

# De la rétention à l'incontinence Gestion de la miction chez les greffés rénaux

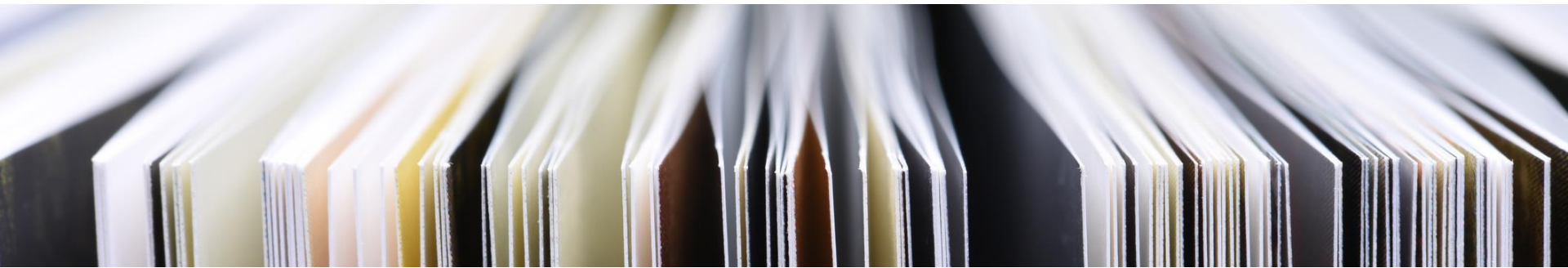
Dr Matthieu Durand  
Praticien Hospitalier Universitaire

Service d'urologie, d'androgologie et de transplantation rénale  
Université de Nice-Sophia-Antipolis, Hôpital Pasteur 2, Centre hospitalier universitaire de Nice  
Laboratoire de génétique des tumeurs solides, Institute for Research on Cancer and Aging of Nice (IRCAN), Inserm U1081,  
CNRS UMR 7284, Université de Nice-Sophia-Antipolis, Nice, France

# Altération des capacités vésicale du dialysé

L'oligurie ou l'anurie consécutives à une longue durée de dialyse conduit à une altération de la compliance vésicale et une diminution capacitaire

- Étude sur 92 patients transplantés entre 2007 et 2009, après 60 mois en dialyse en moyenne <sup>[1]</sup>
- 316 mL en moy dialyse < 12 mois Vs 74 mL si dialyse > 10 ans, indépendamment de l'âge du patient
- Hypo-compliance : 30,8% dialyse < 12 mois Vs 76,9% si dialyse > 10 ans



# Pas de traitement des troubles capacitaires mais...

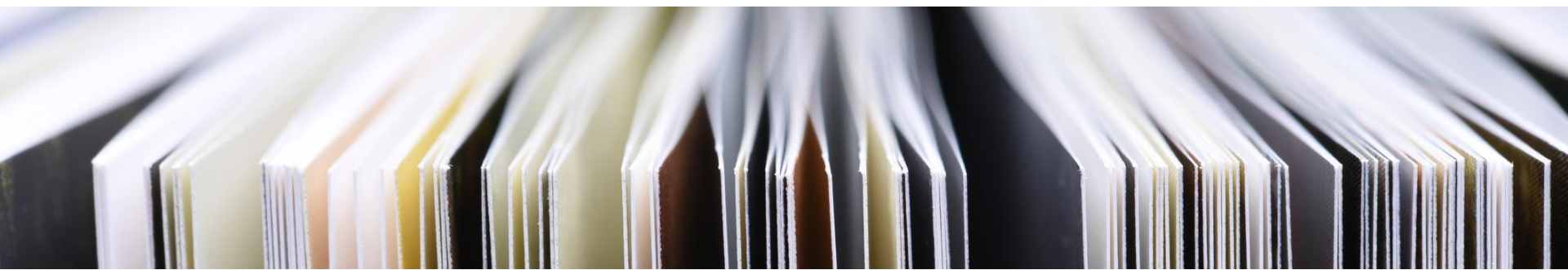
L'étude de Song et al., 14 % des 622 patients dialysés depuis 59 mois en moyenne avant transplantation, capacité vésicale inférieure à 100 mL <sup>[1]</sup>.

Analyse multivariée, la diminution de la capacité vésicale était associée à :

- une durée importante en dialyse,
- la présence d'un reflux vésico-urétéral,
- un résidu postmictionnel.

Seuls 5 % des patients ont nécessité un traitement urologique après transplantation.

**La diminution de la capacité vésicale n'était pas un facteur de risque de symptômes du bas appareil urinaire post-transplantation.**



# Corrélation entre symptômes et compliance

Corrélation des altérations des capacités dynamiques de la vessie à :

- une **augmentation de la sensation du premier besoin**
- une **pollakiurie diurne**
- une **nycturie**
- des **impériosités**

L'ensemble peut être responsables d'une altération significative de la qualité de vie

# Évolution urodynamique des transplantés

Récupération capacitaire et de la compliance vésicale

- étude polonaise : 102 patients transplantés de 2000 à 2002 <sup>[1]</sup>
- miction normale retrouvée chez tous les patients au bout de 6 mois
- avec une capacité vésicale (> 250 mL)
- une débitmétrie normale



# Prédominance des SBAU chez les transplantés et vécus

Série de 52 patients,

- 54 % d'urgenterie & 62 % de nycturie <sup>[1]</sup>
- il fallait attendre au moins 3 ans pour observer une diminution de ces troubles urinaires

Analyse multivariée des facteurs de risque de SBAU chez 95 patients transplantés <sup>[2]</sup>.

- le diabète était un facteur de risque
  - indépendant du résidu postmictionnel & de pollakiurie nocturne
- l'âge un facteur de risque de pollakiurie diurne & nycturie
- le sexe féminin de pollakiurie.

Même si ces symptômes urinaires touchaient l'énorme majorité des patients transplantés, ils étaient **ressentis comme accessoires pour 94 % des patients** qui redécouvraient une nouvelle vie sans diabète <sup>[3]</sup>



# Traitement médical des HBP des dialysé pré-transplantation

L'oligurie peut masquer des SBAU d'HBP.

Le confort urinaires des dialysés est rarement un problème sauf :

- en cas de diurèse conservée longuement
- de SBAU antérieurs à la maladie rénale chronique
- pour ces patients, peu / pas d'études chez les dialysés pour qui nombre de traitements sont contre-indiqués, donc même pharmacopée à dose adaptée :
  - phytothérapie : mêmes doses
  - alfuzosine LP 10 mg : à prendre le jour de la dialyse voire après
  - doxazosine 4 mg : quel que soit l'horaire de la dialyse
  - pas de recommandation car pas d'étude : tamsulosine ni silodosine
  - association d'un anticholinergique et d'un alpha- bloquant peut être proposée :
    - sauf contre-indication des anticholinergiques;
    - éviter l'oxybutynine (élimination rénale), préférer la solifénacine 5 mg après les séances le jour des hémodialyses.

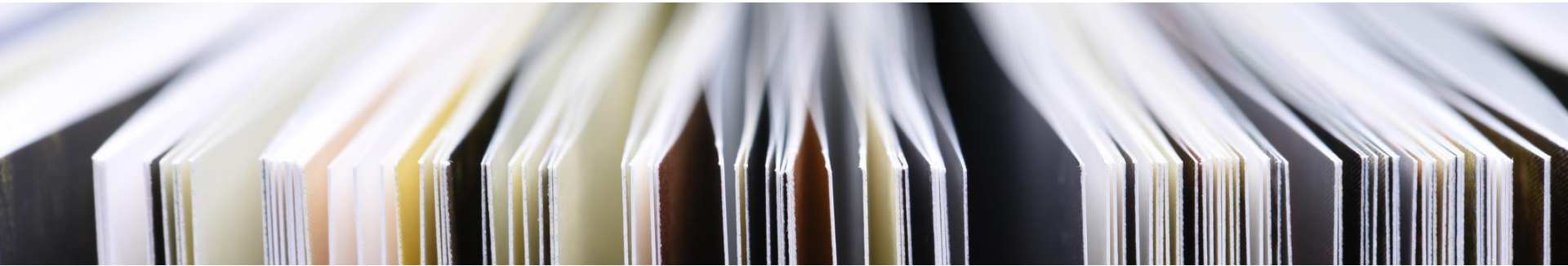


# Traitement chirurgical des HBP des futurs transplantés

**Avant la greffe, uniquement chez les patients avec diurèse résiduelle même indication que les non dialysés.**

Préférer une technique au laser pour diminuer le risque de saignement en cas d'anurie

- **pas de traitement préventif de PVP avant greffe** <sup>[1]</sup>
- **même si le TR est volumineux**
- car risque :
  - de sclérose du col & sténose urétrale sur les petites vessies de dialysés <sup>[2]</sup>
  - de saignements du fait des anticoagulants des dialysés



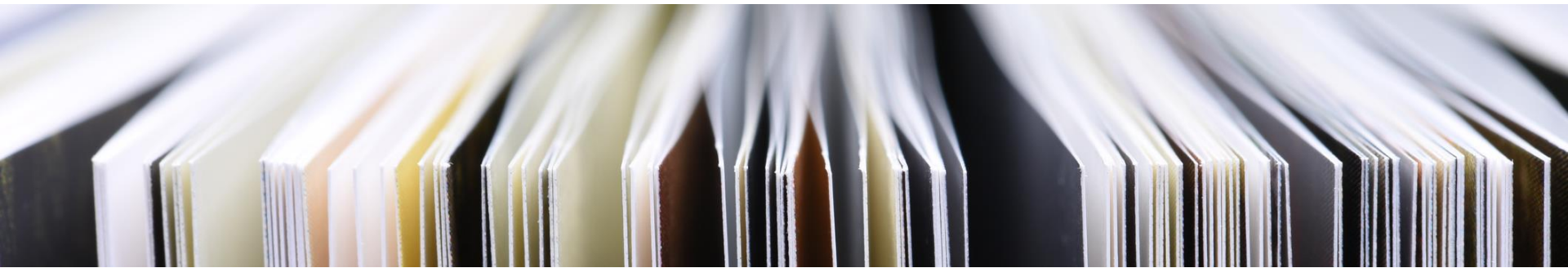


# Traitement médical des HBP des transplantés

Les hommes peuvent avoir des SBAU prostatique masqués en dialyse car la diurèse résiduelle s'effondre avec une réapparition possible lors de la transplantation.

Risque de faire :

- **un épisode de rétention vésicale complète (RVC)** sur un rein unique transplanté,
- **un épisode infectieux sous immunosuppression,**
- **les deux étant à risque pour le transplant** <sup>[1]</sup>
- **de faire une fistule anastomotique** après rétention urinaire <sup>[2]</sup>.

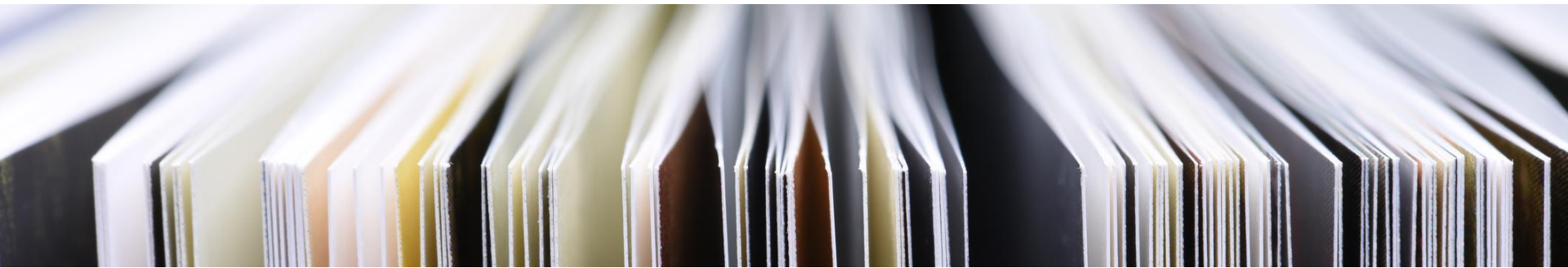


# Traitement médical des HBP des transplantés

Risque de complications chez des patients transplantés ayant une HBP non diagnostiquée dans une série monocentrique rétrospective <sup>[1]</sup>.

- Entre 2010 et 2013, 147 hommes ont été transplantés dont :
  - 17 % avaient une HBP connue et traitée avant transplantation,
  - 19 % une HBP diagnostiquée après transplantation
  - 64 % n'avaient pas d'HBP symptomatique.
- Les patients chez qui a été diagnostiquée une HBP après transplantation avaient, comparativement aux 2 autres groupes plus de risque de :
  - RVC ( $p < 0,01$ ) ;
  - sortir de l'hôpital avec une sonde vésicale ( $p < 0,01$ ) ;
  - être réadmis pour une RVC ( $p < 0,01$ ) ;
  - avoir une infection urinaire ( $p < 0,01$ ).

**Prise en charge médicale identique sans quasiment d'adaptation.**



# Traitement chirurgical des HBP des transplantés

Peu d'étude et encore moins avec des laserthérapies.

Délai idéal de réalisation très débattu, peu de niveau de preuve suffisant :

- **Précocement à l'issue du premier mois**
- Attendre plus longtemps ne semble pas être une bonne option en raison :
  - du risque de RAU
  - du risque infectieux important chez un patient sous traitement immunosuppresseur maximal.

Gestion de la sonde double J :

- **ablation en début de procédure prostatique pour limiter les risques septiques postopératoires**
- expérience de l'équipe de Necker non publiée mais discutée lors du 104 e congrès français d'urologie, rapporte :
  - la possibilité de proposer un traitement chirurgical précoce,
  - dès la deuxième semaine postopératoire,
  - en l'absence de complication,
  - grâce à la réalisation d'une anastomose pyélourétérale d'emblée
  - avec ablation de la sonde urétérale lors du traitement endoscopique

# A retenir

Le dysfonctionnement vésical est une affection fréquente chez le patient dialysé ou transplanté rénal.

Le rôle de l'urologue est essentiel pour:

- une évaluation précise des troubles mictionnels prétransplantation
- une identification des facteurs de risque de SBAU et la planification de la stratégie de prise en charge en tenant compte de la transplantation rénale

La diminution de la capacité vésicale en prétransplantation ne semble pas être un facteur de risque de complication médicale de la transplantation même si elle peut être à l'origine d'une pollakiurie après transplantation.

L'évaluation des SBAU post-transplantation et leur prise en charge sont primordiales pour :

- améliorer la qualité de vie de ces patients
- dépister un résidu post- mictionnel important ou des contractions détrusoriennes non inhibées qui pourraient altérer