



Hôpital
Pitié-Salpêtrière
AP-HP

47-83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Standard : 01 42 16 00 00

Monsieur RONNEN GAITO
51 rue Op Bieng
L8217 MAMER
LUXEMBOURG

SERVICE DE NEURO-UROLOGIE
ET D'EXPLORATIONS
PÉRINEALES
[https://service-
neurourologie.jimdofree.com](https://service-neurourologie.jimdofree.com)

Chef de Service :
Pr G. AMARENCO
Secrétariat :
Tel : 01 42 16 26 75

MCU Praticien Hospitalier :
Dr. C. HENTZEN
Secrétariat :
Tel : 01 42 16 26 32

Praticiens Hospitaliers :
Dr. C. CHESNEL
Dr. M. TENG
Secrétariat :
Tel : 01 42 16 26 34

Chefs de clinique :
Dr. C. NOEL
Dr. C. DANG
Secrétariat :
Tel : 01 42 16 26 33

Attachés :
Dr. P. LACROIX
Dr. J.-P. LAGOINET
Dr. M. MEZZADRI
Dr. E. OPREA
Dr. R.T. GHANASSIA
Dr S. SHEIKH ISMAEL

Secrétariat :
secretariat.ud.psl@aphp.fr
Fax : 01 01 42 16 26 45

Cadre de santé :
Mme M. CAILLEBOT
Tél : 01 42 16 26 37

LABORATOIRE D'URODYNAMIQUE
ET DE NEUROPHYSIOLOGIE
Accueil - Rendez-vous :
Tél : 01 42 16 26 38 ou 26 39
Fax : 01 42 16 26 42

UNITE DE RECHERCHE GRC01
UPMC
GREEN
Groupe de Recherche Clinique en
Neuro-Urologie
Directeur :
Pr G. AMARENCO
<http://grc01-green.jimdo.com>
Sorbonne Université - Médecine
F-75005, Paris, France

Centre de Maladies Rares
C-Mavem Filière Neuro-Sphinx
Secrétariat du Pr AMARENCO :
Tél : 01 42 16 26 32 ou 75
Fax : 01 42 16 26 45

Par Ronnen Gaito | M | 16/12/1969 | 8018708018 | 6602686481

Imprimé le 17/03/2025 13:08

CR CONSULTATION PSL CS NEURO-URO ACT LIB

Paris, le 17/03/2025

Références : GAM/AMA

Objet : **Compte-Rendu de Consultation du 12/03/2025**

Evolution depuis la dernière consultation

Madame et Chère Confrère,

J'ai l'occasion de voir ce jour en consultation un de vos patients, **Monsieur Ronnen GAITO 55 ans**, qui pose le problème des séquelles neuropérinéales d'une bien probable lésion médullaire survenue à l'âge de 1 an à la suite d'un accident de la voie publique.

Au décours de cette lésion, manifestement il a vu apparaître des troubles de la marche avec spasticité, des troubles sensitifs des membres inférieurs, une déviation rachidienne (scoliose opérée avec tige de Harrington à l'âge de 14 ans).

Il a été discuté chez lui différentes solutions pour améliorer cette spasticité des membres inférieurs et notamment une rhizotomie.

Il semble ne pas avoir bénéficié d'injections intramusculaires de toxine botulique.

Il me dit avoir eu des IRM médullaires mais malheureusement il ne m'a ramené ni les comptes-rendus ni les clichés et ceci est important pour vérifier par exemple s'il n'a pas eu ou s'il n'a pas de syringomyélie post-traumatique.

En fait il a sûrement eu des troubles urinaires forts anciens, mais ces derniers n'ont été... pris en compte que très récemment il y a 1 an, et c'est en fait à l'occasion d'une augmentation du DFEG qu'une échographie a été retrouvée, mettant en évidence une vessie rétentionniste et surtout une hydronéphrose.

Ceci a conduit justement à un bilan en urologie avec réalisation d'un bilan urodynamique.

Curieusement devant cette atteinte médullaire avec spasticité, il aurait été retrouvé « une atonie du détrusor » alors que manifestement on pouvait s'attendre à une hyperactivité détrusorienne par libération des réflexes mictionnels...

Bien sûr ce type d'hyporéflexie peut se rencontrer dans les lésions centrales médullaires, mais invitent raison de plus à rechercher une syringomyélie ou un ramollissement en crayon au niveau du cône terminal, désactivant ainsi les réflexes vésicaux.

Tout ceci devra être réalisé chez ce patient.

A noter qu'au décours du bilan urodynamique il a eu une infection urinaire fébrile.

On lui a proposé d'effectuer des autosondages qu'il a au départ refusés.

La cystoscopie a mis en évidence une vessie de lutte multi-diverticulaire.

Le scanner abdominopelvien pratiqué en octobre 2024 retrouve une urétérohydronéphrose gauche.

A ma connaissance il n'a pas eu de vidéo urodynamique ou d'urétrocystographie rétrograde avec clichés per-mictionnels à la recherche d'un reflux.

Il est signalé qu'il n'y avait pas d'hypertrophie prostatique chez ce patient âgé de 55 ans.
En définitive, une nouvelle cystomanométrie a été pratiquée en mai 2024 mettant en évidence semble-t-il (courbes non vues) des contractions du détrusor apparaissant à 200 ml.
Ceci suggère bien sûr la possibilité d'une neurovessie centrale secondaire à la lésion spinale.
Il a accepté en octobre 2024 la réalisation d'autosondages qu'il a effectués 3 fois par jour (seulement...) et... seulement... pendant 2 mois.

Actuellement, donc il a arrêté tout autodrainage ; il est discrètement nycturique avec un lever nocturne et peu pollakiurique avec un délai intermictionnel de 3 heures.
Il ne semble pas exister d'altération de la perception du besoin d'uriner ou du passage urétral des urines.

Il existe possiblement quelques urgenturies mais pour autant il décrit un délai de sécurité à plus de 20 minutes et pas ou peu de fuites sur urgences.

Il est plutôt franchement dysurique avec un jet diminué, une miction fractionnée mais habituellement il ne s'infecte pas et il n'y a pas de fuites à l'effort dans l'hypothèse d'un « regorgement ».

Parallèlement à ces troubles vésico-sphinctériens, il existe d'importants troubles anorectaux avec une constipation vraie (une selle tous les 3 jours) associée à un certain degré de dyschésie (mais sans nécessité d'évacuation digitale).

Il a des épisodes réguliers d'hypocontinence fécale avec des urgences défécatoires et donc une incontinence anale de type actif avec un délai de sécurité inférieur à 5 minutes.

Ceci est complexifié par son état psychologique de type plutôt anxieux avec parfois de véritables états de panique concernant l'imminence du besoin de défécation ce qui complexifie singulièrement sa vie quotidienne et en particulier professionnelle.

En revanche sur le plan génito-sexuel, pas de dysérection, pas de dyséjaculation ou pas de dysorgasme rapportées.

A l'examen neurologique, je ne reviendrai pas sur cette spasticité des membres inférieurs. On constate un syndrome pyramidal bilatéral avec un signe de Babinski.

Il n'existe pas de grosse déformation orthopédique.

A mon sens, une prise en charge en rééducation neurologique spécialisée dans la spasticité du blessé médullaire est hautement indispensable.

Je lui donne d'ailleurs les coordonnées de mon collègue le Professeur François GENET à l'hôpital RAYMOND-PIONCARE de GARCHES qui s'occupe spécifiquement de ces problèmes et qui sans nul doute pourra l'aider.

En ce qui concerne l'examen neuropérinéal, il n'y a pas clairement d'hypoesthésie dans les territoires sacrés et en tout cas les réflexes du cône médullaire (réflexe anal à la toux, réflexe bulbo-anal, réflexe bulbo-caverneux) sont bien conservés, ce qui témoigne de l'intégrité au moins en partie du cône terminal et donc de la possibilité d'une vessie « automatique »... dont on connaît les risques.

La commande est totalement abolie sur le sphincter externe et le tonus n'est pas très augmenté.

En définitive, il pose donc les problèmes des séquelles neuropérinéales d'une lésion spinale avec des troubles urinaires caractérisés possiblement par une rétention incomplète, certainement par une dysurie, quelques fuites sur urgences avec déjà des complications (urétérohydronéphrose) ; associés à des troubles anorectaux importants (dyschésie, constipation, incontinence fécale sur urgence) ; sans troubles génito-sexuels ; le tout dans un contexte de spasticité importante des membres inférieurs.

Il est évident qu'une prise en charge multimodale est absolument indispensable.

Je ne reviens pas sur la spasticité des membres dont s'occupera le Professeur GENET en copie de ce courrier.

Concernant la sphère neuropérinéale, il faut prendre en compte absolument les troubles anorectaux dans le traitement et la prise en charge de la vessie neurologique, ne serait-ce que dans le cadre d'un « Cross Talk » vessie-rectum.

Concernant ses troubles anorectaux, bien évidemment il peut essayer des modificateurs du transit (MOVICOL, SPAGULAX) ainsi que des suppositoires volumétriques exonérateurs (EDUCTYL).

Mais surtout très rapidement on aboutira bien probablement à des irrigations coliques par voie trans-anales (PERISTEEN) qui pourraient être très bénéficiaires pour lui, y compris sur le plan psychologique.

Il est bien possible qu'il existe une véritable dyssynergie recto-anales dans le cadre d'une spasticité périnéale, et là-encore bien sûr on pourrait discuter des injections de toxine dans les pubo-rectaux, voire des injections de toxine dans le rectum pour éviter les impériosités fécales, mais bien sûr les irrigations coliques permettraient de palier à tout ceci.

Le bilan pourrait être éventuellement complété par un temps de transit des marqueurs radio-opaques, une défécographie, ainsi qu'une manométrie anorectale.

Sur le plan vésico-sphinctérien, il est absolument indispensable d'avoir une échographie vésico-rénale, une nouvelle biologie rénale et surtout des explorations urodynamiques en conditions standards et sensibilisatrices (remplissage lent, remplissage rapide, test à l'eau glacée, ...) pour mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques de cette neurovessie et lui proposer un traitement adapté.

Si on prend pour hypothèse qu'il a une neurovessie centrale avec hyperactivité du détrusor, il faudra absolument stabiliser cette phase de remplissage pour éviter l'hyperpression qui peut être délétère sur le haut appareil par des anticholinergiques ou des bêta 3 agonistes adrénergiques ou des injections intra-détrusoriennes de toxine botulique avant d'imaginer des choses... plus compliquées.

Bien sûr la phase de vidange doit être traitée (après vidéo urodynamique ou urétrocystographie rétrograde avec clichés per-mictionnels pour bien vérifier l'absence de reflux).

Cette vidange sera au mieux assurée pour éviter des hyperpressions per-mictionnelles par des autosondages dont il faudra revoir complètement l'éducation thérapeutique (choix de la sonde, de la position, ...).

J'espère que tout ceci a été bien compris par Monsieur GAITO ; qu'il va bien réfléchir à cette nécessité des autosondages.

Je reste bien évidemment à sa disposition pour organiser, au cours d'une brève hospitalisation de jour, tous ces tests urodynamiques.

Je vous prie de croire, Madame et Chère Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

P.S. : Bien évidemment il faudra vérifier la fonction rénale, tout d'abord par une biologie de contrôle et peut-être même par une scintigraphie, mais on verra tout ceci au décours de l'hospitalisation de jour.

Planification des soins / Suites à donner

Rendez-vous pris

- 16/05/2025 à 08:45 : (PSL HDJ NEURO UROLOGIE - BOTTARD 2EME)

Courrier validé électroniquement par Professeur AMARENCO GERARD le 17/03/2025

Professeur G. AMARENCO
PUPH

Pour assurer votre prise en charge, l'AP-HP s'engage à collecter vos données personnelles (ex. : nom, prénom, antécédents médicaux) dans des outils numériques hautement sécurisés et conformément à la réglementation applicable.

Pour optimiser leur activité, certains services sont susceptibles d'utiliser des outils d'intelligence artificielle, avec une validation humaine.

Par ailleurs, certaines de vos données sont pseudonymisées (c'est-à-dire privées de toutes informations directement identifiantes) et rassemblées dans un entrepôt de données de santé (EDS), afin d'être réutilisées pour produire des indicateurs de pilotage de l'activité hospitalière, ou pour faire progresser la recherche sous réserve de l'avis du comité scientifique et éthique de l'EDS.

Pour information : retrouvez vos documents AP-HP sur le carnet de santé national Mon espace santé <https://monespace.sante.fr>, ainsi que sur l'espace documentaire de votre Espace patient AP-HP <https://mon.aphp.fr>.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et exercer vos droits, notamment d'opposition, rendez-vous sur <https://www.aphp.fr/RGPD>.

Destinataire :

Madame le Docteur FELTZ Anne-Marie, Médecin Généraliste, 20 rue de l'Eglise, L-7224
WALFERDANGE, LUXEMBOURG

Copie à :

Monsieur le Docteur LURQUIN Antoine, Urologue, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 Rue Nicolas
Ernest Barblé, L-1210 Luxembourg (Belair)

Monsieur Professeur FRANCOIS GENET, [AP-HP] HOPITAL RAYMOND POINCARE, 104
BOULEVARD RAYMOND POINCARE, (Spécialité: MED PHY ET READAPTATION), 92380
GARCHES

Monsieur RONNEN GAITO, 51 rue Op Bierg, L8217 MAMER
LUXEMBOURG