



HAL
open science

Auto-sondages intermittents et rétentions urinaires des syndromes parkinsoniens

Etienne Savard, Arnaud Declémy, Valentin Coindreau, Florence Babany, Camille Chesnel, Audrey Charlanes, Frédérique Le Breton, Gérard Amarenco

► **To cite this version:**

Etienne Savard, Arnaud Declémy, Valentin Coindreau, Florence Babany, Camille Chesnel, et al.. Auto-sondages intermittents et rétentions urinaires des syndromes parkinsoniens. *Progrès en Urologie*, 2018, 28 (17), pp.987-992. 10.1016/j.purol.2017.11.004 . hal-02309525

HAL Id: hal-02309525

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-02309525v1>

Submitted on 9 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Manuscript Number:

Title: Self-intermittent-catheterization and urinary retention in
Parkinson diseases Autosondages intermittents et rétentions urinaires
des syndromes parkinsoniens.

Article Type: Article original

Section/Category: Pelvi-périnéologie

Keywords: Mots clés : « syndromes parkinsoniens », « auto-
sondage », « rétention urinaire »

Key words : Parkinson disease, urinary retention, self-intermittent-
catheterization

Corresponding Author: Dr. Etienne SAVARD,

Corresponding Author's Institution: APHP

First Author: Etienne SAVARD

Order of Authors: Etienne SAVARD; Arnaud Declémy; Florence Babany;
Valentin Coindreau; Audrey Charlanes, MD; Camille Chesnel, MD; Frédérique
Le Breton; Gérard Amarenco, PhD

Abstract: Abstract

Introduction : Lower urinary tract symptoms are common in Parkinson
diseases, especially chronic urinary retention. In case of significant
and symptomatic post void residual, a specific treatment is necessary in
order to empty the bladder and nowadays the gold standard of a such
neurogenic bladder is based on self-intermittent-catheterizations if
possible at all. We carried out a retrospective study about feasibility
and outcomes of self-intermittent-catheterizations in this population.
Methods : Retrospective study with qualitative and quantitative, clinical
and instrumental (urodynamic) assessment, of lower urinary tract symptoms
as urinary retention in extrapyramidal syndromes.

Results : 42 patients with parkinsonian syndrome performing self-
intermittent-catheterization were assessed. Twenty-one had idiopathic
Parkinson's Disease, 17 Multiple System Atrophy, 1 vascular Parkinson, 1
iatrogenic Parkinson and 2 not yet determined parkinsonian syndromes. All
the patients had urinary retention characterized by a post-voiding
residual volume more than 150 ml. All the patients were symptomatic and
reported voiding dysfunction (30/42), overactive bladder syndrome
(20/42), stress urinary incontinence (6/42). The cystometry showed
detrusor overactivity (15/42), bladder-sphincter dyssynergia (15/42),
detrusor underactivity (14/42), sphincter deficiency (4/42) or bladder
compliance alteration (3/42). Each patient have learned and well
controlled self-intermittent-catheterization technique. Fourteen (33%)
stopped self-intermittent-catheterization prematurely in the following
months because of functional impact of neurological worsening.

Conclusion : Even if one third of the patients had stopped self-intermittent-catheterization because of neurological deterioration, this technique remains the gold standard for the treatment of urinary chronic retention in parkinsonian patients.

Key words : Parkinson disease, urinary retention, self-intermittent-catheterization

Résumé

Introduction : Les troubles vésico-sphinctériens sont fréquents dans les syndromes parkinsoniens, notamment la rétention urinaire chronique. En cas de résidu significatif et symptomatique se pose le problème de son traitement qui se résume le plus souvent à la faisabilité ou non de la pratique des auto-sondages intermittents. Nous avons conduit une étude rétrospective sur la faisabilité et les résultats des auto-sondages dans cette population.

Méthodes : Étude rétrospective avec analyse qualitative et quantitative, clinique et instrumentale (urodynamique), des troubles vésico-sphinctériens à type de rétention au cours des syndromes extrapyramidaux.

Résultats : 42 patients avec syndrome parkinsonien et réalisant des auto-sondages intermittents ont été examinés. Vingt-et-un étaient atteints d'une maladie de Parkinson idiopathique, 17 d'une atrophie multi-systématisée, 1 d'un syndrome parkinsonien d'origine vasculaire, 1 d'un syndrome parkinsonien d'origine iatrogène et 2 d'un syndrome extrapyramidal non étiqueté. Tous avaient une rétention d'urine définie par un résidu post-mictionnel supérieur ou égal à cent cinquante millilitres. Tous étaient symptomatiques et les symptômes rapportés étaient une dysurie (30/42), une hyperactivité vésicale (20/42) et une incontinence urinaire d'effort (6/42). La cystomanométrie mettait en évidence une hyperactivité détrusorienne (15/42), une dyssynergie vésico-sphinctérienne (15/42), une hypo-contraction détrusorienne (14/42), une incompétence sphinctérienne (4/42) ou un défaut de compliance (3/42).

Tous les patients maîtrisaient la technique des auto-sondages intermittents. Quatorze (33%) ont arrêté l'auto-sondage précocement dans les mois qui suivaient l'apprentissage en raison du retentissement fonctionnel de la dégradation neurologique.

Conclusion : Même si un tiers des patients abandonnent la réalisation des auto-sondages en raison de l'aggravation de la maladie neurologique, ces derniers restent la méthode de choix du traitement symptomatique de la rétention chronique du patient parkinsonien.

Mots clés : « syndromes parkinsoniens », « auto-sondage », « rétention urinaire »

Suggested Reviewers:

Auto-sondages intermittents et rétentions urinaires des syndromes parkinsoniens

Self-intermittent-catheterization and urinary retentions in parkinsonian syndromes

**E. Savard^(1,2), A. Declémy^(1,2), V. Coindreau^(1,2), F. Babany^(1,2), C. Chesnel^(1,2), A. Charlanes^(1,2),
F. Le Breton^(1,2), G. Amarenco^(1,2)**

1. GREEN GRC-01 UPMC (Groupe de Recherche Clinique en Neuro-Urologie), Sorbonne Universités, Paris, France

2. Service de Neuro-Urologie, Hôpital Tenon, APHP, Paris, France

Auteur correspondant :

Etienne SAVARD

Service de Neuro-Urologie

Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris France

etienne.savard@aphp.fr

Auto-sondages intermittents et rétentions urinaires des syndromes parkinsoniens

Résumé

Introduction : Les troubles vésico-sphinctériens sont fréquents dans les syndromes parkinsoniens, notamment la rétention urinaire chronique. En cas de résidu significatif et symptomatique se pose le problème de son traitement qui se résume le plus souvent à la faisabilité ou non de la pratique des auto-sondages intermittents. Nous avons conduit une étude rétrospective sur la faisabilité et les résultats des auto-sondages dans cette population.

Méthodes : Étude rétrospective avec analyse qualitative et quantitative, clinique et instrumentale (urodynamique), des troubles vésico-sphinctériens à type de rétention au cours des syndromes extrapyramidaux.

Résultats : 42 patients avec syndrome parkinsonien et réalisant des auto-sondages intermittents ont été examinés. Vingt-et-un étaient atteints d'une maladie de Parkinson idiopathique, 17 d'une atrophie multi-systématisée, 1 d'un syndrome parkinsonien d'origine vasculaire, 1 d'un syndrome parkinsonien d'origine iatrogène et 2 d'un syndrome extrapyramidal non étiqueté. Tous avaient une rétention d'urine définie par un résidu post-mictionnel supérieur ou égal à cent cinquante millilitres. Tous étaient symptomatiques et les symptômes rapportés étaient une dysurie (30/42), une hyperactivité vésicale (20/42) et une incontinence urinaire d'effort (6/42). La cystomanométrie mettait en évidence une hyperactivité détrusorienne (15/42), une dyssynergie vésico-sphinctérienne (15/42), une hypo-contraction détrusorienne (14/42), une incompétence sphinctérienne (4/42) ou un défaut de compliance (3/42). Tous les patients maîtrisaient la technique des auto-sondages intermittents. Quatorze (33%) ont arrêté l'auto-sondage précocement dans les mois qui suivaient l'apprentissage en raison du retentissement fonctionnel de la dégradation neurologique.

Conclusion : Même si un tiers des patients abandonnent la réalisation des auto-sondages en raison de l'aggravation de la maladie neurologique, ces derniers restent la méthode de choix du traitement symptomatique de la rétention chronique du patient parkinsonien.

Mots clés : « syndromes parkinsoniens », « auto-sondage », « rétention urinaire »

Self-intermittent-catheterization and urinary retentions in parkinsonian syndromes

Abstract

Introduction : Lower urinary tract symptoms are common in Parkinson diseases, especially chronic urinary retention. In case of significant and symptomatic post void residual, a specific treatment is necessary in order to empty the bladder and nowadays the gold standard of a such neurogenic bladder is based on self-intermittent-catheterizations if possible at all. We carried out a retrospective study about feasibility and outcomes of self-intermittent-catheterizations in this population.

Methods : Retrospective study with qualitative and quantitative, clinical and instrumental (urodynamic) assessment, of lower urinary tract symptoms as urinary retention in extrapyramidal syndromes.

Results : 42 patients with parkinsonian syndrome performing self-intermittent-catheterization were assessed. Twenty-one had idiopathic Parkinson's Disease, 17 Multiple System Atrophy, 1 vascular Parkinson, 1 iatrogenic Parkinson and 2 not yet determined parkinsonian syndromes. All the patients had urinary retention characterized by a post-voiding residual volume more than 150 ml. All the patients were symptomatic and reported voiding dysfunction (30/42), overactive bladder syndrome (20/42), stress urinary incontinence (6/42). The cystometry showed detrusor overactivity (15/42), bladder-sphincter dyssynergia (15/42), detrusor underactivity (14/42), sphincter deficiency (4/42) or bladder compliance alteration (3/42). Each patient have learned and well controlled self-intermittent-catheterization technique. Fourteen (33%) stopped self-intermittent-catheterization prematurely in the following months because of functional impact of neurological worsening.

Conclusion : Even if one third of the patients had stopped self-intermittent-catheterization because of neurological deterioration, this technique remains the gold standard for the treatment of urinary chronic retention in parkinsonian patients.

Key words : Parkinson disease, urinary retention, self-intermittent-catheterization

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Introduction

1
2 Les troubles mictionnels de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés, ont été
3 largement rapportés (1,2). A côté des anomalies de la phase de remplissage le plus souvent
4 illustrées par un syndrome clinique d'hyperactivité vésicale, la dysurie et les rétentions
5 chroniques d'urine sont fréquentes. La physiopathologie de ces dernières reste complexe et
6 multimodale (hypoactivité détrusorienne, hyperactivité ou dyskinésie sphinctérienne) alors
7 que l'étiopathogénie est souvent multifactorielle (neurogénique et obstructive) tout
8 particulièrement chez l'homme en raison de la prévalence de l'hypertrophie bénigne
9 prostatique dans la tranche d'âge où se rencontre la maladie de Parkinson. La typologie des
10 troubles urinaires et plus spécifiquement l'existence d'une telle rétention, peut aussi
11 constituer un marqueur de gravité voire entrer dans la discussion de l'étiologie même du
12 syndrome parkinsonien quand on connaît la prévalence de la rétention urinaire dans les
13 syndromes extrapyramidaux évoluant dans le cadre des AMS.
14

15 Au-delà de la caractérisation diagnostique, la rétention urinaire des syndromes
16 extrapyramidaux pose des questions d'ordre thérapeutique. En effet au-delà de la discussion
17 de leur efficacité pas toujours démontrée en cas de dysurie neurogénique, les alpha-
18 bloquants posent toujours le problème de leur tolérance en raison de la possible majoration
19 des manifestations d'hypotension orthostatique souvent observées dans le cadre des
20 manifestations dysautonomiques des syndromes extrapyramidaux. De plus, les drogues
21 parasymphomimétiques directes ou indirectes (anti-cholinestérasiques) ont démontré leur
22 peu d'intérêt dans le traitement de la rétention et sont de plus souvent antinomiques par
23 rapport à certaines médications souvent prescrites au cours des syndromes parkinsoniens
24 (cholinestérasiques) qu'elles peuvent antagoniser. Reste alors le gold standard du traitement
25 de la rétention urinaire neurologique que constituent les auto-sondages intermittents (1)
26 (2). Cette thérapeutique, pourtant largement utilisée dans nombre de pathologies
27 neurologiques (lésions médullaires traumatiques, sclérose en plaques, neuro-vessie
28 diabétique, neuropathies périphériques, rétentions neurogènes post chirurgie du petit
29 bassin), n'a jamais été évaluée au cours des syndromes extrapyramidaux. Si son intérêt
30 potentiel est indéniable, les caractéristiques fonctionnelles des syndromes parkinsoniens
31 (tremblements, bradykinésie, hypertonie, rigidité axiale) peuvent potentiellement perturber
32 apprentissage, réalisation, adhérence et compliance à ce traitement. Il nous a donc paru
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

opportun de vérifier la faisabilité et l'adhérence aux auto-sondages dans une population extrapyramidale avec rétention urinaire symptomatique impactant le pronostic médical et la qualité de vie des patients.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analysant les données qualitatives et quantitatives d'une population de patients avec syndrome parkinsonien ayant une rétention urinaire chronique et chez qui la technique des auto-sondages intermittents a été initiée. La recherche a été menée sur la base des données d'un service de neuro-urologie d'un hôpital universitaire. Tous les syndromes parkinsoniens étaient inclus via les mots clés suivants : « Parkinson », « maladie de Parkinson idiopathique », « atrophie multi-systématisée », « atrophie olivo-ponto-cérébelleuse », « dégénérescence striato-nigrique », « syndrome de Shy-Drager », « paralysie supra nucléaire progressive » « maladie de Steele-Richardson », « démence à corps de Lewy », « syndrome parkinsonien », « dégénérescence cortico-basale ». La rétention d'urine était définie par un résidu post-mictionnel supérieur ou égal à cent cinquante millilitres. Le syndrome dysurie-rétention était toujours symptomatique (pollakiurie réactionnelle, fuites par regorgement, infections à répétitions notamment fébriles). Chaque dossier a été traité pour extraire les données cliniques (typologie des troubles vésico-sphinctériens, questionnaires de symptômes, données démographiques), les données urodynamiques (cystomanométrie, sphinctérométrie, électrophysiologie périnéale), les comorbidités et les traitements particulièrement des affections urologiques et gynécologiques associées ; la typologie du syndrome extrapyramidal et son étiologie précise ; les caractéristiques des auto-sondages (fréquence, efficacité, complications, durée) et les traitements à visée urinaire associés.

Résultats

Population et comorbidités

Quarante-deux patients atteints de syndrome extrapyramidal ont été analysés. La population comprenait 18 femmes et 24 hommes d'âge moyen 68 ans. Les étiologies se répartissaient en 21 maladies de Parkinson idiopathique (50 %), 17 atrophies multi-systématisées (57 %), 1 syndrome parkinsonien d'origine vasculaire, 1 syndrome parkinsonien d'origine iatrogène post-neuroleptiques et 2 syndromes extrapyramidaux non encore étiquetés. Tous les patients avaient un traitement antiparkinsonien, dont deux par

1 stimulation cérébrale profonde. La plupart des patients n'étaient pas en activité
2 professionnelle (retraite, invalidité, arrêt de travail). Sur les 24 hommes, 13 (54 %) avaient
3 une hypertrophie prostatique dont 7 opérées. Les 6 autres n'avaient pas de syndrome
4 obstructif à l'étude pression-débit témoignant du caractère non symptomatique de
5 l'adénome sur la phase mictionnelle et donc d'une dysurie strictement neurogénique. Parmi
6 les comorbidités, 3 patients avaient une atteinte radiculaire associée (canal lombaire étroit,
7 hernie discale), 4 patientes avaient des antécédents de chirurgie d'incontinence urinaire
8 (bandelettes sous-urétrales non responsables de la rétention-dysurie), 3 avaient eu une cure
9 de prolapsus génital. On retrouvait encore deux patients aux antécédents de méga-vessie
10 congénitale (3) et un cas de maladie du col au stade de sclérose et opérée. Tous les patients
11 étaient rétentionnistes et exprimaient dans à 71 % une dysurie, 48 % un syndrome clinique
12 d'hyperactivité vésicale et dans 14 % des cas une incontinence urinaire à l'effort (4 femmes
13 et 2 hommes).

24 **Résultats urodynamiques**

25 Le bilan urodynamique retrouvait une hyperactivité détrusorienne pour 38 % (16/42) des
26 patients dont deux avaient un régime à haute pression endo-vésicale, une dyssynergie
27 vésico-sphinctérienne pour 36 % (15/42) des patients, une hypo-contraction détrusorienne
28 pour 33 % (14/42) des patients, une incompétence sphinctérienne pour quatre patients, un
29 défaut de complaisance pour trois patients (2 maladies de Parkinson idiopathique, 1 atrophie
30 multi-systématisée). Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives
31 concernant la typologie clinique et urodynamique entre syndromes extrapyramidaux
32 atypiques et maladie de Parkinson idiopathique (MPI), probablement en raison de la
33 sélection des patients ayant une MPI par le filtre de la rétention d'urine.

34 **Auto-sondages**

35 L'instauration des auto-sondages survenait en moyenne à cinq ans de l'évolution des
36 symptômes parkinsoniens. Nous n'avons pas utilisé de scores spécifiques pour apprécier la
37 gravité fonctionnelle du parkinsonisme (UPDRS, Hoehn & Yahr ...) (4,5). La survenue de la
38 rétention urinaire dans la maladie de Parkinson idiopathique était plus tardive (6 ans) que
39 dans les atrophies multi-systématisées (2 ans) de manière significative (t de Student -3,28 ;
40 IC 95 % [-6,77 ; -1,55], p=0,003). L'arrêt des auto-sondages survenait chez quatorze patients,
41 sept atrophies multi-systématisées et six maladies de Parkinson idiopathiques (NS, P=0.41).
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 Les raisons étaient la dégradation neurologique permanente ou transitoire, la difficulté au
2 sondage, le temps passé à effectuer le sondage. Les difficultés rapportées étaient des
3 problèmes d'équilibre notamment en raison de la cyphose, de la rigidité axiale et donc de
4 tenue du tronc avec instabilité posturale, les difficultés à écarter les lèvres ou à repérer le
5 méat urétral chez la femme, des difficultés de progression de la sonde, des douleurs. Sept
6 patients, en raison d'une hyperactivité vésicale, prenaient un traitement para-
7 sympatholytique, quatre prenaient un traitement alpha-bloquant (tous des maladies de
8 Parkinson idiopathique). Il y avait trois patients atteints d'atrophies multi-systématisées avec
9 dysautonomie associée (avec notamment une hypotension orthostatique majeure). Tous les
10 patients avaient un syndrome végétatif habituel (hypotension orthostatique). Concernant les
11 questionnaires liés aux auto-sondages, tous les scores du questionnaire IC-DI-Q (6) étaient
12 inférieurs à 10/78 témoignant de peu de difficultés rapportées lors des auto-sondages ; tous
13 les scores InCaSaq (7) étaient inférieurs à 9/24 sauf un (20/24) témoignant d'une bonne
14 satisfaction : tous les scores I-CAS étaient inférieurs à 1/8 sauf un (6,75) témoignant d'une
15 forte adhérence aux auto-sondages.
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

29 **Discussion**

30 ***Rétention urinaire chronique***

31 Cette étude démontre la faisabilité, l'innocuité et l'efficacité des auto-sondages
32 intermittents dans la rétention chronique des syndromes parkinsoniens. A notre
33 connaissance, il s'agit de la première étude de ce type. La rétention urinaire fait partie des
34 symptômes urinaires fréquemment observés au cours des syndromes extrapyramidaux (40
35 %). La typologie urinaire est différente entre la maladie de Parkinson idiopathique et les
36 atrophies multi-systématisées, constituant ainsi un des arguments diagnostiques
37 discriminatifs entre ces formes cliniques (1) (8). C'est ainsi que la rétention urinaire est plus
38 fréquente au cours des atrophies multi-systématisées que dans la maladie de Parkinson
39 idiopathique. Cette rétention d'urine pose le problème de sa physiopathologie et de son
40 étiopathogénie dans la mesure où les syndromes extrapyramidaux apparaissent dans une
41 population âgée (9), où des comorbidités urologiques associées peuvent être elles-mêmes
42 facteurs de rétention. Ce n'est habituellement pas le cas pour d'autres pathologies
43 neurologiques où la rétention est très prévalente comme la paraplégie traumatique ou la
44 sclérose en plaques puisqu'il s'agit de pathologies de femmes et d'hommes jeunes.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 L'hypertrophie bénigne prostatique pose ainsi toujours le problème de son éventuelle
2 responsabilité dans la rétention urinaire chronique (ou aigüe) de l'homme parkinsonien
3 rendant difficile la stratégie thérapeutique. Le bilan urodynamique avec étude pression-
4 débit à la recherche d'un syndrome obstructif (augmentation des pressions per-
5 mictionnelles couplées à la diminution du débit) et éventuellement la positivité d'un test à
6 l'endo-prothèse endo-urétrale permettent en règle de préciser au mieux le facteur à
7 incriminer (neurogénique, obstructif). Cependant, même dans le cas d'une responsabilité
8 avérée d'une obstruction, il n'est pas toujours licite de proposer un geste chirurgical compte
9 tenu d'une part de l'hypo-contractilité-hypokinésie détrusorienne extrapyramidale (10)
10 associée qui persisterait en post-opératoire à la levée de l'obstacle ; et d'autre part dans le
11 cadre d'atrophies multi-systématisées par l'existence d'une dénervation des muscles
12 périnéaux par lésion des noyaux d'Onulf responsable d'une incompétence sphinctérienne
13 qui pourrait s'exprimer par des fuites à la levée de l'obstacle prostatique. Enfin, on ne
14 dispose pas de thérapeutique médicale efficace et sécuritaire pour soit améliorer la
15 contraction détrusorienne dans le cadre d'une hypo-contractilité neurogénique (para-
16 sympathycomimétiques directs ou indirects) ; soit diminuer la composante dyssynergique
17 fonctionnelle urétrale en raison du risque des alpha-adrénergiques chez les patients aux
18 troubles dysautonomiques. Les auto-sondages intermittents s'avèrent donc être la
19 thérapeutique de choix pour gérer cette rétention dont le traitement est justifié d'une part
20 par le risque inhérent à la rétention (infection urinaire, altération du haut appareil urinaire
21 mais si elles sont plus rares que dans les lésions pyramidales), et d'autre part en raison des
22 conséquences en terme symptomatique de la rétention incomplète à type de pollakiurie voir
23 des fuites par regorgement. Il paraît dès lors pertinent de vérifier la faisabilité, l'efficacité, la
24 persistance des auto-sondages dans une population de patients extrapyramidaux.

25 ***Spécificités du parkinsonisme***

26 Notre étude démontre que les auto-sondages intermittents sont acceptés, bien tolérés et
27 efficaces chez deux tiers des patients et peuvent donc être très raisonnablement proposés
28 comme traitement à long terme. Néanmoins, dans un tiers des cas, ces auto-sondages
29 génèrent des problèmes de compliance, d'adhérence et de persistance. Ceci est assez
30 spécifique aux patients extrapyramidaux. En effet, les patients arrêtent en raison d'une
31 dégradation neurologique progressive souvent inéluctable après la phase de « lune de miel »
32 post induction de dopa thérapie, de difficultés au sondage (progression de la sonde, repère
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 du méat), des problèmes d'équilibre, de temps long passé à effectuer le sondage. Ceci
2 procède des déficits neuro-fonctionnels et neuro-orthopédiques induits par les syndromes
3 extrapyramidaux tels que l'akinésie, l'hypertonie axiale et la rigidité, générant des difficultés
4 positionnelles, mais aussi les troubles et instabilité de la posture induisant des troubles de
5 l'équilibre et de la motilité. Le maintien de la gestuelle et des postures adaptées à l'auto-
6 sondage est ainsi très problématique chez ces patients pouvant perturber la réalisation et la
7 précision des gestes. La bradykinésie et l'hypométrie qui se traduisent par la lenteur et le
8 défaut d'amplitude des mouvements, l'altération de la kinesthésie et de la coordination bi-
9 manuelle pénalisent le temps de préparation pour l'auto-sondage (toilette locale,
10 préparation du matériel...) ainsi que sa réalisation (précision du sondage, progression de la
11 sonde...). Parfois même, des troubles cognitifs parfois observés au cours des syndromes
12 extrapyramidaux peuvent perturber le schéma moteur, l'apprentissage et le maintien de la
13 réalisation des auto-sondages intermittents (11). De plus, on connaît la grande variabilité de
14 l'état moteur des syndromes extrapyramidaux au cours de la journée avec parfois des
15 phénomènes ON-OFF extrêmement perturbants lorsque l'horaire du sondage arrive lors
16 d'une période OFF (12). L'éducation thérapeutique joue alors un grand rôle pour choisir avec
17 le patient les moments pertinents en termes d'horaires d'auto-sondages, notamment par
18 rapport au délai de prise de dopa-thérapie.

34 **Limitations**

35 En dépit de son caractère rétrospectif, cette étude semble intéressante du fait du nombre de
36 patients réalisant les auto-sondages, l'importance de la technique dans la gestion de la
37 rétention urinaire et les données cliniques et urodynamiques analysées. Une étude
38 spécifique prospective permettrait de préciser la typologie des patients pouvant au mieux
39 bénéficier et adhérer au traitement ; et d'optimiser la qualité et la satisfaction des auto-
40 sondages intermittents en termes de chronobiologie (prise de dopa-thérapie, aides
41 ergothérapeutiques).

50 **Conclusion**

51 La pratique des auto-sondages intermittents est une technique efficace et sûre au cours des
52 syndromes parkinsoniens malgré un taux d'arrêt dans un tiers des cas. L'amélioration de la
53 compliance et de l'adhérence peuvent procéder d'une adaptation du geste au cours de
54 l'éducation thérapeutique avec une prise en compte de la spécificité de l'efficacité

temporelle des médications antiparkinsonienne en modulant les séquences d'auto-sondages en fonction des prises de dopa-thérapie.

RÉFÉRENCES

1. Sakakibara R, Panicker J, Finazzi-Agro E, Iacovelli V, Bruschini H, Parkinson's Disease Subcommittee, The Neurourology Promotion Committee in The International Continence Society. A guideline for the management of bladder dysfunction in Parkinson's disease and other gait disorders. *NeuroUrol Urodyn.* juin 2016;35(5):551-63.
2. Ogawa T, Sakakibara R, Kuno S, Ishizuka O, Kitta T, Yoshimura N. Prevalence and treatment of LUTS in patients with Parkinson disease or multiple system atrophy. *Nat Rev Urol.* févr 2017;14(2):79-89.
3. Falcou L, Mauruc E, Guinet-Lacoste A, Jousse M, Le Breton F, Vérollet D, et al. [Lazy bladder syndrome: review of 126 cases]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* sept 2014;24(10):651-7.
4. Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, Stebbins GT, Fahn S, Martinez-Martin P, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 15 nov 2008;23(15):2129-70.
5. Goetz CG, Poewe W, Rascol O, Sampaio C, Stebbins GT, Counsell C, et al. Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: Status and recommendations The Movement Disorder Society Task Force on rating scales for Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1 sept 2004;19(9):1020-8.
6. Guinet-Lacoste A, Jousse M, Tan E, Caillebot M, Le Breton F, Amarenco G. Intermittent catheterization difficulty questionnaire (ICDQ): A new tool for the evaluation of patient difficulties with clean intermittent self-catheterization. *NeuroUrol Urodyn.* janv 2016;35(1):85-9.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
7. Guinet-Lacoste A, Jousse M, Verollet D, Sheikh Ismael S, Le Breton F, Tan E, et al. Validation of the InCaSaQ, a new tool for the evaluation of patient satisfaction with clean intermittent self-catheterization. *Ann Phys Rehabil Med.* avr 2014;57(3):159-68.
8. Gilman S, Wenning GK, Low PA, Brooks DJ, Mathias CJ, Trojanowski JQ, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. *Neurology.* 26 août 2008;71(9):670-6.
9. Blin P, Dureau-Pournin C, Foubert-Samier A, Grolleau A, Corbillon E, Jové J, et al. Parkinson's disease incidence and prevalence assessment in France using the national healthcare insurance database. *Eur J Neurol.* mars 2015;22(3):464-71.
10. Terayama K, Sakakibara R, Ogawa A, Haruta H, Akiba T, Nagao T, et al. Weak detrusor contractility correlates with motor disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* déc 2012;27(14):1775-80.
11. McDonald C, Winge K, Burn DJ. Lower urinary tract symptoms in Parkinson's disease: Prevalence, aetiology and management. *Parkinsonism Relat Disord.* févr 2017;35:8-16.
12. Dietrichs E, Odin P. Algorithms for the treatment of motor problems in Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand.* 30 janv 2017;

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tableau 1 : Résultats des bilans urodynamiques chez quarante-deux patients
extrapyramidaux en rétention urinaire chronique auto-sondés.

Table 1 : Results of urodynamics findings for forty-two extrapyramidal patients in chronic
urinary retention self-catheterized.

Symptômes	MPI	AMS	Autres
Dysurie	14	14	2
Hyperactivité vésicale	8	11	1
Incontinence urinaire d'effort	3	3	0
Bilan urodynamique			
Hyperactivité détrusorienne	6	8	1
Dyssynergie vésico-sphinctérienne	4	9	2
Hypo-contractilité détrusorienne	7	6	1
Incompétence sphinctérienne	1	2	1
Défaut de compliance détrusorienne	2	1	0