas
 - OUI car le marasme périnéal ne se rattrape pas

 - NON car c'est toujours un choix du patient en l'absence de complications urgentes vitales
 - NON car c'est un geste définitif et à morbidité propre

 - PROVOCATEUR : NON car il existerait des alternatives....FAUX elles n'existent pas quand l'indication est posée



Conclusion : le « Bricker » en résumé

- Complications long terme souvent subies
 - Information et surveillance +++
 - Les uretères restent très fragiles
 - Eventrations mieux gérées en urologie
 - Pour l'urologue:
 - Savoir faire et contrôler après ablation des sondes urétérales (post-op)
 - Long terme : surveiller la stomie et son rétrécissement,
 - Long terme : ne pas oublier le haut appareil, lithiases
 - Pour le MG
 - Poser les bonnes questions une fois par an et examiner la stomie
 - Fonction rénale +++

