

# DE L'EXAMEN CLINIQUE AUX EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES EN PELVIPÉRINÉOLOGIE



Dr Benoit Peyronnet

Service d'Urologie, CHU Rennes

DIU urodynamique Paris VII Janvier 2020



# PLAN DU COURS

- 1) Incontinence urinaire
- 2) Hyperactivité vésicale
- 3) Hypertrophie bénigne de prostate
- 4) Symptômes de la phase de vidange
- 5) Nycturie
- 6) Prolapsus génito-urinaire
- 7) Syndrome douloureux vésical

# OBJECTIFS EXPLORATIONS

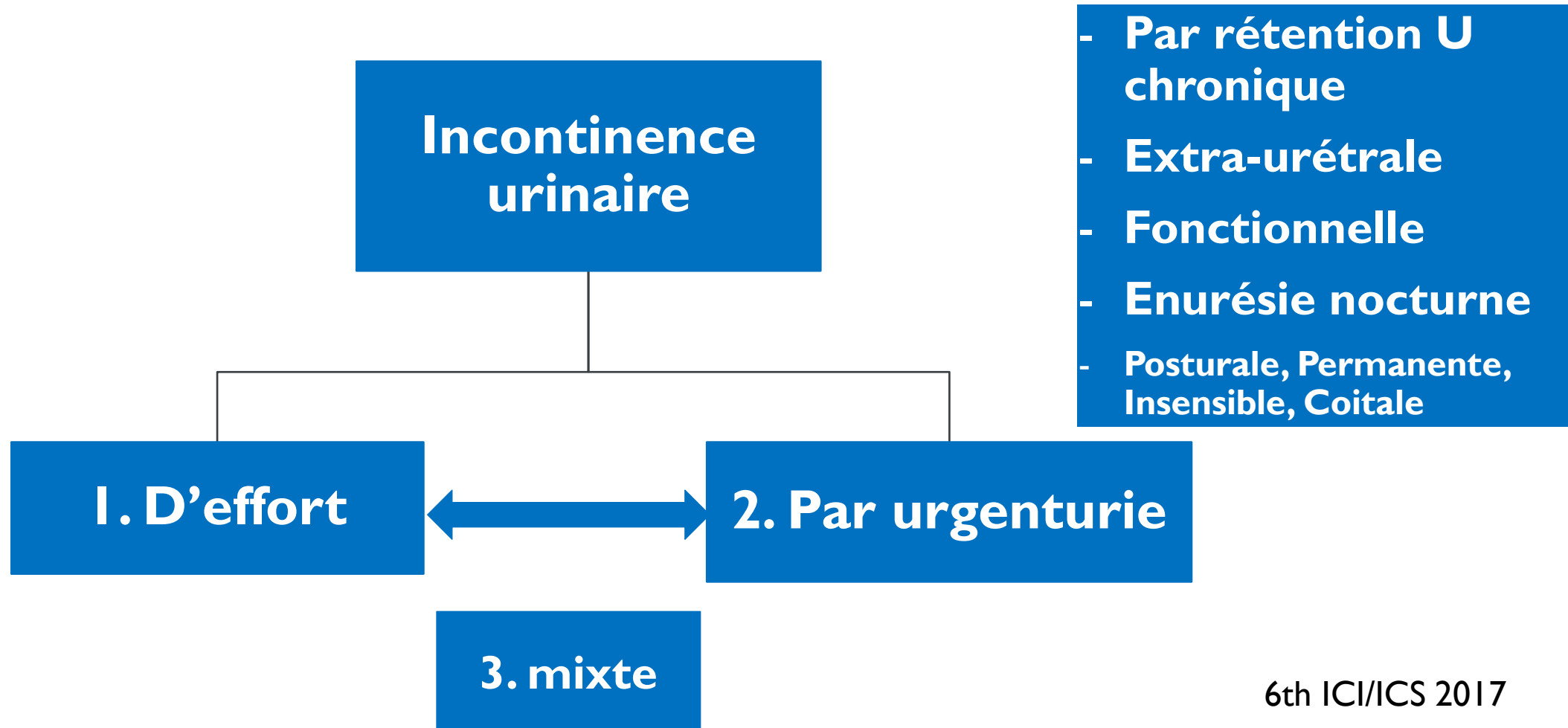
1. Etablir un diagnostic
2. Evaluer la gêne, l'impact sur la qualité de vie
3. GUIDER LA PRISE EN CHARGE  
THERAPEUTIQUE +++

# I. INCONTINENCE URINAIRE

# DÉFINITION INCONTINENCE URINAIRE

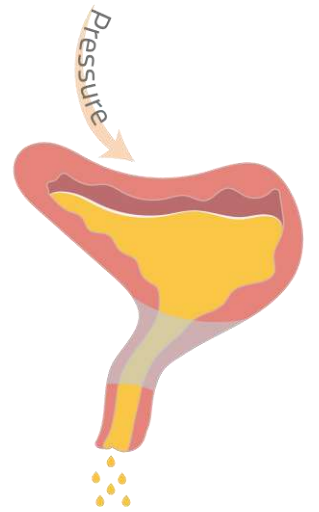
Toute perte involontaire d'urines

# CLASSIFICATION INCONTINENCE URINAIRE



# INTERROGATOIRE: TERRAIN

- Incontinence d'effort:
  - F>>>H
  - Facteurs de risque:
    - Atteinte neurologique médullaire basse/sacré/radiculaire
    - H: antécédents chirurgie prostatique
    - F: Obstétricaux+++ : G, P, poids, durée travail, extraction
    - Ménopause
    - Certains sports: marathon, hyperpression abdominale,...



Stress Urinary Incontinence

# INTERROGATOIRE: TERRAIN

- Incontinence par urgenturie
- F>H
- cause « organique » vésicale:
  - Cystite: antécédents cystite à répétition
  - Calcul: maladie lithiasique connue
  - Radiothérapie
  - Tumeur: tabagisme? Exposition professionnelle?
  - Érosion prothétique: antécédents BSU, cure prolapsus, etc...
- Pathologie du système nerveux central: trauma médullaire, SEP,...





# INTERROGATOIRE: TERRAIN

- Incontinence par rétention chronique d'urine

- H>>>F



- Causes d'obstruction sous vésicale: HBP, sténose urétrale, bandelette sous urétrale,...

- Causes d'hypoactivité détrusorienne:

Neuropathie périphérique: diabète, chirurgie pelvienne, ...

Traitements médicamenteux: charge anticholinergique

# CONCEPT DE CHARGE ANTICHOLINERGIQUE: DE NOMBREUX TRAITEMENTS ONT UN EFFET ANTICHOLINERGIQUE

Drugs with ACB Score of 1

| Generic Name   | Brand Name             |
|----------------|------------------------|
| Alimemazine    | Theralen™              |
| Alverine       | Spasmonal™             |
| Alprazolam     | Xanax™                 |
| Aripiprazole   | Abilify™               |
| Asenapine      | Saphris™               |
| Atenolol       | Tenormin™              |
| Bupropion      | Wellbutrin™, Zyban™    |
| Captopril      | Capoten™               |
| Cetirizine     | Zyrtec™                |
| Chlorthalidone | Diuril™, Hygroton™     |
| Cimetidine     | Tagamet™               |
| Clidinium      | Librax™                |
| Clorazepate    | Tranxene™              |
| Codeine        | Contin™                |
| Colchicine     | Colcrys™               |
| Desloratadine  | Clarinex™              |
| Diazepam       | Valium™                |
| Digoxin        | Lanoxin™               |
| Dipyridamole   | Persantine™            |
| Disopyramide   | Norpace™               |
| Fentanyl       | Duragesic™, Actiq™     |
| Furosemide     | Lasix™                 |
| Fluvoxamine    | Luvox™                 |
| Haloperidol    | Haldol™                |
| Hydralazine    | Apresoline™            |
| Hydrocortisone | Cortef™, Cortaid™      |
| Iloperidone    | Fanapt™                |
| Isosorbide     | Isordil™, Ismo™        |
| Levocetirizine | Xyzal™                 |
| Loperamide     | Immodium™, others      |
| Loratadine     | Claritin™              |
| Metoprolol     | Lopressor™, Toprol™    |
| Morphine       | MS Contin™, Avinza™    |
| Nifedipine     | Procardia™, Adalat™    |
| Paliperidone   | Invega™                |
| Prednisone     | Deltasone™, Sterapred™ |
| Quinidine      | Quinaglute™            |
| Ranitidine     | Zantac™                |
| Risperidone    | Risperdal™             |
| Theophylline   | Theodur™, Uniphyll™    |
| Trazodone      | Desyre™                |
| Triamterene    | Dyrenium™              |
| Venlafaxine    | Effexor™               |
| Warfarin       | Coumadin™              |

Drugs with ACB Score of 2

| Generic Name      | Brand Name |
|-------------------|------------|
| Amantadine        | Symmetrel™ |
| Belladonna        | Multiple   |
| Carbamazepine     | Tegretol™  |
| Cyclobenzaprine   | Flexeril™  |
| Cyproheptadine    | Periactin™ |
| Loxapine          | Loxitane™  |
| Meperidine        | Demero™    |
| Methotrimeprazine | Levoprome™ |
| Molindone         | Moban™     |
| Nefopam           | Nefogesic™ |
| Oxcarbazepine     | Trileptal™ |
| Pimozide          | Orap™      |

Drugs with ACB Score of 3

| Generic Name     | Brand Name          |
|------------------|---------------------|
| Amitriptyline    | Elavil™             |
| Amoxapine        | Asendin™            |
| Atropine         | Sal-Tropine™        |
| Benztropine      | Cogentin™           |
| Brompheniramine  | Dimetapp™           |
| Carbinoxamine    | Histex™, Carbihist™ |
| Chlorpheniramine | Chlor-Trimeton™     |
| Chlorpromazine   | Thorazine™          |
| Clemastine       | Tavist™             |
| Clomipramine     | Anafranil™          |
| Clozapine        | Clozaril™           |
| Darifenacin      | Enablex™            |
| Desipramine      | Norpramin™          |
| Dicyclomine      | Bentyl™             |
| Dimenhydrinate   | Dramamine™, others  |
| Diphenhydramine  | Benadryl™, others   |
| Doxepin          | Sinequan™           |
| Doxylamine       | Unisom™, others     |
| Fesoterodine     | Toviaz™             |
| Flavoxate        | Urispas™            |
| Hydroxyzine      | Atarax™, Vistaril™  |
| Hyoscyamine      | Anaspaz™, Levsin™   |
| Imipramine       | Tofranil™           |
| Medizine         | Antivert™           |
| Methocarbamol    | Robaxin™            |
| Nortriptyline    | Pamelor™            |
| Olanzapine       | Zyprexa™            |
| Orphenadrine     | Norflex™            |
| Oxybutynin       | Ditropan™           |
| Paroxetine       | Paxil™              |
| Perphenazine     | Trilafon™           |
| Promethazine     | Phenergan™          |
| Propantheline    | Pro-Banthine™       |
| Propiverine      | Detrunorm™          |
| Quetiapine       | Seroquel™           |
| Scopolamine      | Transderm Scop™     |
| Solifenacin      | Vesicare™           |
| Thioridazine     | Mellaril™           |
| Tolterodine      | Detrol™             |
| Trifluoperazine  | Stelazine™          |
| Trihexyphenidyl  | Artane™             |
| Trimipramine     | Surmontil™          |
| Tropium          | Sanctura™           |

## Categorical Scoring:

- Possible anticholinergics include those listed with a score of 1; Definite anticholinergics include those listed with a score of 2 or 3

## Numerical Scoring:

- Add the score contributed to each selected medication in each scoring category
- Add the number of possible or definite Anticholinergic medications

## Notes:

- Each definite anticholinergic may increase the risk of cognitive impairment by 46% over 6 years.<sup>3</sup>
- For each on point increase in the ACB total score, a decline in MMSE score of 0.33 points over 2 years has been suggested.<sup>4</sup>
- Additionally, each one point increase in the ACB total score has been correlated with a 26% increase in the risk of death.<sup>4</sup>

Aging Brain Care

www.agingbraincare.org

# LES ANTICHOLINERGIQUES AUGMENTERAIENT LE RISQUE DE DÉMENCE....

RESEARCH



OPEN ACCESS

## Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study

Kathryn Richardson,<sup>1</sup> Chris Fox,<sup>2</sup> Ian Maidment,<sup>3</sup> Nicholas Steel,<sup>2</sup> Yoon K Loke,<sup>2</sup> Antony Arthur,<sup>1</sup> Phyo K Myint,<sup>4</sup> Carlota M Grossi,<sup>1</sup> Katharina Mattishent,<sup>2</sup> Kathleen Bennett,<sup>5</sup> Noll L Campbell,<sup>6</sup> Malaz Boustani,<sup>7</sup> Louise Robinson,<sup>8</sup> Carol Brayne,<sup>9</sup> Fiona E Matthews,<sup>10</sup> George M Savva<sup>1</sup>

### WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Use of drugs with anticholinergic activity is associated with impaired cognition in the short term

It is not known if the reported associations between the use of anticholinergic drugs and future cognitive decline and dementia incidence can be attributed to anticholinergic activity

### WHAT THIS STUDY ADDS

Antidepressant, urological, and antiparkinson drugs with definite anticholinergic activity are linked to future dementia incidence, with associations persisting up to 20 years after exposure



Table 2 | Crude and adjusted odds ratios of dementia by prescription of any, defined daily doses (DDDs), and total burden of anticholinergics measured with the Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) score

| Exposure during DEP        | No of cases (%) | No of controls (%) | Odds ratio (95% CI)  |                            |                          |
|----------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|
|                            |                 |                    | Unadjusted           | Adjusted at start of DEP*† | Adjusted at end of DEP*‡ |
| <b>Any use</b>             |                 |                    |                      |                            |                          |
| Prescriptions (ACB score): |                 |                    |                      |                            |                          |
| None                       | 4295 (10.5)     | 36329 (12.8)       | 1.00                 | 1.00                       | 1.00                     |
| 1                          | 36437 (89.4)    | 247406 (87.1)      | 1.25§ (1.21 to 1.29) | 1.11§ (1.07 to 1.15)       | 1.10§ (1.06 to 1.15)     |
| 2                          | 1429 (3.5)      | 7909 (2.8)         | 1.27§ (1.20 to 1.35) | 1.10§ (1.03 to 1.17)       | 1.10§ (1.03 to 1.16)     |
| 3                          | 14453 (35.5)    | 86403 (30.4)       | 1.27§ (1.24 to 1.30) | 1.16§ (1.13 to 1.19)       | 1.11§ (1.08 to 1.14)     |

# CALCULATEUR DE CHARGE ANTICHOLINERGIQUE EN LIGNE: [HTTPS://WWW.ANTICHOLINERGICSCALES.ES](https://www.anticholinergicscales.es)

Anticholinergic Burden Calculator

MY ACCOUNT LOGOUT

PATIENTS CALCULATE SCALES APP

## Anticholinergic Burden Calculator



"Web Portal Software Anticholinergic Burden Calculator" is a program designed to measure fast and easily the anticholinergic burden a patient receives based on their pharmacotherapy.

"Anticholinergic burden" is defined as the cumulative effect of taking one or more drugs that are capable of developing anticholinergic adverse effects.

Peripheral manifestations may occur such as urinary retention, constipation, decreased secretions, amongst others and central manifestations such as delirium, cognitive and functional disorders.

*Approximately 50% of the older population takes at least one anticholinergic drug.*

This website is intended for healthcare professionals only.

This tool is currently under development and validation, therefore, its use is responsibility of health professionals.

### Anticholinergic burden results

Recalculate PDF XLS

The results of anticholinergic risk (low / medium / high) obtained with each scale are linked to the risk categorization made by the authors or developers of each one of them

| Scale | Result | Risk         |
|-------|--------|--------------|
| ACB   | 3      | HIGH RISK    |
| ARS   | 6      | HIGH RISK    |
| Chew  | 0      | WITHOUT RISK |
| ADS   | 3      | HIGH RISK    |
| AAS   | 0      | WITHOUT RISK |
| ALS   | 1      | LOW RISK     |
| CrAS  | 2      | MEDIUM RISK  |
| Duran | 3      | HIGH RISK    |
| ABC   | 3      | HIGH RISK    |

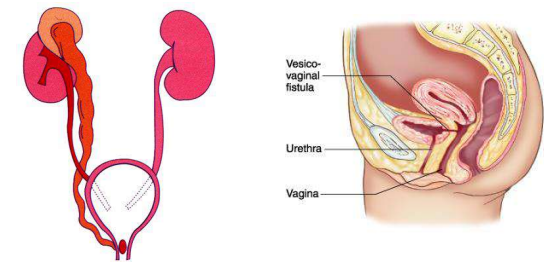
| Medication          | Scales |     |      |     |     |     |      |       |     |
|---------------------|--------|-----|------|-----|-----|-----|------|-------|-----|
|                     | ACB    | ARS | Chew | ADS | AAS | ALS | CrAS | Duran | ABC |
| CARBIDOPA-LEVODOPA  | 0      | 1   | 0    | 0   | 0   | 1   | 0    | 0     | 0   |
| BACLOFEN (10 mg)    | 0      | 2   | 0    | 0   | 0   | 0   | 2    | 1     | 0   |
| HYDROXYZINE (50 mg) | 3      | 3   | 0    | 3   | 0   | 0   | 0    | 2     | 3   |

### DBI Results (Note: This scale, unlike the above, considers drug dose prescribed in the calculation)

| Medication          | DBI                   |
|---------------------|-----------------------|
| CARBIDOPA-LEVODOPA  | 0.00                  |
| BACLOFEN (10 mg)    | 0.40                  |
| HYDROXYZINE (50 mg) | 0.67                  |
| <b>Results</b>      | <b>HIGH RISK</b> 1.07 |

# INTERROGATOIRE: TERRAIN

- Enurésie nocturne
  - Traumatisme psychologique
  - Prise de traitements hypnotiques
  
- Extra-urétrale
  - Uropathie malformative: uretère ectopique
  - Chirurgie pelvienne: fistule vésico-vaginale



# INTERROGATOIRE: TERRAIN

- Incontinence fonctionnelle
  - Définition: Incontinence par incapacité à se rendre au toilette liée aux troubles de la marche et de la mobilité/ dépendance/manque de motivation associés aux troubles cognitifs, indépendamment de tout troubles vésico-sphinctériens
  - Facteurs de risque: troubles cognitifs, mobilité diminuée



# INTERROGATOIRE: CIRCONSTANCES DE SURVENUE

- IU effort:

- Survient à la toux, éternuement, rires, port de charge lourde, activité physique

- IU urgenturie:

- Fuites précédées d'une urgenturie (désir soudain, impérieux voire irrépressible),

- Facteurs déclenchants typiques: clé dans la porte, contact avec l'eau, entendre eau qui coule,...

# INTERROGATOIRE: TEMPORALITÉ

| <b>IU effort</b> | <b>IU urgenturie</b> | <b>IU rétention chronique U</b> | <b>Enurésie nocturne</b> | <b>IU extra-urétrale</b> | <b>IU Fonctionnelle</b> |
|------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Plutôt diurne    | Diurne et nocturne   | Plutôt nocturne                 | nocturne                 | Permanente               | Diurne et nocturne      |



# SYMPTOMES DU BAS APPAREIL URINAIRE (TROUBLES MICTIONNELS)

## ◆ RECOMMANDATIONS

Progrès en Urologie (2004), 14, 1103-1111

### Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society

François HAAB (1), Gérard AMARENCO (2), Patrick COLOBY (3), Philippe GRISE (4), Bernard JACQUETIN (5), Jean-Jacques LABAT (6), Emmanuel CHARTIER-KASTLER (7), François RICHARD (7)

| Symptômes phase remplissage<br>(symptômes irritatifs)   | Symptômes phase mictionnelle/<br>phase vidange<br>(symptômes obstructifs)  | Symptômes phase post-mictionnelle   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Pollakiurie diurne</li><li>- Urgenturie</li><li>- Incontinence urinaire</li><li>- Nycturie</li></ul> (≠ Pollakiurie nocturne) | <ul style="list-style-type: none"><li>- Jet faible</li><li>- Jet en arrosoir</li><li>- Jet haché</li><li>- Jet hésitant</li><li>- Dysurie de poussée</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sensation de vidange vésical incomplète</li><li>- Gouttes retardataires</li></ul> |

# SYMPTÔMES DU BAS APPAREIL URINAIRE D'ACCOMPAGNEMENT

- IU effort: aucun
- IU urgenturie: symptômes de la phase de remplissage
- IU regorgement: symptômes de la phase mictionnelle
- IU fonctionnelle: aucun
- IU extra-urétrale: aucun
- Enurésie nocturne: aucun

# INTERROGATOIRE: QUANTIFICATION

- Nombre épisodes d'incontinence par jour/semaine
- Nombre protections par jour
- Type protection: protège slip vs. serviette hygiénique vs. pad vs. couche culotte



## INTERROGATOIRE: AUTRES

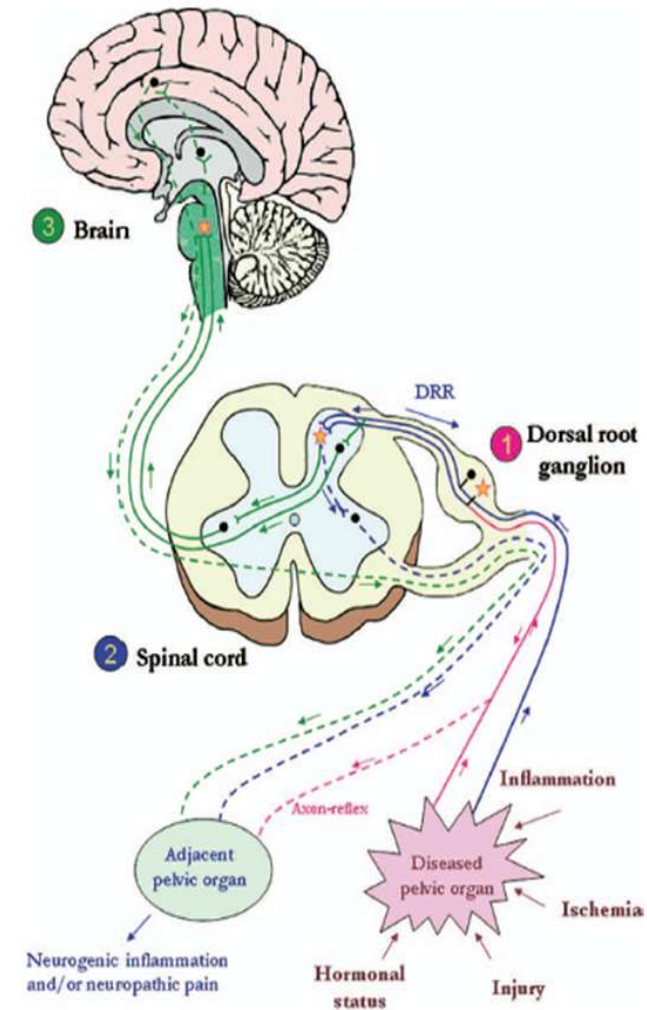
- Date d'apparition des symptômes
- Evolution dans le temps
- Traitements antérieurs+++
  - Médicaux
  - Chirurgicaux

PERINEOLOGIE  
=  
PIPICACAZIZI

- Symptomes sexuels
- Symptomes anorectaux
- L'association de plusieurs troubles périnéaux (urinaires, sexuels, anorectaux) peut orienter vers une origine neurologique

# LA VESSIE ET LE RECTUM COMMUNIQUE

- **Cross-talk** : communication between two organs via common neural pathways
- **Cross sensitization**: secondary damage on an adjacent organ by indirect stimulus



# INTERROGATOIRE: ENQUÊTE DIÉTÉTIQUE

- Consommation liquide quotidienne
- Consommation liquide le soir
- Consommation café, thé, alcool, nourriture épicée, boissons sucrées...

Alcohol  
Apples  
Carbonated beverages  
Chocolate  
Citrus Juice & Fruits  
Coffee  
Corn Syrup  
Cranberries  
Spicy Foods  
Honey  
Milk  
Sugar & Artificial Sweeteners  
Tea  
Tomatoes  
Vinegar

**NAPC TIP:** Drink plenty of water throughout the day. Limiting your liquids may result in fewer trips to the bathroom, but the smaller amount of urine is highly concentrated and irritating to the bladder.

**Common  
BLADDER IRRITANTS**  
The National Association For Continence

# INTERROGATOIRE: LA GÊNE

Incontinence = problématique fonctionnelle



Pas de gêne = pas de traitement

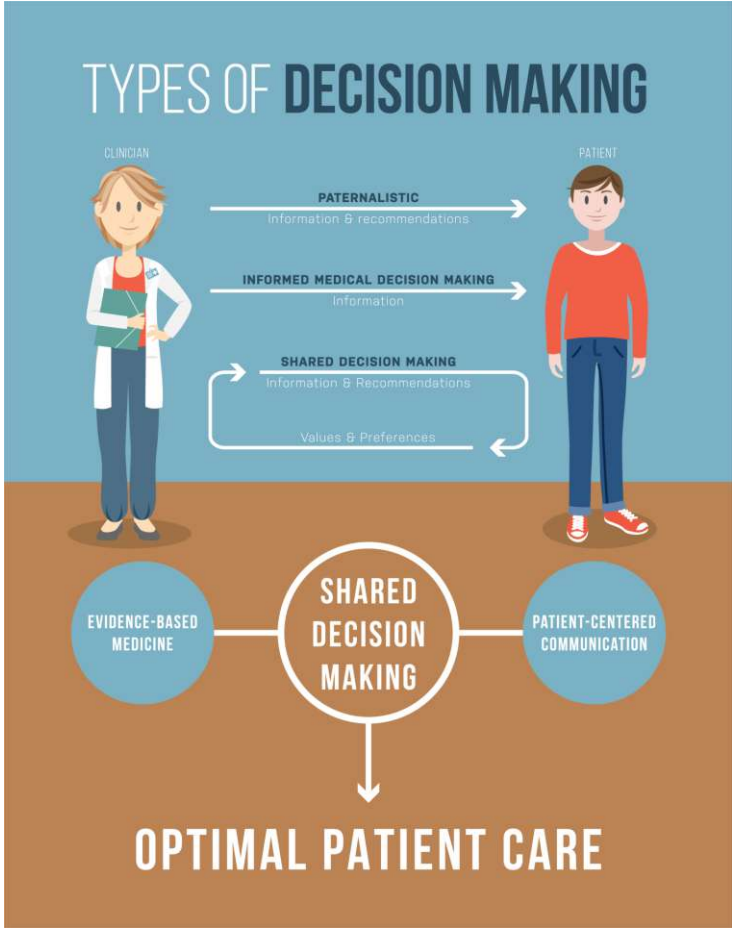
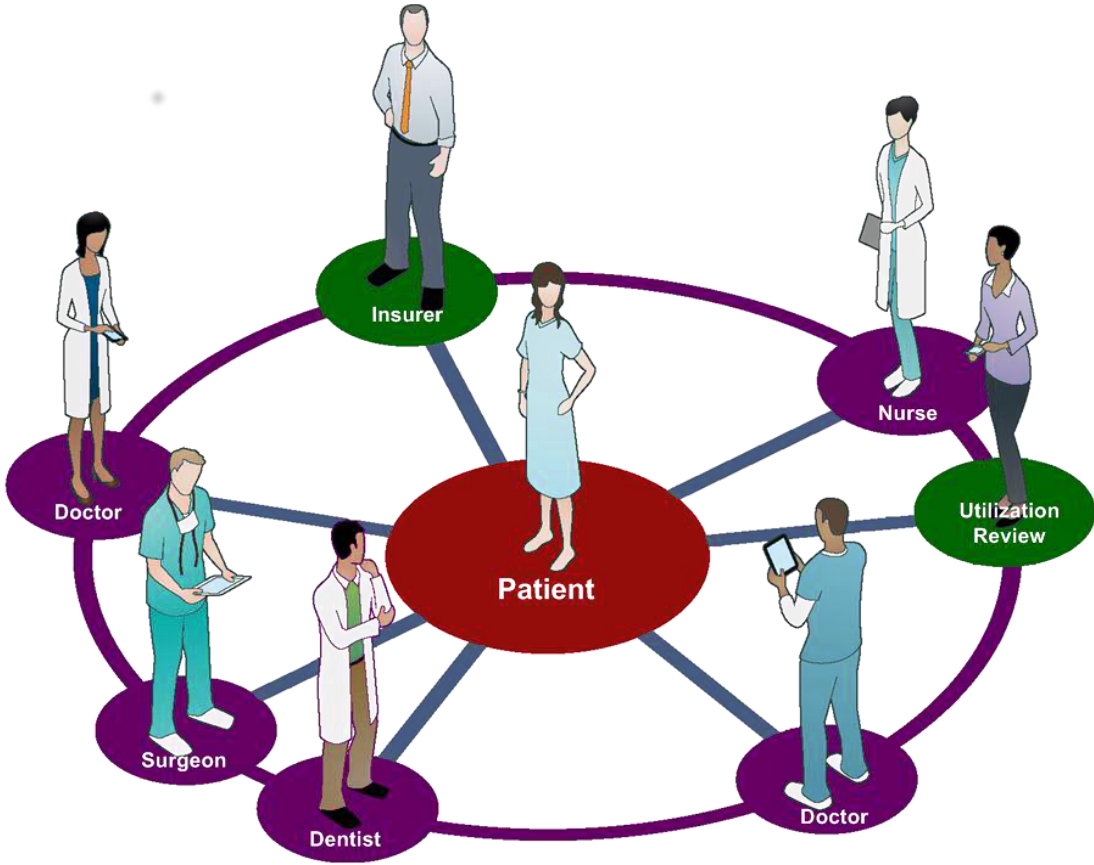




## QUESTIONNAIRES: LA VIE A L'HEURE DES PATIENT-REPORTED OUTCOMES

- Intérêts:
  - Auto-évaluation par le patient
  - Quantification subjective et objective
  - Evaluation multidimensionnelle: symptômes, satisfaction, qualité de vie, attentes
  - Référence/évolution dans le temps

# AUTOQUESTIONNAIRES COMME OUTIL DU « PATIENT CENTERED CARE »



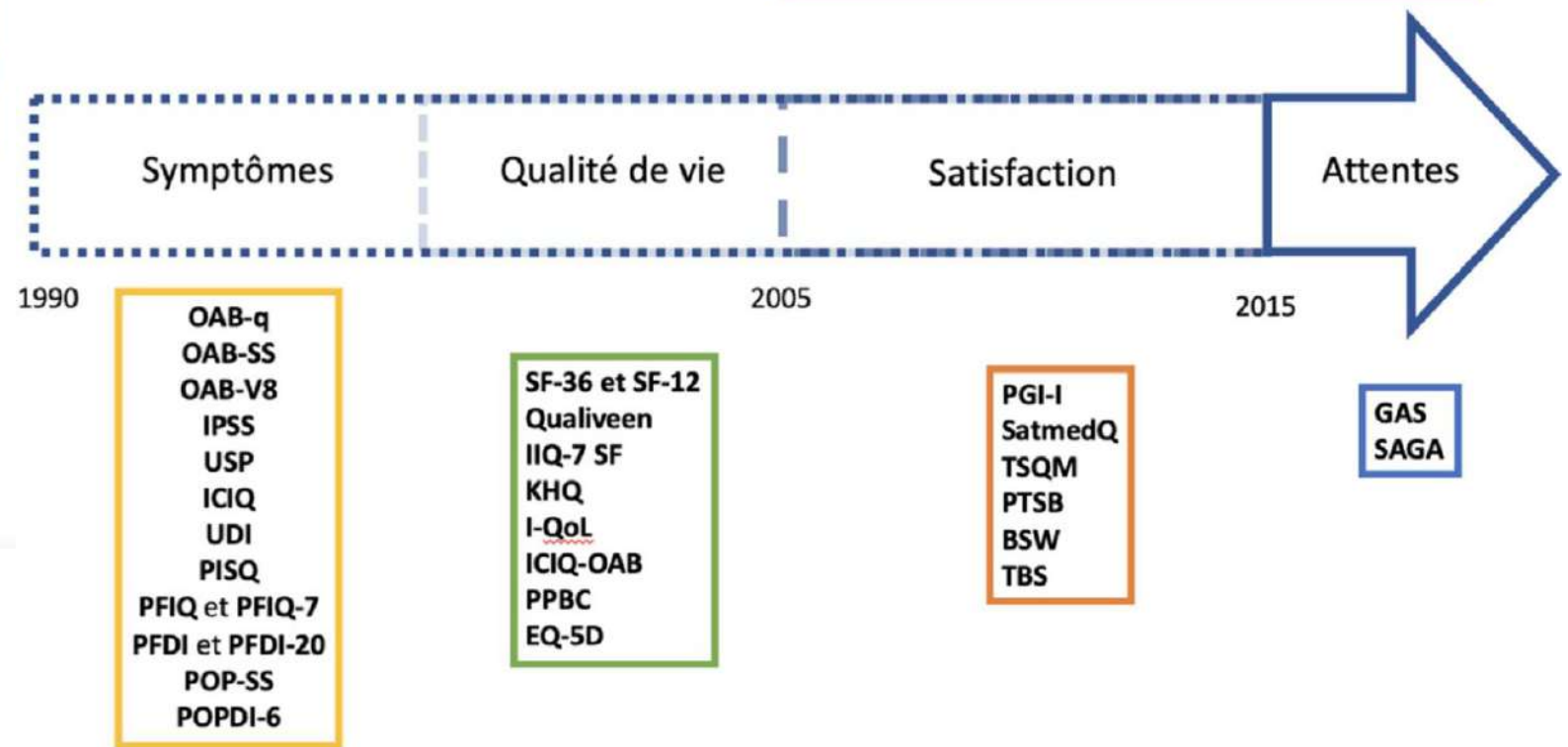


Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



**PRO (Patient Reported Outcomes)**



REVUE DE LA LITTÉRATURE

**Concepts et méthodes d'évaluation en pelvi-périnéologie : du score de symptômes aux attentes et résultats rapportés par les patients (PRO)**

*Concepts and assessment methods in lower urinary tract symptoms: From symptom score to Patient-Reported Outcomes and Outcomes (PRO)*

N. Turmel<sup>a,b,\*</sup>, C. Hentzen<sup>a,b</sup>, C. Chesnel<sup>a,b</sup>,  
F. Le Breton<sup>a,b</sup>, A. Charlanes<sup>a,b</sup>, G. Amarenco<sup>a,b</sup>

# AUTOQUESTIONNAIRES: RECOMMANDATIONS

|                        | AFU 2007         | EAU 2020                                 | AUA 2017-2019 | ICS 2017         |
|------------------------|------------------|--|---------------|------------------|
| Recommandations        | Systematiquement | Quand évaluation standardisée nécessaire | optionnel     | Systematiquement |
| Niveau de preuve/grade | NR               | LoE=3/ grade=strong                      | LoE=low       | LoE=3/ grade=D   |

# QUELS QUESTIONNAIRES?

- **3 critères qualité:**
  - Validité
  - Fiabilité
  - sensibilité au changement

|   | <b>Category A<br/>(all 3 criteria fulfilled)**</b>  | <b>Category B<br/>(2 criteria fulfilled)**</b> | <b>Category C<br/>(only 1 criterion fulfilled)**</b> |
|---|---|--|--|
| Symptom measures and health-related QOL measures                              | ICIQ-UI Short Form, ICIQFLUTS, ICIQ-MLUTS IIQ and IIQ-7, I-QOL (ICIQ-Uqol), ISS, KHQ, LIS (?-interview), N-QoL, OAB-q SF, OAB-q (ICIQOABqol), PFDI and PFDI-20, PFIQ and PFIQ-7, PRAFAB, UISS | Contilife, EPIQ, LUTS tool IOQ, YIPS           | ABSST ISI, ISQ, UIHI, UIQ                            |
| Measure of patient satisfaction (patient's measure of treatment satisfaction) | BSW, OAB-S, OABSAT-q, TBS   | PPQ  | EPI, GPI, PSQ  |
| Goal attainment scales  |   | SAGA   |  |
| Screening tools (used to identify patients with UI)                           | B-SAQ, OAB-SS, OABV8, OAB-V3, QUID  | ISQ, USP                                       | 3IQ, CLSS, MESA, PUF                                 |

# QUELS QUESTIONNAIRES?

|                       | Grade A  | Grade B  | Grade C         |
|-----------------------|--|--|-----------------|
| <b>LUTS QoI</b>       | ICIQ-FLUTS, DAN-PSS, ICIQ-UI-SF, ICIQ-MLUTS, ICS-qol, IIQ, IIQ-7, I-QOL, ISS, KHQ, LIS, LUTSS, OAB-q-SF, ICIQ-OAB-qol, PFDI, PFIQ, UISS, Urolife | Contilife, EPIQ, IOQ, M-ISI, MUDI, MUSIQ, YIPS | ISI, ISQ, UIHI  |
| <b>Screening LUTS</b> | B-SAQ, OAB-SS, OAB-V8, OAB-V3, QUID  | USP, ISQ                                       | CLSS, MESA, PUF |
| <b>LUTS bother</b>    | PGI-S, LUSQ, PPBC, UDI   | IPSS, PFBI, SPI, SSI, SII                      | PMSES, POSQ     |
| <b>Satisfaction</b>   | PGII   | BSW, OAB-S, OAB-Sat-Q, TBS                     | EPI, GPI, SAGA  |

MAIS ATTENTION:  
ASSEZ PEU SONT VALIDÉS EN FRANÇAIS



# QUELS QUESTIONNAIRES? RECOMMANDATIONS AFU 2007

| Questionnaire | Homme | Femme | Symptômes<br>d'incontinence urinaire | Qualité de vie | Symptômes<br>d'hyperactivité<br>vésicale | Version Française |
|---------------|-------|-------|--------------------------------------|----------------|--|-------------------|
| ICIQ          | P     | P     | P                                    | P              |  | oui               |
| I-QOL         | P     | P     |                                      | P              |  | oui               |
| SEAPI-QMM     | P     | P     |                                      | P              |  |                   |
| BFLUTS-SF     |       | P     | P                                    | P              | P  |                   |
| KHQ           |       | P     |                                      | P              | P  | oui               |
| UDI/UDI-6     |       | P     | P                                    |                | P  |                   |
| IIQ/IIQ-7     |       | P     |                                      | P              |  |                   |
| ISI           |       | P     |                                      | P              |  |                   |
| SUIQQ         |       | P     | P                                    | P              |  |                   |
| UISS          |       | P     |                                      | P              |  |                   |
| CONTILIFE     |       | P     |                                      | P              |  | oui               |
| OAB-q         | P     | P     |                                      | P              | P  |                   |
| BFLUTS        |       | P     | P                                    |                | P  |                   |
| DITROVIE      | P     | P     |                                      | P              |  | oui               |
| MHU           | P     | P     | P                                    |                | P  | oui               |
| UPS           | P     | P     | P                                    |                | P  | oui               |



# QUELS QUESTIONNAIRES? RECOMMANDATIONS AFU 2007

Utiliser:

- Urinary Symptoms Profile (symptomes)
- ICIQ-SF q5 (qualité de vie)

# QUELS QUESTIONNAIRES? AU FINAL

- 3 grandes « catégories » de questionnaires:
  - Symptômes
  - Qualité de vie
  - Satisfaction

## QUELS QUESTIONNAIRES? AU FINAL

- 1 questionnaire de chaque catégorie
- Validé en français, assez court +++
- Ma proposition:
  - Symptômes: USP et/ou ICIQ-UI SF et/ou ICIQ-MLUTS/FLUTS
  - Qualité de vie: ICIQ-UI-SF et/ou I-QoI
  - Satisfaction: PGII

# USP: URINARY SYMPTOMS PROFILE

## Comprehensive Evaluation of Bladder and Urethral Dysfunction Symptoms: Development and Psychometric Validation of the Urinary Symptom Profile (USP) Questionnaire

François Haab, François Richard, Gérard Amarenco, Patrick Coloby, Benoit Arnould, Khadra Benmedjahed, Isabelle Guillemin, and Philippe Grise



Couvre incontinence et SBAU

# USP: URINARY SYMPTOMS PROFILE

## Sous-score IU effort (/9)

Il peut vous arriver d'avoir des fuites d'urine lors de certains efforts physiques, soit importants (tels qu'une pratique sportive ou une quinte de toux violente), soit modérés (tels que monter ou descendre les escaliers) ou encore légers (tels que la marche ou un changement de position).

1. Durant les 4 dernières semaines, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

|   | Jamais de fuite d'urine    | Moins d'une fuite d'urine par semaine | Plusieurs fuites d'urine par semaine | Plusieurs fuites d'urine par jour |
|---|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1a. Lors des efforts physiques importants | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2           | <input type="checkbox"/> 3        |
| 1b. Lors des efforts physiques modérés    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2           | <input type="checkbox"/> 3        |
| 1c. Lors des efforts physiques légers     | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1            | <input type="checkbox"/> 2           | <input type="checkbox"/> 3        |

### Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »



## Sous-score HAV (/21)

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

2. Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

0 Jamais  1 Moins d'une fois par semaine  2 Plusieurs fois par semaine  3 Plusieurs fois par jour

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

0 Plus de 15 minutes  1 De 6 à 15 minutes  2 De 1 à 5 minutes  3 Moins de 1 minute

4. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

0 Jamais  1 Moins d'une fois par semaine  2 Plusieurs fois par semaine  3 Plusieurs fois par jour

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

0 Pas de fuites dans cette circonstance  1 Quelques gouttes  2 Fuites en petites quantités  3 Fuites instantanées

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

5. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

0 Deux heures ou plus  1 Entre 1 heure et 2 heures  2 Entre 30 minutes et 1 heure  3 Moins de 30 minutes

6. Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillé(e) la nuit par un besoin d'uriner ?

0 0 ou 1 fois  1 2 fois  2 3 ou 4 fois  3 Plus de 4 fois

7. Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

0 Jamais  1 Moins d'une fois par semaine  2 Plusieurs fois par semaine  3 Plusieurs fois par jour

### Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7

SCORE « HYPERACTIVITE VESICALE »



## Sous-score dysurie (/9)

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

8. Comment décrivez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

0 Normale  1 Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position)  2 Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains  3 Vidange par sonde urinaire

9. En général, comment décrivez-vous votre jet d'urine ?

0 Normal  1 Jet faible  2 Goutte à goutte  3 Vidange par sonde urinaire

10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

0 Miction normale et rapide  1 Miction difficile à debuter puis s'effectuant normalement  1 Miction debutant facilement mais longue à terminer  2 Miction très lente du début jusqu'à la fin  3 Vidange par sonde urinaire

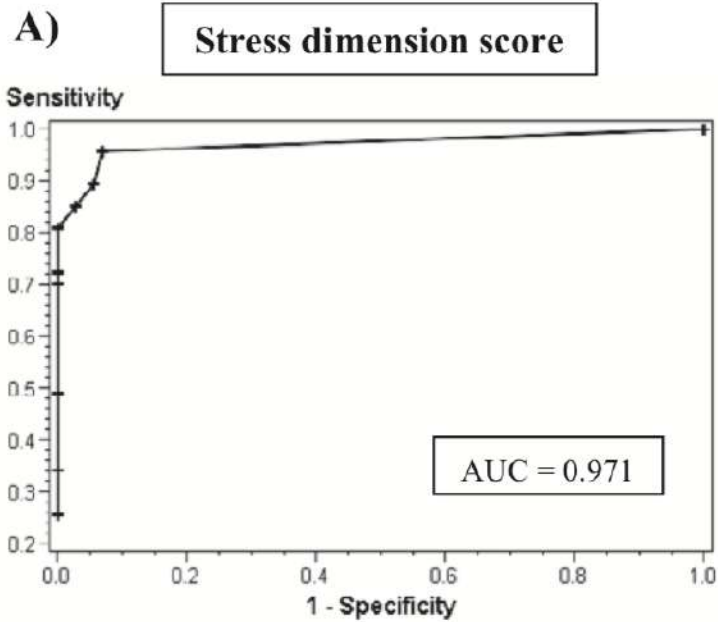
### Partie réservée au médecin :

Reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10

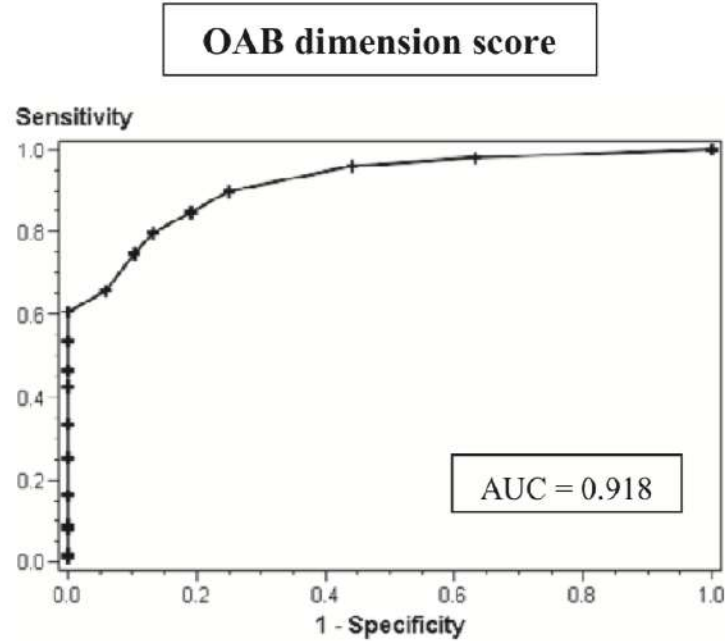
SCORE « DYSURIE »



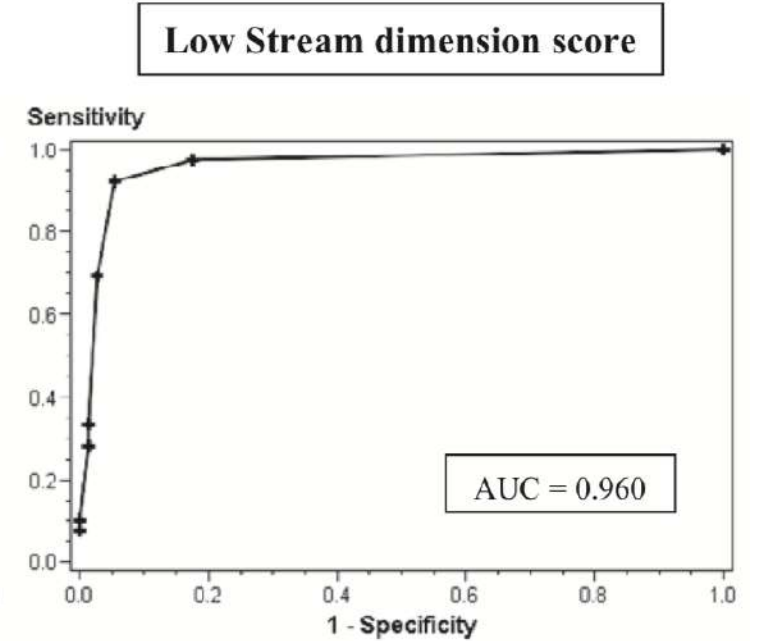
# USP: CHAQUE SOUS-SCORE EST VALIDÉ



Stress (n=47) versus control (n=72)



OAB (n=99) versus control (n=68)



Low Stream (n=39) versus control (n=74)

# ICIQ-UI-SF

## Questionnaire ICIQ

|                       |                      |                      |                      |                          |                      |                      |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Numéro du participant |                      |                      |                      | Initiales du participant |                      |                      |

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| J                    | J                    | M                    | M                    | M                    | A                    | A                    |

**Vous répondez à ce questionnaire le:**

Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.

1  **Votre date de naissance :**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| JOUR                 |                      | MOIS                 |                      | ANNEE                |                      |

2  **Sexe (cochez la réponse) :**

Femme  Homme

3  **A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? (ne cochez qu'une seule réponse)**

- jamais  0  
environ une fois par semaine au maximum  1  
deux à trois fois par semaine  2  
environ une fois par jour  3  
plusieurs fois par jour  4  
tout le temps  5

4  **Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation.**

**Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?**

(ne cochez qu'une seule réponse)

- nulle  0  
une petite quantité  2  
une quantité moyenne  4  
une grande quantité  6

5  **De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
pas du tout vraiment beaucoup

Score de l'ICIQ: ajoutez les scores 3+4+5

Score: / 21

Score qol (q5): / 10

# PGII: PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF IMPROVEMENT

Entourez le chiffre décrivant au mieux comment sont actuellement vos problèmes urinaires, en comparaison à ce qu'ils étaient avant le traitement

| Chiffre | Description           |
|---------|-----------------------|
| 1       | Beaucoup mieux        |
| 2       | Mieux                 |
| 3       | Légèrement mieux      |
| 4       | Pas de changement     |
| 5       | Légèrement moins bien |
| 6       | Moins bien            |
| 7       | Beaucoup moins bien   |



## PAD TEST

Peser les protections sèches et à chaque changement pour estimer le poids des fuites sur un temps donné

- 20 min
- 1H
- 24H



## PAD TEST IH STANDARDISÉ ICS

- Le/la patient(e) boit 500 ml en < 15 minutes
- Marche ensuite 30 minutes
- Monte et descend un étage par escalier
- Se relève de la position assise x10
- Tousse fortement x10
- Court sur place 1 min
- Se baisse pour ramasser un objet x 5
- Mets les mains sous l'eau froide 1 minute

## PAD TEST 24 H

- Pas de standardisation formelle
- Demander au patient de le faire sur une journée « classique »
- Conseiller de changer de protection toutes les 4-6h
- Peser les protections immédiatement après changement

## PAD TEST: NORMES ICS

- Pad test positif si:
  - 1H:  $> 1,4$  g
  - 24H:  $> 4,4$ g
- Incontinence sévère si pad test 24H  $> 75$  g (femme)

# PAD TEST: RECOMMANDATIONS

|                        | AFU 2007  | EAU 2020                        | AUA 2017-2019      | ICS 2017  |
|------------------------|---|---------------------------------|--------------------|-----------|
| Recommandations        | Recherche clinique ou incontinence non diagnostiquée cliniquement | Quand quantification nécessaire | optionnel          | optionnel |
| Niveau de preuve/grade | NR  | LoE=2/ grade=weak               | Clinical principle | NR        |

# CATALOGUE MICTIONNEL

- Enregistrer l'heure et le volume des mictions pendant au moins 24H

| Date       | Heure | Boisson (cc) | Miction (cc) | Fuites urinaires | remarques |
|------------|-------|--------------|--------------|------------------|-----------|
| 22/11/2010 | 8:30  |              | 300          |                  | lever     |
|            | 8:45  | 300          |              |                  |           |
|            | 9:15  |              | 100          | +                |           |
|            | 10:30 |              | 90           |                  |           |
|            | 11:45 | 400          |              |                  |           |
|            | 12:00 |              | 85           |                  |           |
|            | 12:30 | 200          |              |                  |           |
|            | 14:00 |              | 80           |                  |           |
|            | 15:20 |              | 100          | +                |           |
|            | 16:15 |              | 70           |                  |           |
|            | 19:05 |              | 90           |                  |           |
|            | 20:10 | 400          |              |                  |           |
|            | 21:00 |              | 105          |                  |           |
|            | 23:00 |              | 70           | +                |           |
|            | 23:45 |              | 80           |                  | coucher   |
|            | 03:00 |              | 110          |                  |           |
|            | 03:05 | 100          |              |                  |           |
| 23/11/2010 | 07:30 |              | 400          |                  | lever     |
|            | 9:05  | 300          |              |                  |           |
|            | 9:30  |              | 70           | +                |           |
|            | 10:00 | 150          |              |                  |           |
|            | 11:00 |              | 90           |                  |           |
|            | 12:00 | 150          |              |                  |           |
|            | 12:15 |              | 70           | +                |           |
|            | 13:30 |              | 80           |                  |           |
|            | 14:40 | 333          |              |                  |           |
|            | 16:00 |              | 90           |                  |           |
|            | 17:40 |              | 60           | +                |           |
|            | 19:05 |              | 70           |                  |           |
|            | 20:10 | 500          |              |                  |           |
|            | 21:03 |              | 110          |                  |           |
|            | 22:00 |              | 50           |                  | coucher   |
|            | 04:00 |              | 80           | +                |           |
| 24/11/2020 | 07:30 | 300          |              | lever            |           |

# CATALOGUE MICTIONNEL

- Principales informations à extraire du calendrier mictionnel:
  - Nombre de mictions diurnes
  - Nombre de mictions nocturnes
  - Volume mictionnel maximal (capacité vésicale fonctionnelle)
  - Diurèse des 24 h

# CALENDRIER MICTIONNEL: RECOMMANDATIONS

|                           | AFU 2007         | EAU 2020   | AUA 2017-2019      | ICS 2017                                 |
|---------------------------|------------------|--|--------------------|--|
| Recommandations           | Systematiquement | Quand quantification<br>nécessaire<br><br>Au moins 3 jours | optionnel          | Systematiquement<br><br>Au moins 3 jours |
| Niveau de<br>preuve/grade | NR               | LoE=2/ grade=strong  | Clinical principle | Grade A                                  |



# BANDELETTE URINAIRE

- Eliminer une infection urinaire
- Dépister une hématurie microscopique, une protéinurie

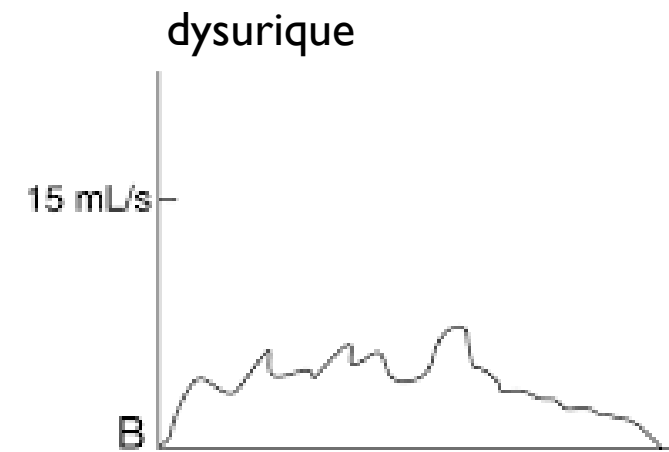
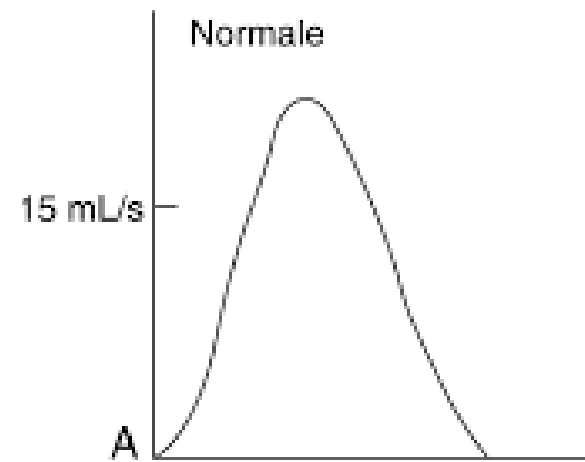


# BANDELETTE URINAIRE: RECOMMANDATIONS

|                               |  |   |                 |
|-------------------------------|--|---|-----------------|
|                               |  A cartoon image of SpongeBob SquarePants, a yellow sponge character with large blue eyes, a wide smile showing two front teeth, and his hands raised above his head in a gesture of surprise or excitement. He is wearing a white shirt, a red tie, and brown pants. The background is a simple underwater scene with a sandy bottom and blue water. | 9 | <b>ICS 2017</b> |
| <b>Recommandations</b>        |  |   | Systematique    |
| <b>Niveau de preuve/grade</b> |  |   | LoE=4/ grade D  |

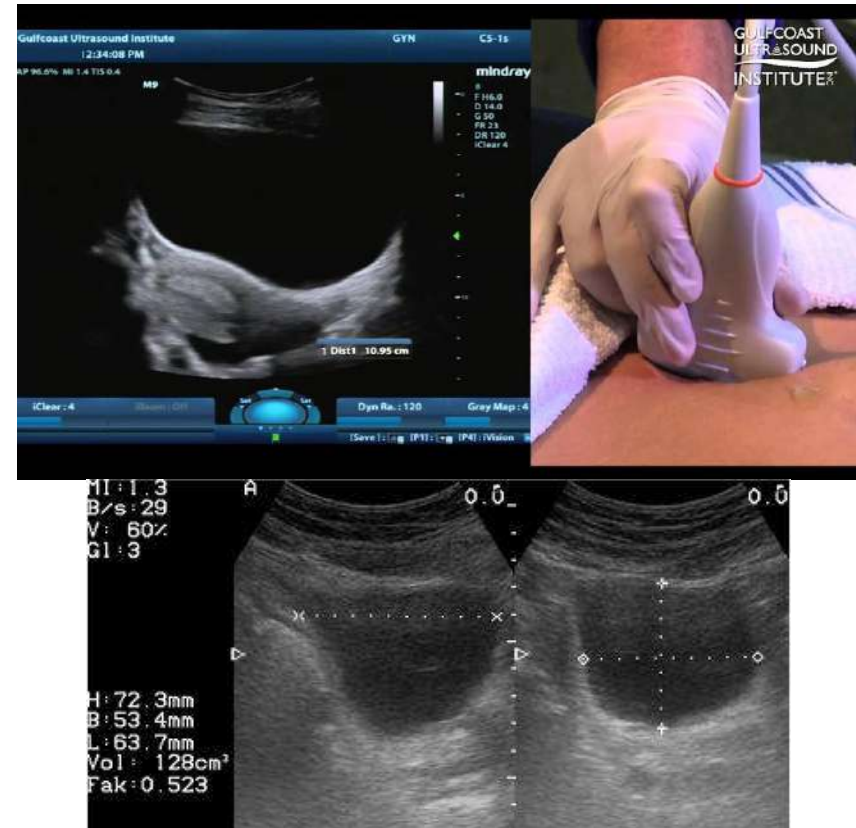
# DÉBITMÉTRIE

Optionnel dans l'exploration d'une incontinence urinaire



# RÉSIDU POST MICTIONNEL

- Eliminer une incontinence par rétention chronique d'urine +++
- Prédire le risque de rétention post traitement: anticholinergiques, bandelette sous urétrale, toxine botulique



# ANTICHOLINERGIQUES: FORTEMENT DÉCONSEILLÉ SI RPM ÉLEVÉ

| <b>Recommendations</b>  | <b>LE</b> | <b>GR</b> |
|---|-----------|-----------|
| Muscarinic receptor antagonists may be used in men with moderate-to-severe LUTS who mainly have bladder storage symptoms. | 1b        | B         |
| Caution is advised in men with a PVR volume greater than 150 mL.  | 4         | C         |

EAU guidelines male LUTS 2019

## **AFU 2012**

Anticholinergiques: déconseillés en cas de dysurie franche (débit maximum inférieur à 10mL/s) ou de résidu post-mictionnel significatif (>200mL) (GradeB)

# RPM: RECOMMANDATIONS

|                        |    |   | 2017-2019 | ICS 2017              |
|------------------------|----|---|-----------|-----------------------|
| Recommandations        | Sy |  | iquement  | Si suspicion clinique |
| Niveau de preuve/grade |    |   | opinion   | Grade D               |

# EXAMEN PHYSIQUE



# REGARDER LE PATIENT MARCHER

« On ne pisse pas mieux qu'on marche »



Pr F. Guillé  
chef du service d'urologie de Rennes, jusqu'en 2010



# EXAMEN UROGYNÉCOLOGIQUE: LE NÉCESSAIRE



# INSPECTION: ATROPHIE VULVO-VAGINALE



# ATROPHIE VULVO-VAGINALE = OESTROGENOTHERAPIE LOCALE!



**Cochrane  
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Niveau de preuve I pour:

- Incontinence d'effort
- Incontinence par urgenturie

**Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women (Review)**

Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A

There was some evidence that oestrogens used locally (for example vaginal creams or pessaries) may improve incontinence (RR 0.74, 95% CI 0.64 to 0.86)

# VAGINAL OESTROGEN= OXYBUTININE POUR HAV ... MAIS BCP MOINS D'EFFETS INDESIRABLES

|                      | Oxybutynin  |             |          | Estradiol ring |             |          | Difference between groups |
|----------------------|-------------|-------------|----------|----------------|-------------|----------|---------------------------|
|                      | Baseline    | 12 wk       | <i>P</i> | Baseline       | 12 wk       | <i>P</i> |                           |
| No. of voids in 24 h | 14.7 (5.3)  | 11.7 (6.1)  | 0.003    | 14.9 (5.3)     | 10.4 (4.2)  | <0.001   | 0.71                      |
| UDI-6 score          | 12.1 (4.3)  | 9.4 (4.8)   | 0.003    | 11.4 (3.5)     | 7.8 (4.3)   | <0.001   | 0.58                      |
| IIQ-7 score          | 14.7 (5.8)  | 11.3 (6.9)  | 0.02     | 13.2 (4.8)     | 8.1 (6.4)   | <0.001   | 0.37                      |
| Vaginal pH level     | 5.8 (0.9)   | 5.8 (0.8)   | 0.72     | 6.0 (1.0)      | 4.9 (0.9)   | 0.002    | <0.001                    |
| Maturation index     | 36.3 (34.4) | 34.8 (30.1) | 0.76     | 24.3 (28.3)    | 70.1 (21.5) | <0.001   | <0.001                    |

**TABLE 3.** *Participant-reported adverse effects after 12 weeks of treatment*

|                   | Oxybutynin<br>(n = 27) | Estradiol ring<br>(n = 27) | Relative risk<br>(95% CI) | <i>P</i> |
|-------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| Dry mouth         | 23 (85%)               | 6 (22%)                    | 3.8 (2.1-6.4)             | <0.001   |
| Headache          | 10 (37%)               | 7 (26%)                    | 1.4 (0.7-3.2)             | 0.38     |
| Constipation      | 14 (52%)               | 2 (7%)                     | 7.0 (2.1-26.5)            | <0.001   |
| Vaginal discharge | 1 (4%)                 | 11 (41%)                   | 0.09 (0.02-0.47)          | 0.001    |
| Blurry vision     | 12 (44%)               | 5 (19%)                    | 2.4 (1.0-5.9)             | 0.04     |
| Nausea/vomiting   | 2 (7%)                 | 3 (11%)                    | 0.67 (0.14-3.2)           | 0.64     |

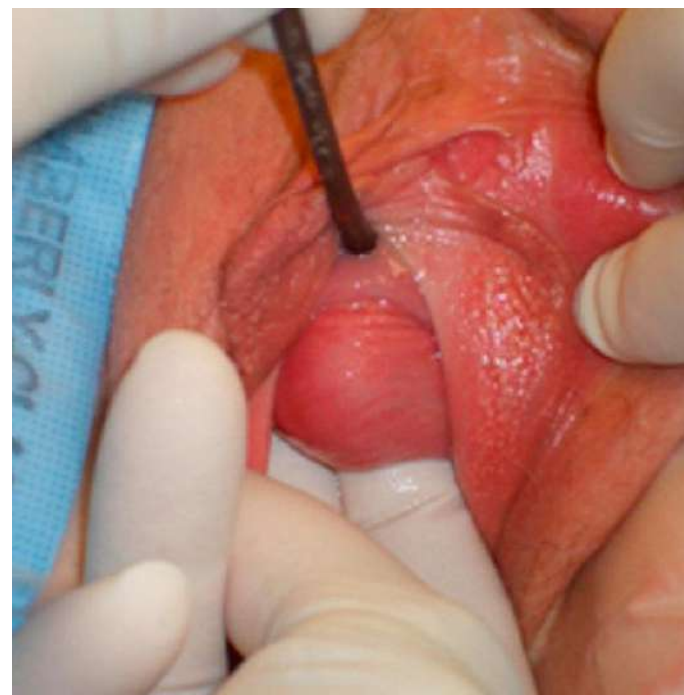
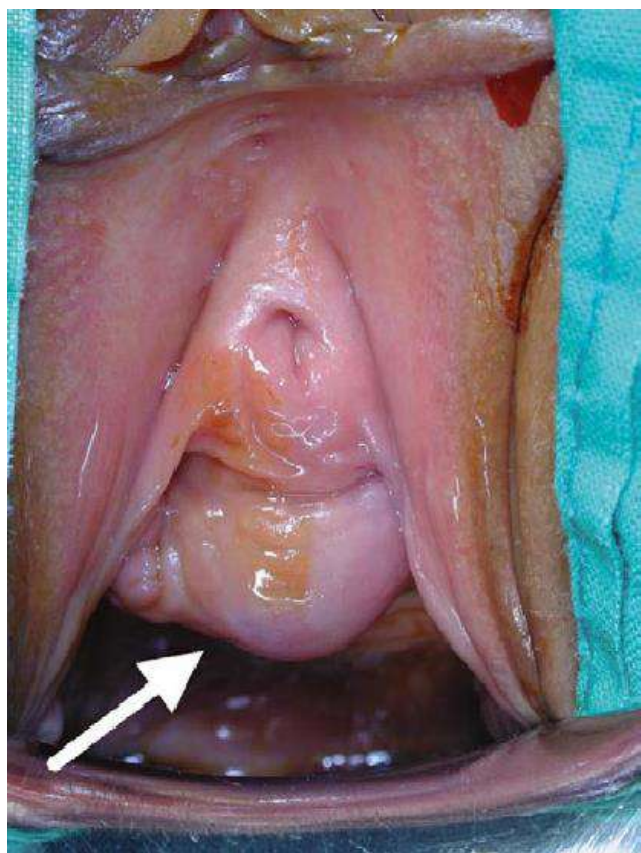
# INSPECTION: LICHEN SCLERO- ATROPHIQUE



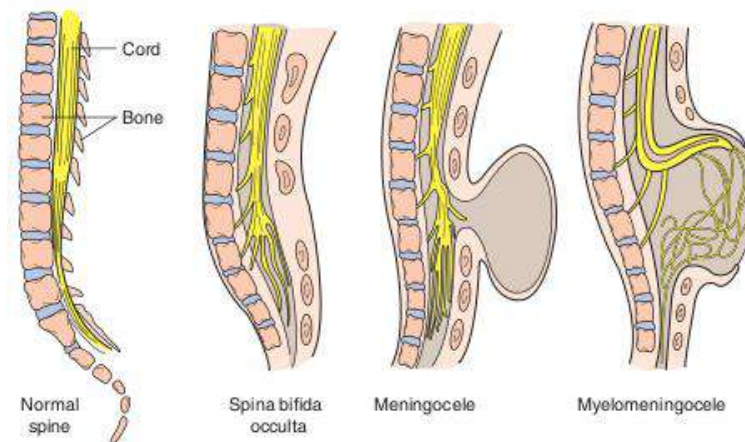
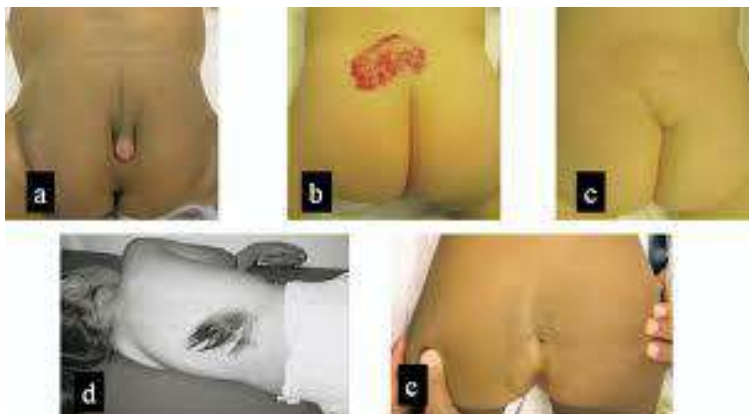
# INSPECTION: PROLAPSUS



# INSPECTION: DIVERTICULE URÉTRAL



# INSPECTION BAS DU DOS: DYSRAPHISME FERMÉ?



|  | Spina ouvert<br>N=274 | Spina fermé<br>N=121 | Valeur de p |
|--|-----------------------|----------------------|-------------|
| Compliance < 20 ml/cm H <sub>2</sub> O | 79 (29%)              | 21 (17,4%)           | 0,27        |
| Insuffisance rénale terminale          | 8 (2,8%)              | 2 (1,6%)             | 0,73        |





# TEST À LA TOUX

Received: 4 January 2018 | Accepted: 8 January 2018  
DOI: 10.1002/nau.23519

## SOUNDING BOARD

WILEY    

## **ICS Educational Module: Cough stress test in the evaluation of female urinary incontinence: Introducing the ICS-Uniform Cough Stress Test**

Michael L. Guralnick<sup>1</sup>  | Xavier Fritel<sup>2</sup> | Tufan Tarcan<sup>3</sup> |  
Montserrat Espuna-Pons<sup>4</sup> | Peter F. W. M. Rosier<sup>5</sup> 

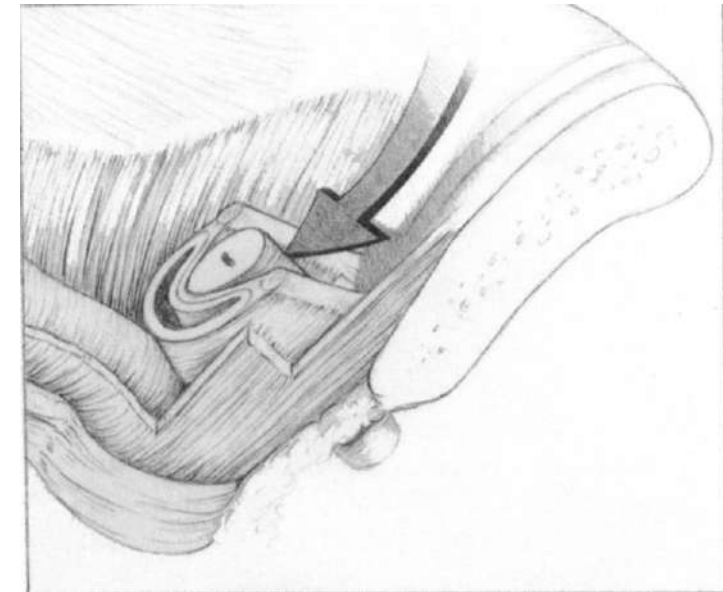
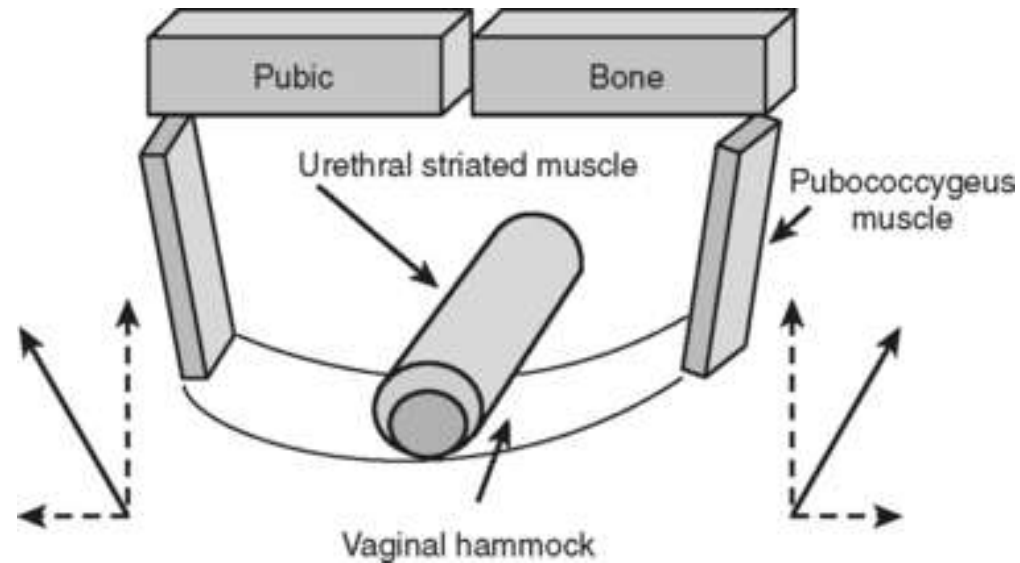
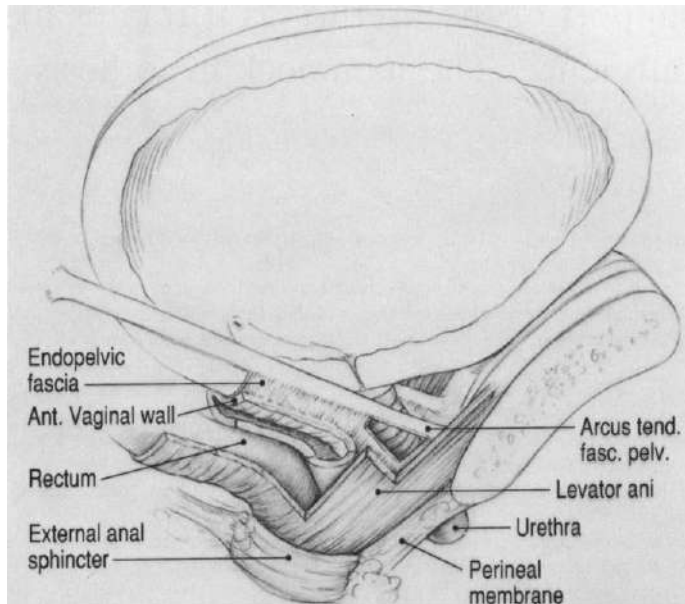
- Position gynécologique
- Vessie remplie entre 200 et 400 ml
- Patient(e) tousse 4 fois
- Si fuites d'urine par le méat: test positif



# DEUX MÉCANISMES D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LA FEMME

- Hypermobilité urétrale
- Insuffisance sphinctérienne

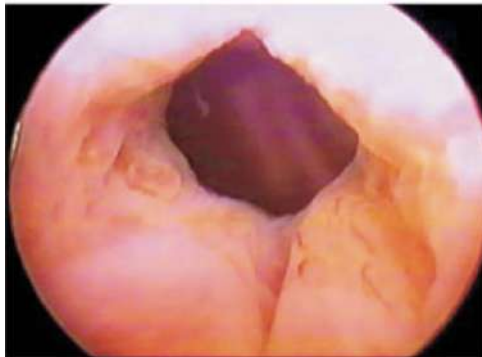
# THÉORIE DELANCEY: HYPERMOBILITÉ URÉTRALE



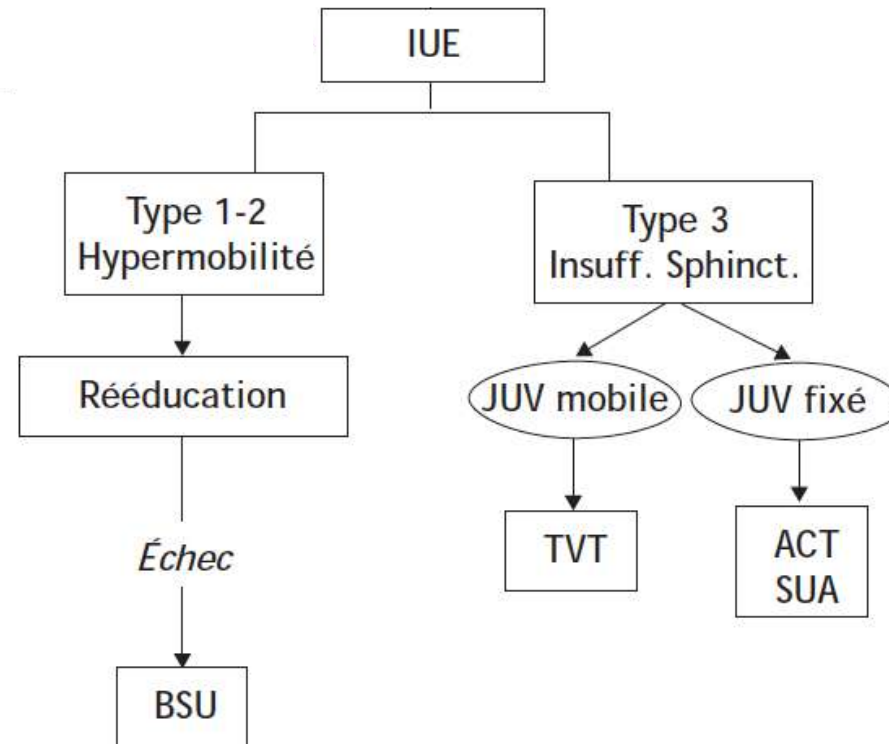
# INSUFFISANCE SPHINCTERIENNE: ED MCGUIRE



Il existe un autre mécanisme d'incontinence féminine que l'hypermobilité urétrale lié à la tonicité sphinctérienne « intrinsèque »



# HYPERMOBILITÉ URÉTRALE OU INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE: UN IMPACT THÉRAPEUTIQUE



**MAIS...HYPERMOBILITÉ URÉTRALE ET  
INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE:  
PLUTÔT UN CONTINUUM**



PAS DE DÉFINITION CONSENSUELLE INTERNATIONALE



# DÉFINITION « FRANÇAISE » DE L'INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE

- **Définition composite clinique et urodynamique:**
  - ❖ Urodynamique: P cloture urétrale < 20 ou 30 cmH<sub>2</sub>O
  - ❖ Clinique:
    - Absence de mobilité urétrale
    - test de soutènement urétral négatif
    - +/- échec d'une première chirurgie
    - +/- scores d'incontinence à l'effort élevés (incontinence permanente ou activité courante)
    - +/- fuites à la poussée abdominale

# SI PRESSION CLOTURE BASSE: EFFICACITÉ BSU DIMINUÉE?

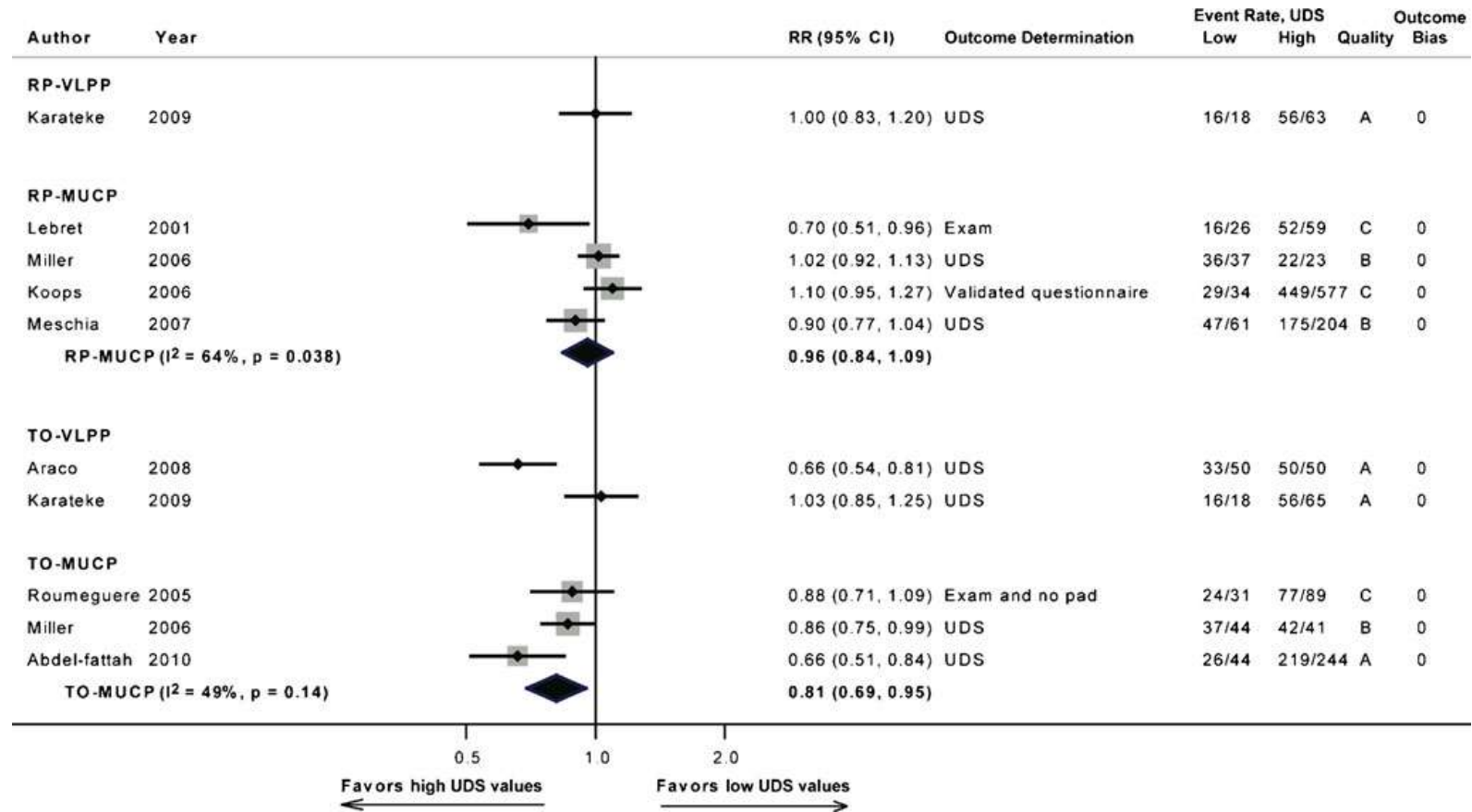
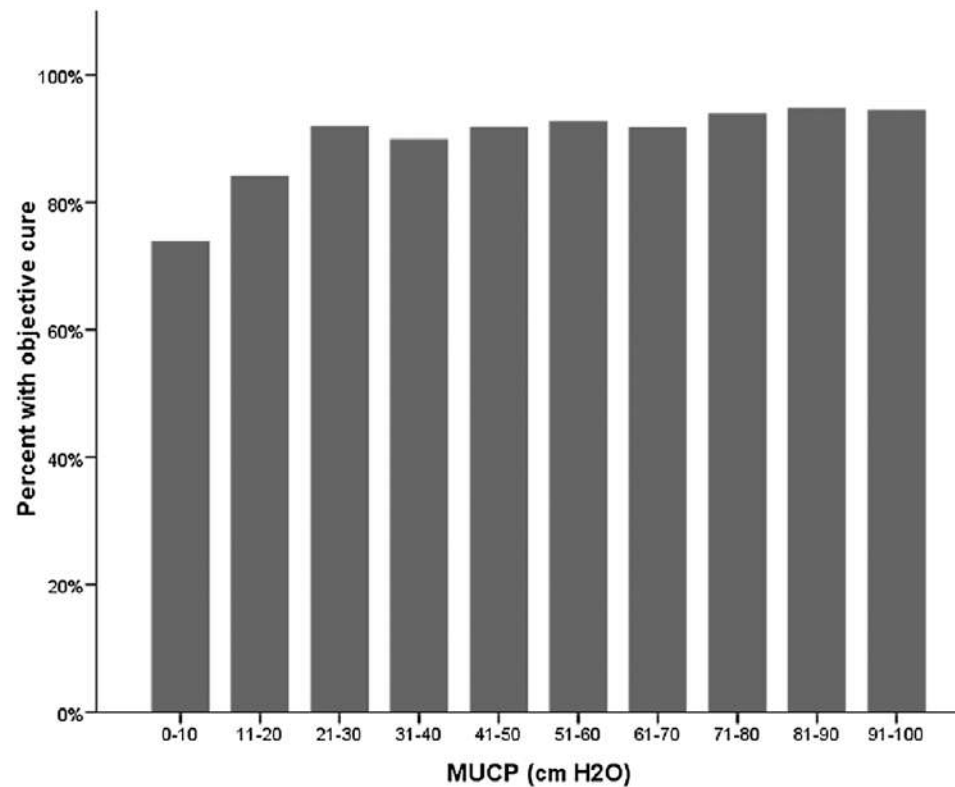
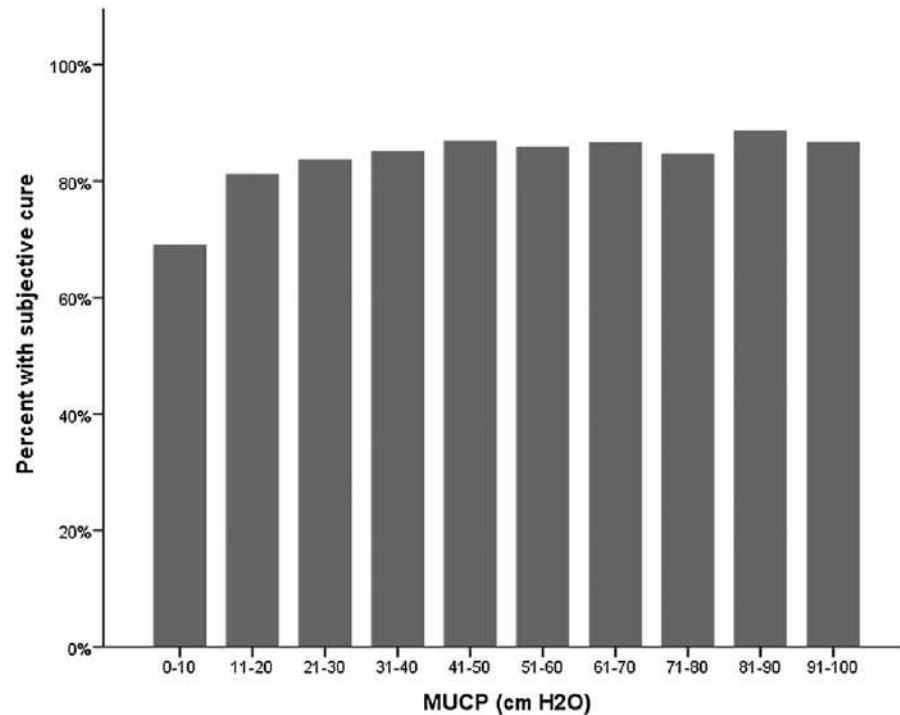


Fig. 3 Forest plot: association between urodynamic study (UDS) values and objective cure

# SI PRESSION CLOTURE BASSE: EFFICACITÉ BSU DIMINUÉE? NON

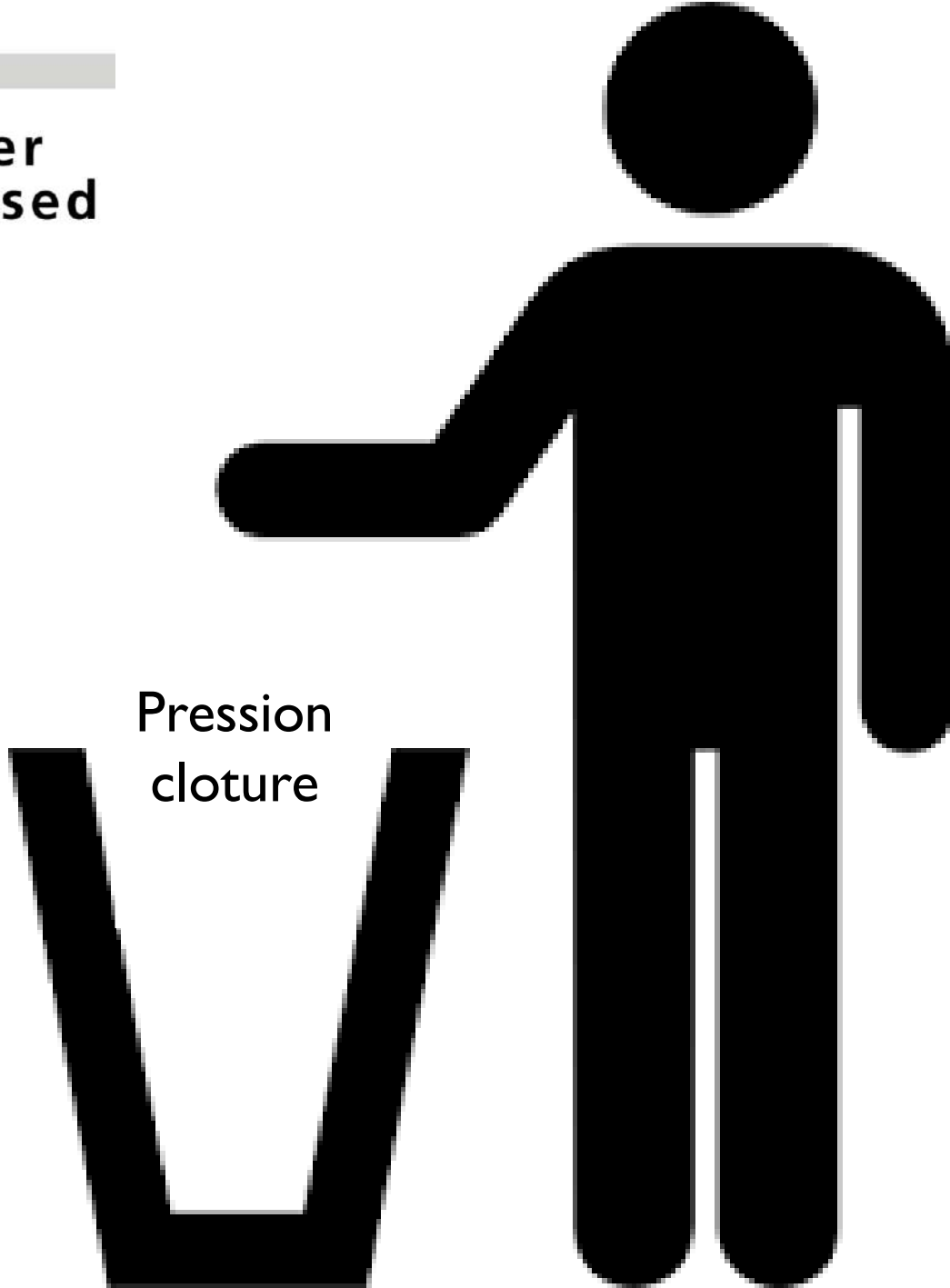
Registre norvégien 6,646 TVT



# Can Intrinsic Sphincter Deficiency be Diagnosed by Urodynamics?

Lisa M. Parrillo, MD<sup>a</sup>, Parvati Ramchandani, MD<sup>a,b</sup>,  
Ariana L. Smith, MD<sup>c,\*</sup>

Pression  
cloture

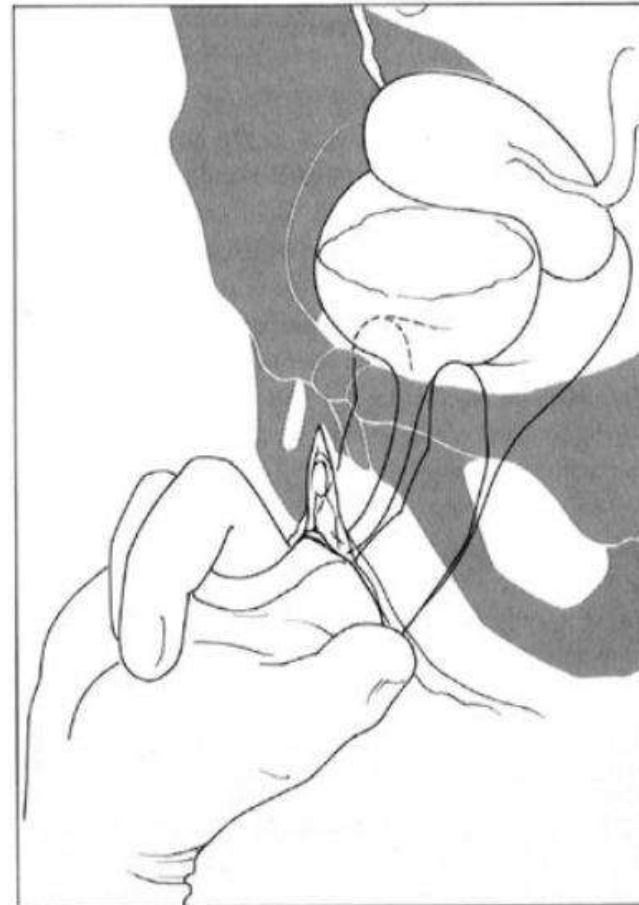


# HYPERMOBILITÉ URÉTRALE/INSUFFISANCE SPHINCTÉRIENNE: ÉLÉMENTS D'ORIENTATION À L'INTERROGATOIRE

| En faveur hypermobilité urétrale prédominante   | En faveur insuffisance sphinctérienne prédominante   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• + Jeune</li><li>• Fuites à la toux, rire, éternuement</li><li>• Fuites exclusivement diurnes</li><li>• Pas d'antécédents de chirurgie IU effort</li><li>• Pas de radiothérapie</li><li>• Incontinence modérée</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• + Agée</li><li>• Fuites à la marche, a la station debout</li><li>• Fuites pouvant être diurnes et nocturnes</li><li>• Antécédents chirurgie IU effort</li><li>• Radiothérapie</li><li>• Incontinence majeure</li><li>• Peut se présenter comme une HAV</li></ul> |

# MANŒUVRE DE SOUTÈNEMENT URÉTRAL: BONNEY

- Deux doigts au niveau du col vésical
- Mime un Burch et non pas une BSU
- Comprime l'urètre = beaucoup de faux positifs
- N'est plus utilisé



## MANŒUVRE DE SOUTÈNEMENT URÉTRAL: ULMSTEN « PINCH » TEST

QUASIMENT AUCUNE ETUDE (1 abstract AFU 2004) ÉVALUANT LA  
PERTINENCE CLINIQUE ET LE CARACTÈRE PRÉDICTIF DES  
MANŒUVRES DE SOUTÈNEMENT

# MANŒUVRE DE SOUTÈNEMENT: RECOMMANDATIONS

|                               | <b>AFU 2007</b>  | <b>EAU 2020</b> | <b>AUA 2017-2019</b> | <b>ICS 2017</b> |
|-------------------------------|------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| <b>Recommandations</b>        | Systematiquement | Non mentionné   | Non mentionné        | Non mentionné   |
| <b>Niveau de preuve/grade</b> | NR               | NA              | NA                   | NA              |



# LA CLÉ: LA MOBILITÉ URÉTRALE

33 à 70% de succès du TVT en cas d'urètre fixe sans antécédents chirurgicaux

Cour, Prog Urol 2016

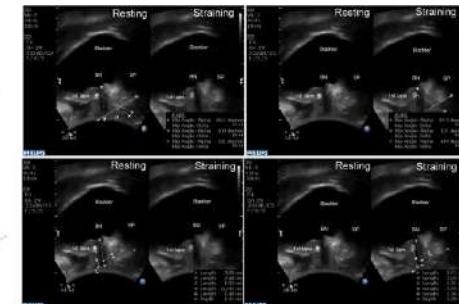
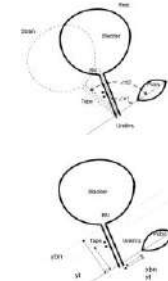
Int Urogynecol J  
DOI 10.1007/s00192-015-2912-5



ORIGINAL ARTICLE

Risk factors for failure of repeat midurethral sling surgery for recurrent or persistent stress urinary incontinence

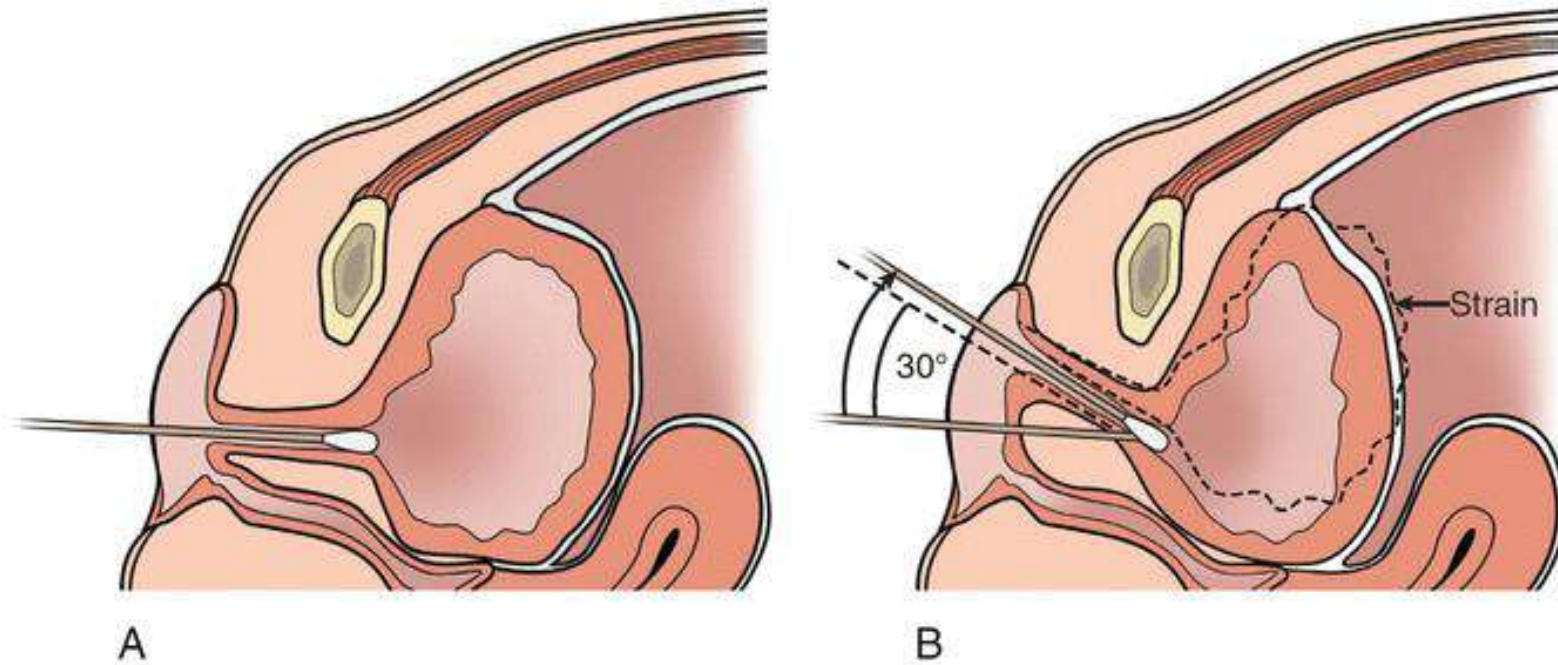
Tsia-Shu Lo<sup>1,2,3</sup> & Leng Boi Pue<sup>4</sup> & Yiap Loong Tan<sup>5</sup> & Pei-Ying Wu<sup>1</sup>



25% de succès chez les patientes en échec d'une 1ere BSU avec une perte de mobilité urétrale

# Q-TIP TEST

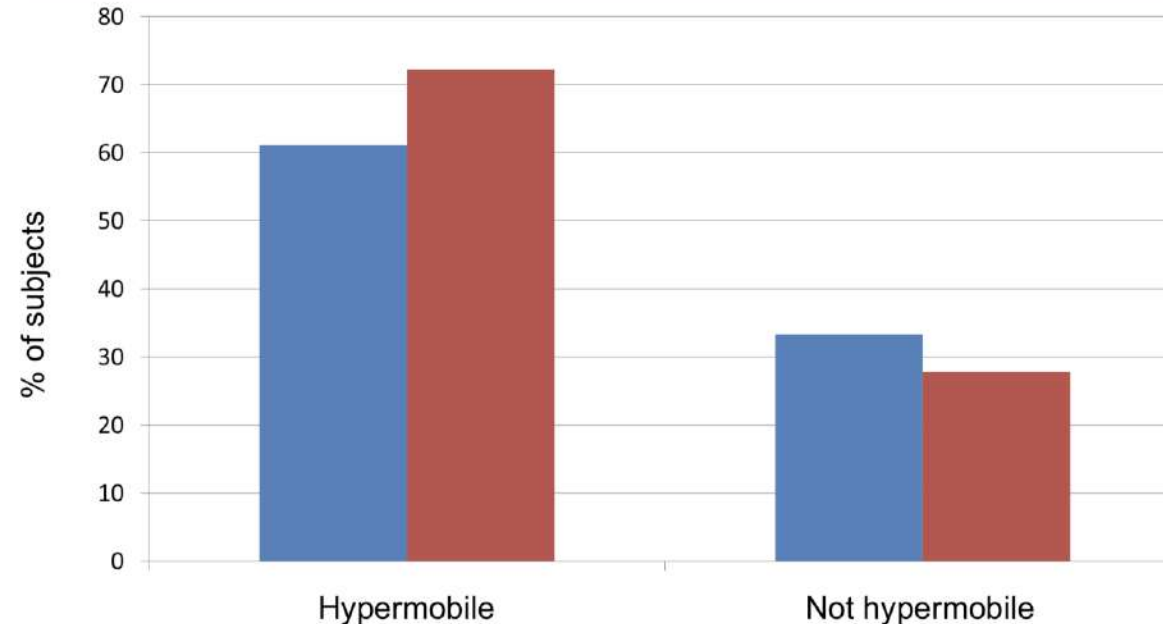
Hypermobilité urétrale si  $> 30^\circ$  à la poussée



INCOMFORTABLE +++++

# APPRÉCIATION VISUELLE MOBILITÉ URÉTRALE: TRÈS FIABLE

**FIGURE 2**  
**Correlation of VUME and Q-Tip test**



Correlation of VUME and Q-Tip test for the assessment of urethral mobility ( $\rho = 0.47$ ,  $P = .001$ ); (VUME, blue column; Q-Tip test, red column).

VUME, visual urethral mobility examination.

Robinson. Visual urethral mobility exam vs Q-Tip test. Am J Obstet Gynecol 2012.

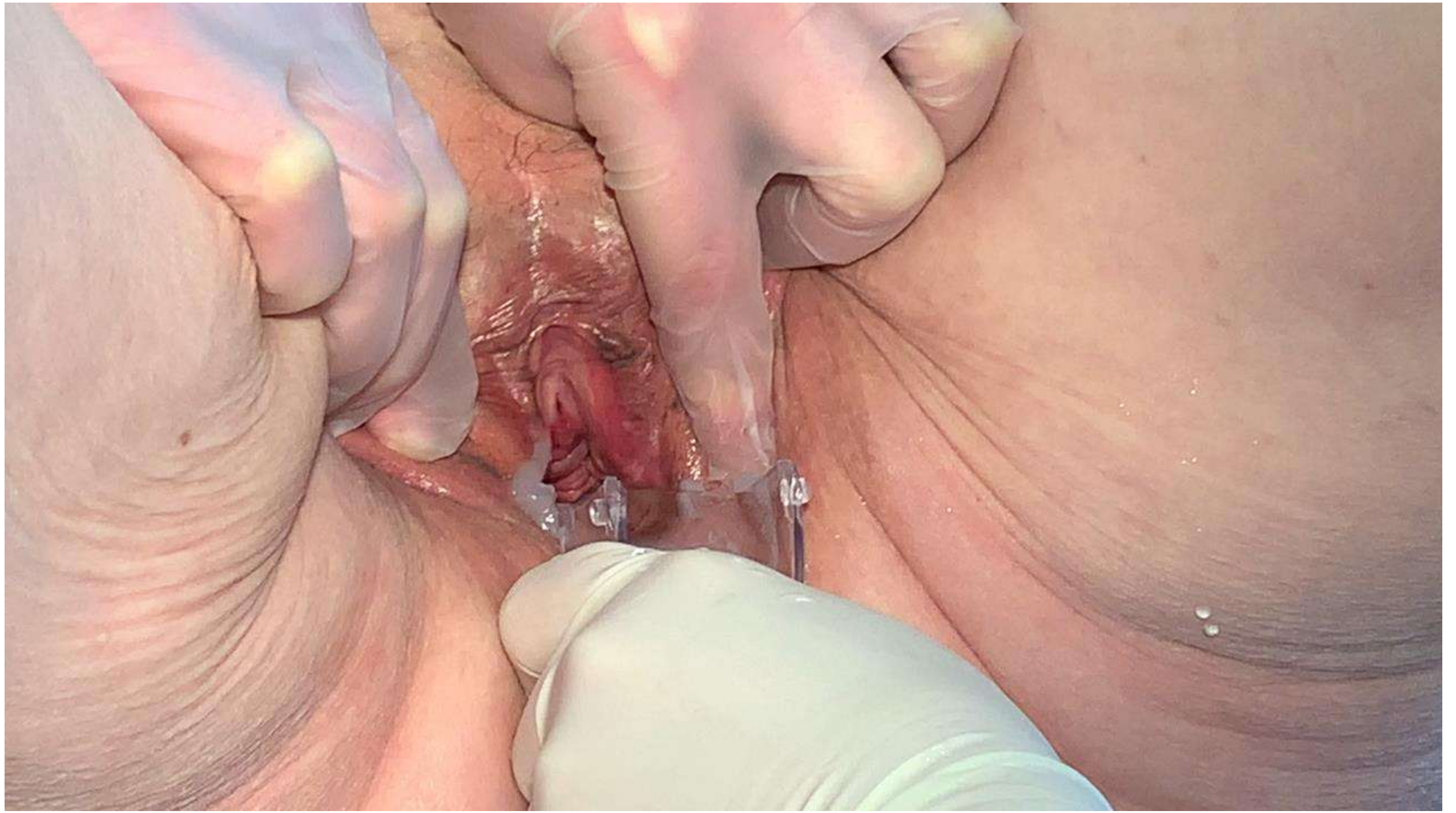
# Q-TIP TEST: RECOMMANDATIONS

|                               | <b>AFU 2007</b> | <b>EAU 2020</b> | <b>AUA 2017-2019</b> | <b>ICS 2017</b> |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| <b>Recommandations</b>        | Non recommandé  | Non mentionné   | Non recommandé       | Non recommandé  |
| <b>Niveau de preuve/grade</b> | NR              | NA              | NA                   | NA              |

# Cas clinique n.1

Title





Cas clinique n.3  
IUE récidivée après TOT



# AVANT SPHINCTER ARTIFICIEL: S'ASSURER DE LA CAPACITÉ À MANIPULER LA POMPE

- Accès à la grande lèvre (obésité+++)
- Fonctions cognitives appropriées
- Dextérité manuelle: pencil test



# DÉMONTRER L'INCONTINENCE D'EFFORT: AUSSI CHEZ L'HOMME!!!



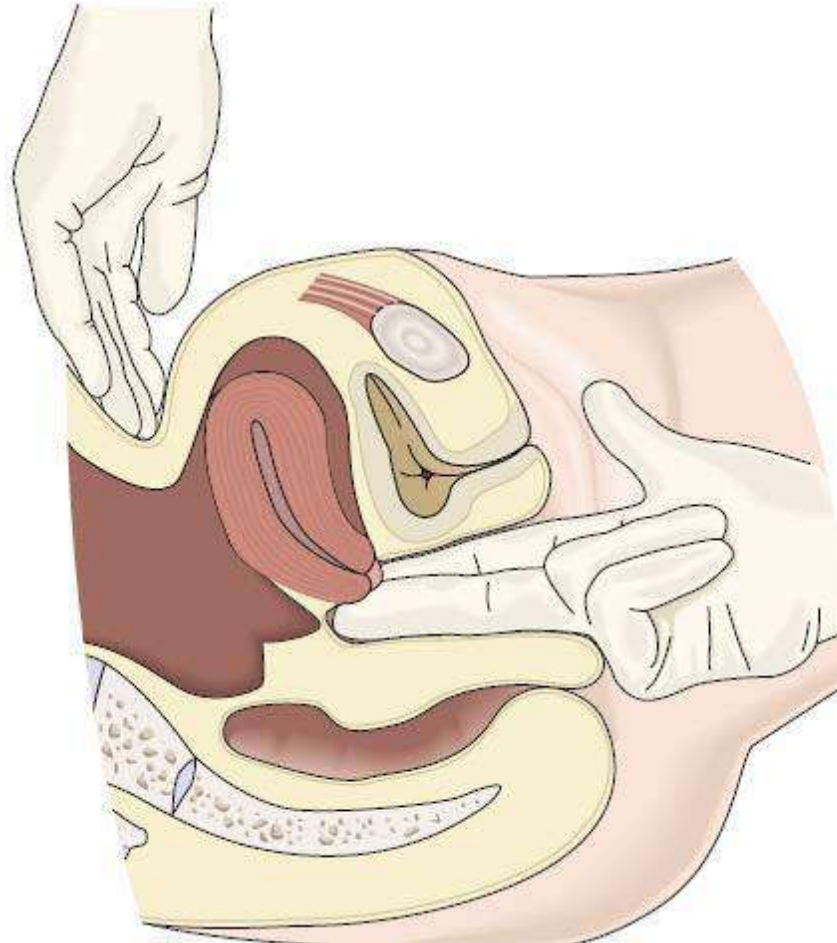
# EXAMEN DEBOUT POUR DÉMASQUER L'INCONTINENCE



# DÉPISTER UN PROLAPSUS



# TOUCHER VAGINAL: PALPATION BIMANUELLE UTÉRUS



# TOUCHER VAGINAL: CONTRACTILITÉ PLANCHER PELVIEN

Oxford Grading Scale modified by Laycock.

## Oxford Grading Scale by Laycock

- |   |   |
|---|---|
| 0 | No muscle activity                                  |
| 1 | Minor muscle “flicker”                              |
| 2 | Weak muscle activity without a circular contraction |
| 3 | Moderate muscle contraction                         |
| 4 | Good muscle contraction                             |
| 5 | Strong muscle contraction                           |

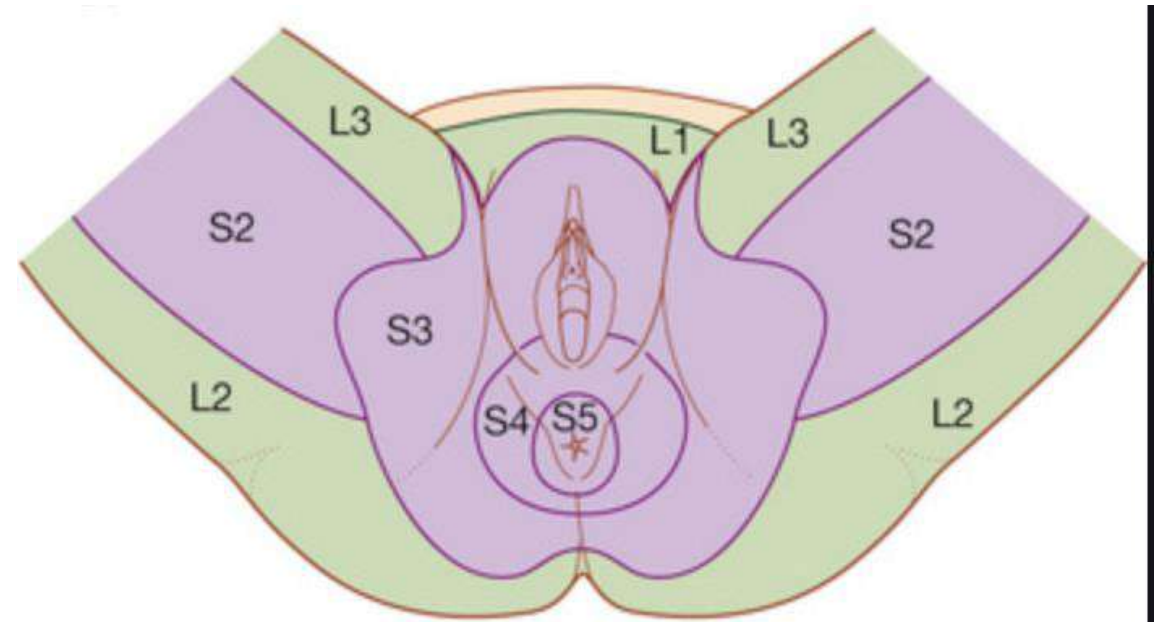
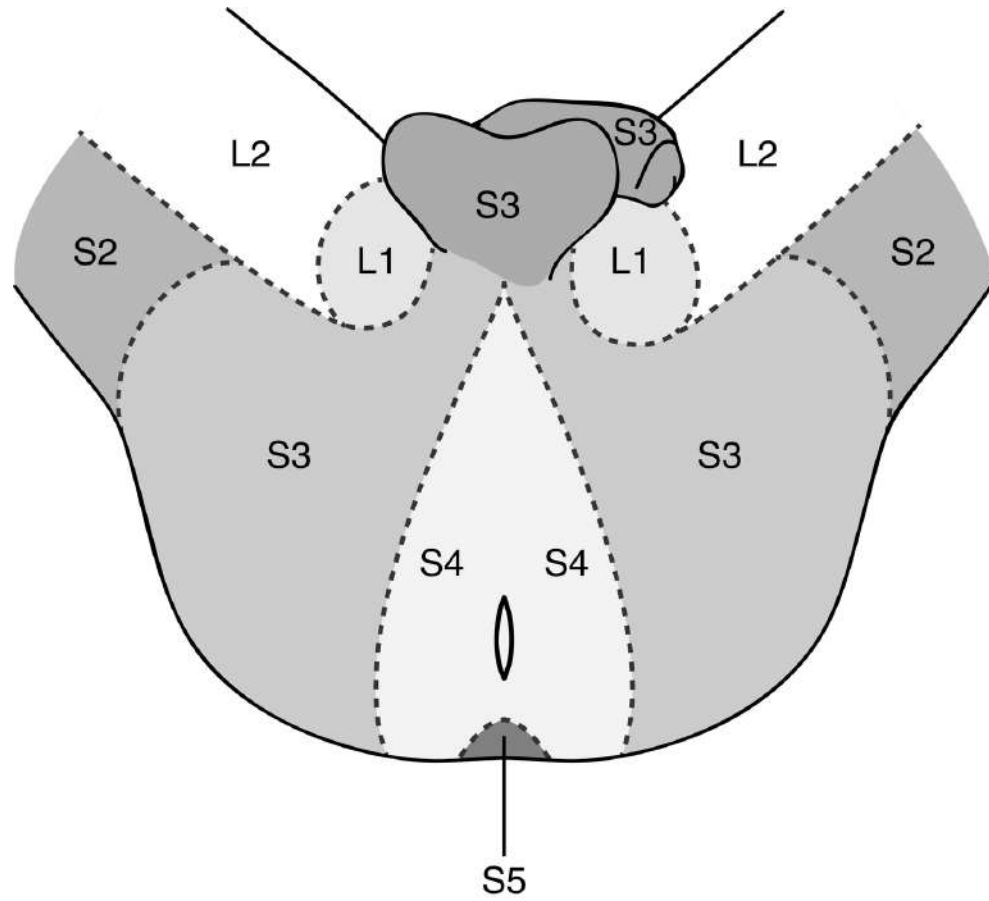
# TOUCHER RECTAL

- Recherche masse
- Evaluation tonus anal
- Contraction anale volontaire
- Recherche fécalome
- Evaluation prostate



# EXAMEN NEUROPÉRINÉAL

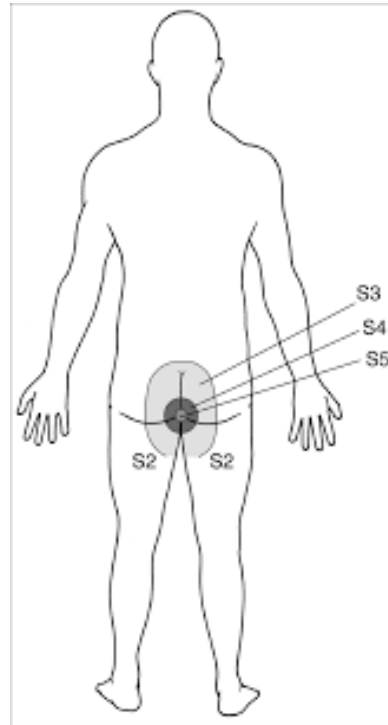
Sensibilité dermatomes périnéaux (épicritique: pic-touche)





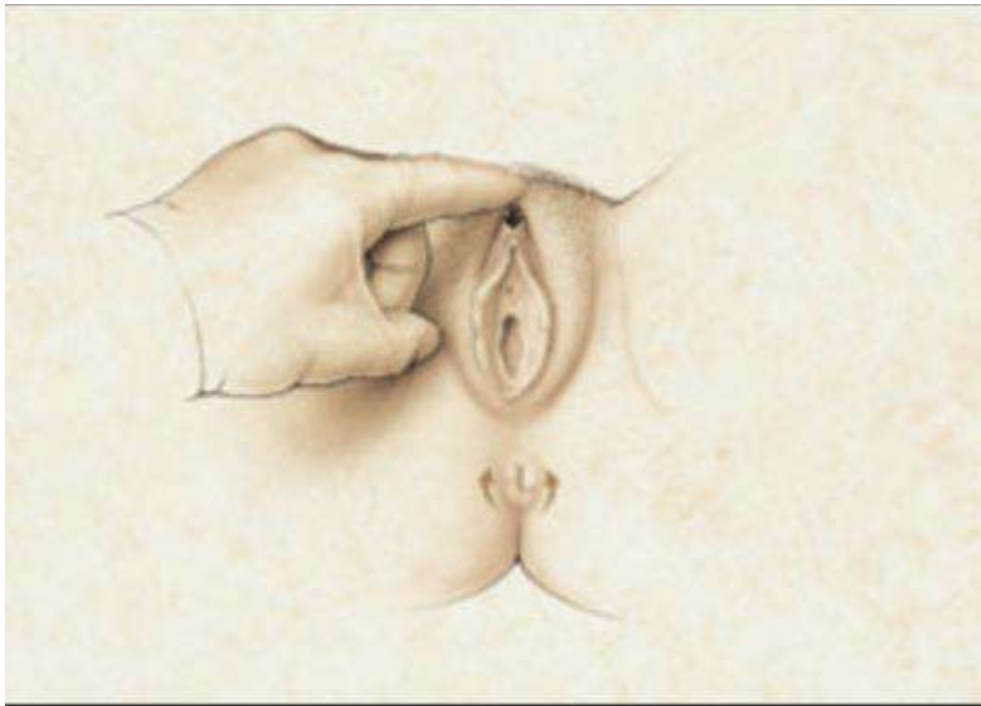
# EXAMEN NEUROPÉRINÉAL: TONUS ANAL

Hypotonie, absence de contraction volontaire: suspecter syndrome de la queue de cheval

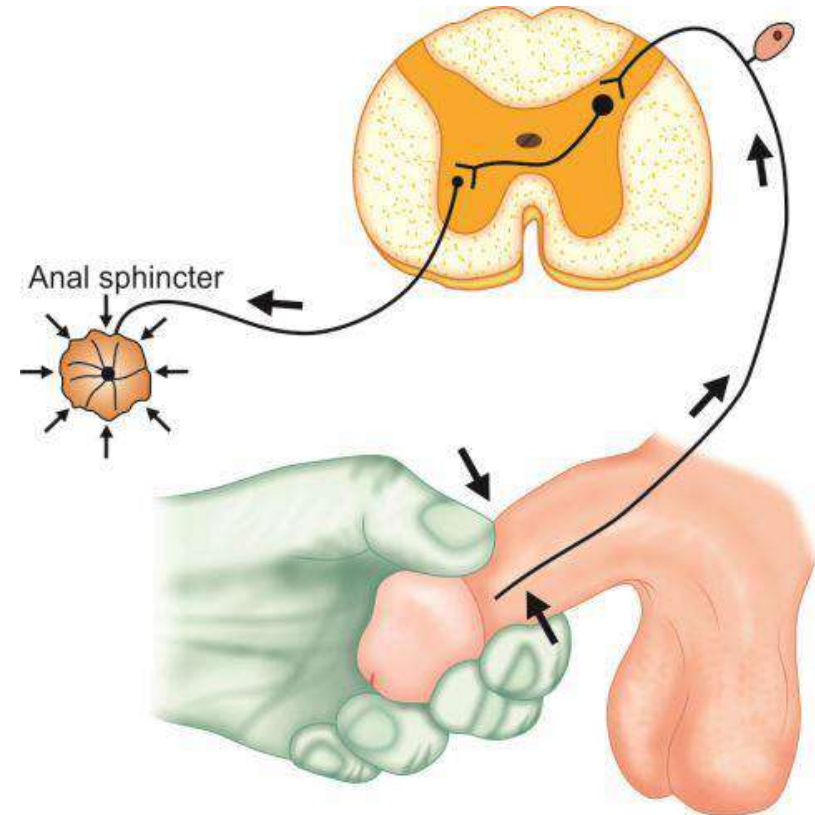


# EXAMEN NEUROPÉRINÉAL: REFLEXES DU CONE

## Réflexe clitorido-anal



## Réflexe bulbocaverneux



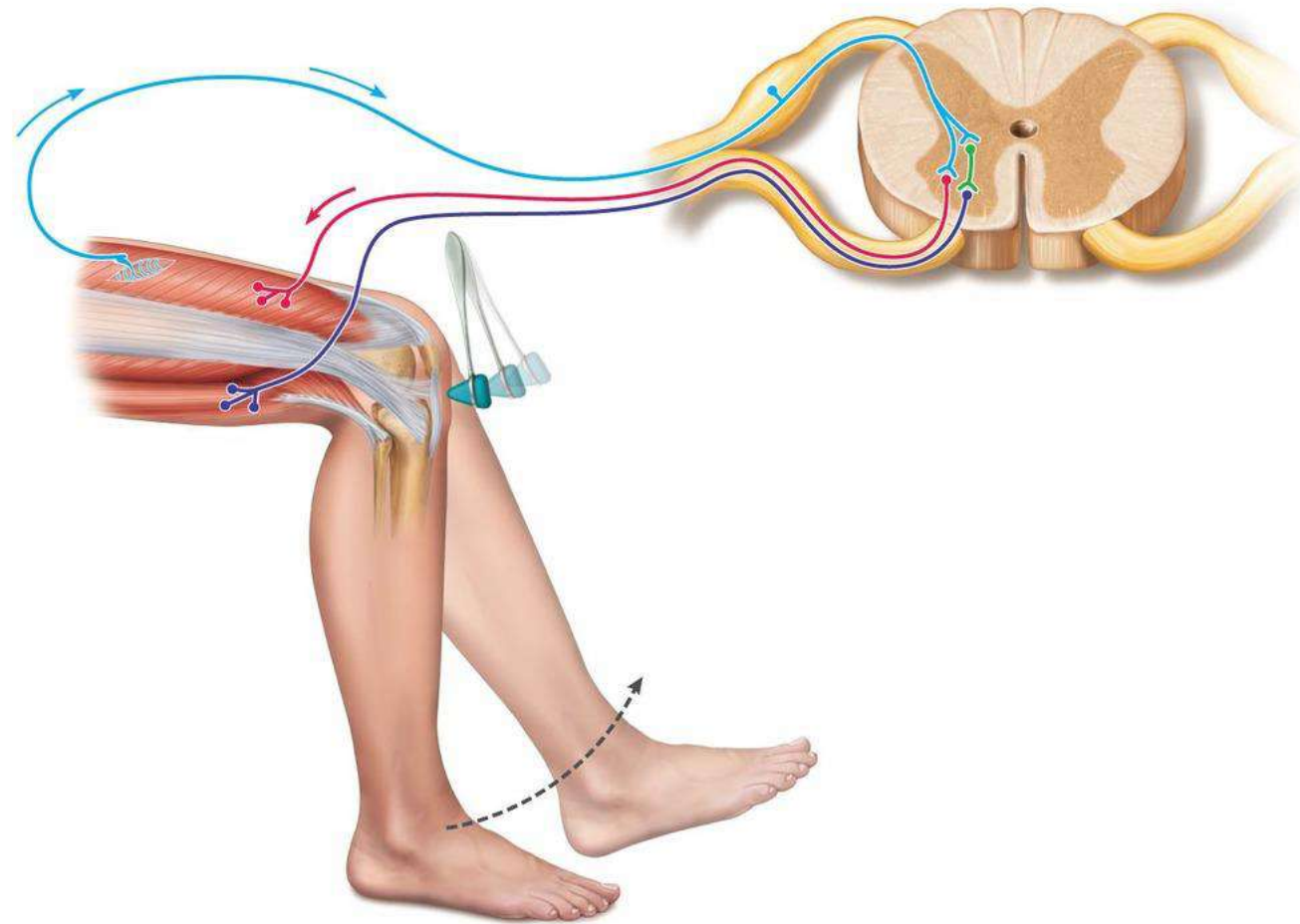
# REFLEXE CLITORIDO-ANAL



# REFLEXE BULBOCAVERNEUX

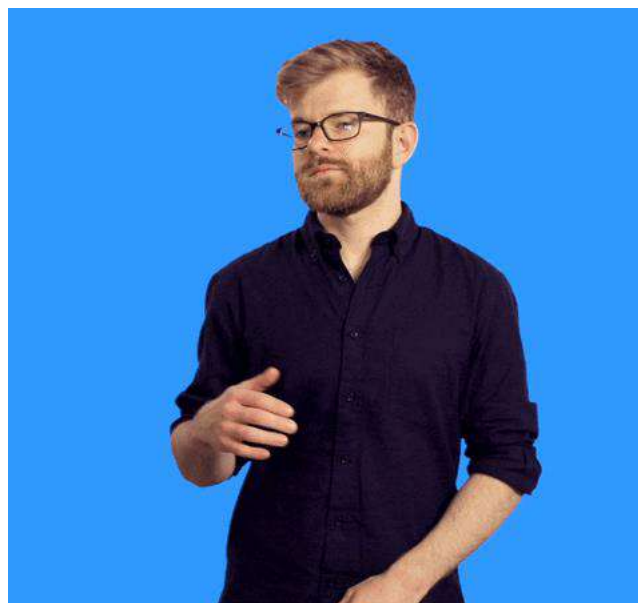


# REFLEXES OSTÉO-TENDINEUX: CAS SÉLECTIONNÉS



# INCONTINENCE MIXTE: COMMENT S'EN SORTIR?

Effort



Urgenturie



IL FAUT  
D'ABORD  
TRAITER LA  
COMPOSANTE  
PAR  
URGENTURIE



TRAITER D'ABORD LA COMPOSANTE IU EFFORT:  
UN RATIONNEL

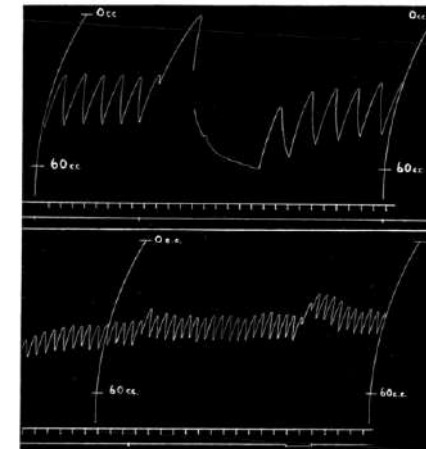
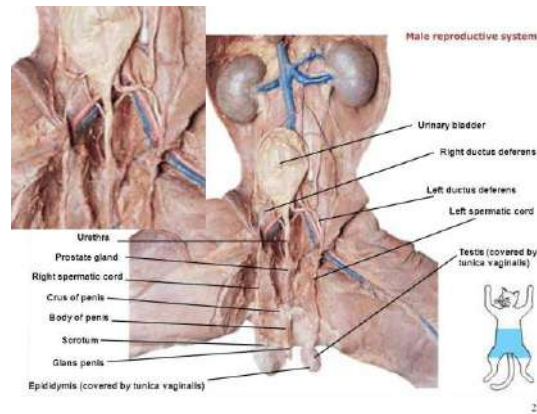


# L'HYPOTHÈSE URÉTROGÈNE: LES ORIGINES

## THE COMPONENT REFLEXES OF MICTURITION IN THE CAT. PART III.<sup>1</sup>

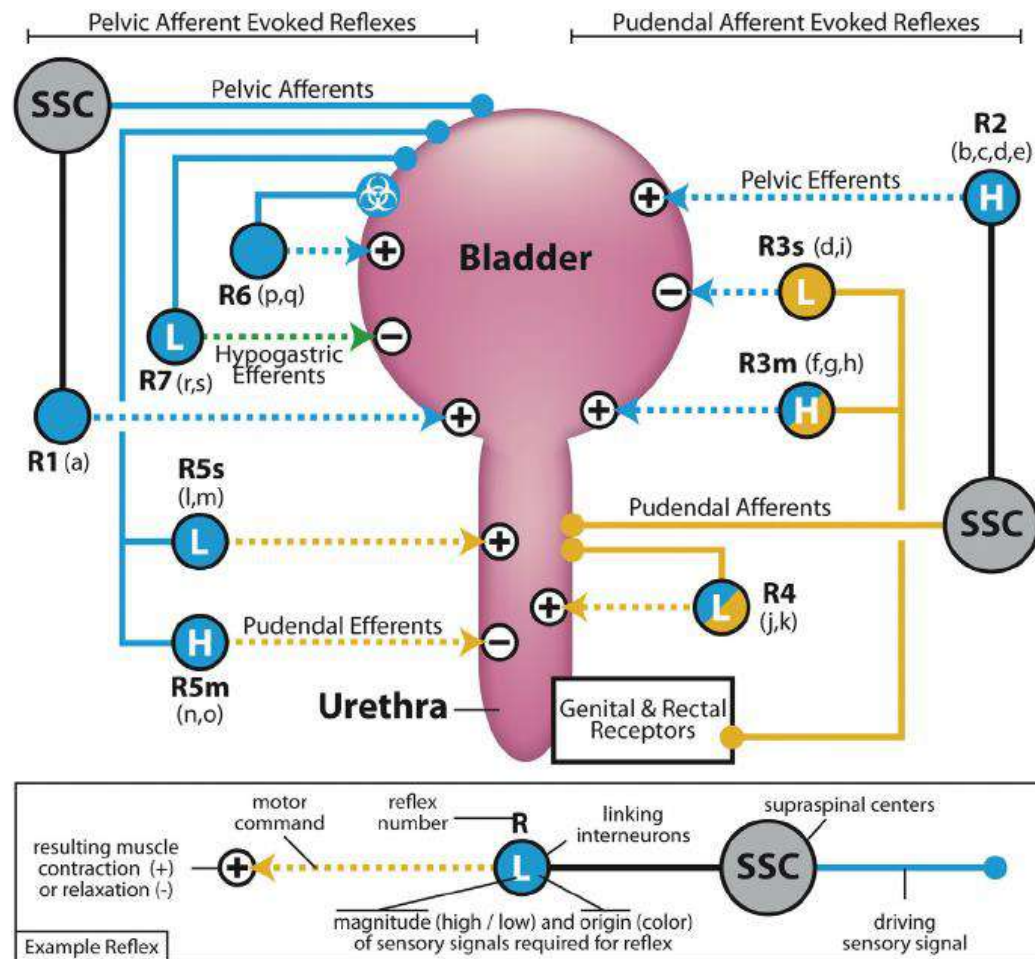
BY F. J. F. BARRINGTON.

*(From the Laboratories of the Surgical Unit, University College Hospital  
Medical School.)*



Barrington, Brain 1921 and 1931  
Peyronnet Eur Urol 2019

# L'HYPOTHÈSE URÉTROGÈNE: REFLEXE N° 2 BARRINGTON



# L'HYPOTHÈSE URÉTROGÈNE: CONTRACTION DÉTRUSORIENNE DESINHIBÉE REFLEXE D'ORIGINE URÉTRALE

floor exercise in patients with mixed incontinence may resolve the detrusor instability.

KEY WORDS: bladder, urethra, urodynamics, incontinence

A causative relationship between stress urinary incontinence (SUI) and detrusor instability has been suspected but never proven. Many women with mixed incontinence have resolution of detrusor instability after surgical correction of SUI while other women develop de novo detrusor instability after surgical correction of SUI.<sup>1</sup> We sought experimental support for the idea that stimulation of urethral afferent nerves, or nitric oxide, which may be involved in afferent neurotransmission,<sup>2</sup> can induce or change reflex detrusor contrac-

the urge incontinence in 50% to 75% of patients.<sup>4</sup> This large collective clinical experience among urologists and urogynecologists strongly supports a connection between urethral afferents and the micturition reflex.

During physiologic voiding, a drop in urethral pressure immediately precedes an elevation in bladder pressure, implicating urethral relaxation as the first part of micturition.<sup>5</sup> Pathologic fluctuations in urethral pressure (urethral instability) are a common finding in women with detrusor



ther the detrusor or the outlet region, has been suggested as one of the mechanisms for initiation of these contractions.<sup>2</sup>

Nitric oxide (NO) is the major neural inhibitory regulator of urethral tone in the rat and other species.<sup>9,10</sup> The NO-synthesizing enzyme, nitric oxide synthase (NOS), has been identified in nerve fibers of the detrusor, trigone and urethra, at most prominently in the smooth muscle region of the proximal urethra<sup>2</sup> and in pelvic plexus innervating the urethra.<sup>11</sup> Bennett et al have previously shown that reflex urethral smooth muscle relaxation in the anesthetized rat is mediated by NO.<sup>10</sup>

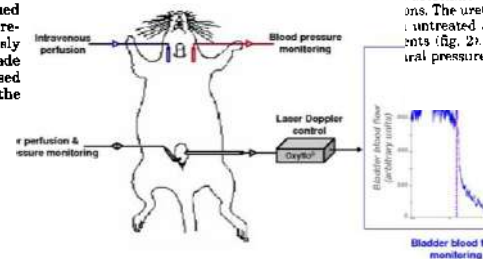
The primary goal of this study was to examine the effects of stimulation of urethral afferent nerves on reflex detrusor contraction. We believe this would have significant clinical relevance in unraveling the pathophysiology of mixed incontinence and defining the relationship between detrusor instability and urethral incompetence. In addition, we evaluated the effects of direct intraurethral administration of nitric oxide donors on urethral and bladder function.

## MATERIALS AND METHODS

Female Sprague-Dawley rats weighing 250 gm. to 300 gm. were used in this study. All surgical and urodynamic procedures were performed under urethane anesthesia (1.2 gm/kg; Sigma Chemical Co., St. Louis, Missouri). In each animal a cannula (PE-50) was placed in the carotid artery for mon-

itoring. A cannula (PE-50) was inserted through the bladder dome, secured with a ligature, and used to fill or drain the bladder and monitor intravesical pressure. Urethral activity, measured as urethral perfusion pressure, was monitored using a double-lumen catheter (made of PE-160 and PE-50 with the tip embedded in a cone-shaped plug) which was introduced transvesically through a separate incision in the bladder dome and then seated securely in the bladder neck.<sup>12,13</sup> This preparation permitted functional separation of bladder and urethral activity without the risk of surgical damage to the vesicourethral innervation associated with a urethral ligation or total urethrotomy. The outer lumen of the catheter was connected to a pump for continuous saline infusion (0.075 ml. per minute) and the inner lumen was connected to a transducer for urethral pressure monitoring (fig. 1).

**Experimental protocol.** After a 30-minute postoperative stabilization period, pressure recordings from the bladder and urethra were started. The bladder was filled with warm saline at a rate of 0.1 ml. per minute to induce reflex micturition, which was evident as rhythmic, large-amplitude bladder contractions. Then bladder filling was discontinued and isovolumetric pressure was recorded throughout the remainder of the experiment. The urethra was continuously infused with saline (0.075 ml. per minute) in an antegrade manner using a Harvard infusion pump. The saline infused into the urethra was allowed to drain freely through the



itoring. A cannula (PE-50) was inserted through the bladder dome, secured with a ligature, and used to fill or drain the bladder and monitor intravesical pressure. Urethral activity, measured as urethral perfusion pressure, was monitored using a double-lumen catheter (made of PE-160 and PE-50 with the tip embedded in a cone-shaped plug) which was introduced transvesically through a separate incision in the bladder dome and then seated securely in the bladder neck.<sup>12,13</sup> This preparation permitted functional separation of bladder and urethral activity without the risk of surgical damage to the vesicourethral innervation associated with a urethral ligation or total urethrotomy. The outer lumen of the catheter was connected to a pump for continuous saline infusion (0.075 ml. per minute) and the inner lumen was connected to a transducer for urethral pressure monitoring (fig. 1).

**Statistical analysis.** All data are reported as mean  $\pm$  the standard error of the mean. Statistical evaluation was performed by the paired Student's *t* test. A value of  $p < 0.05$  was ported as statistically significant.

## RESULTS

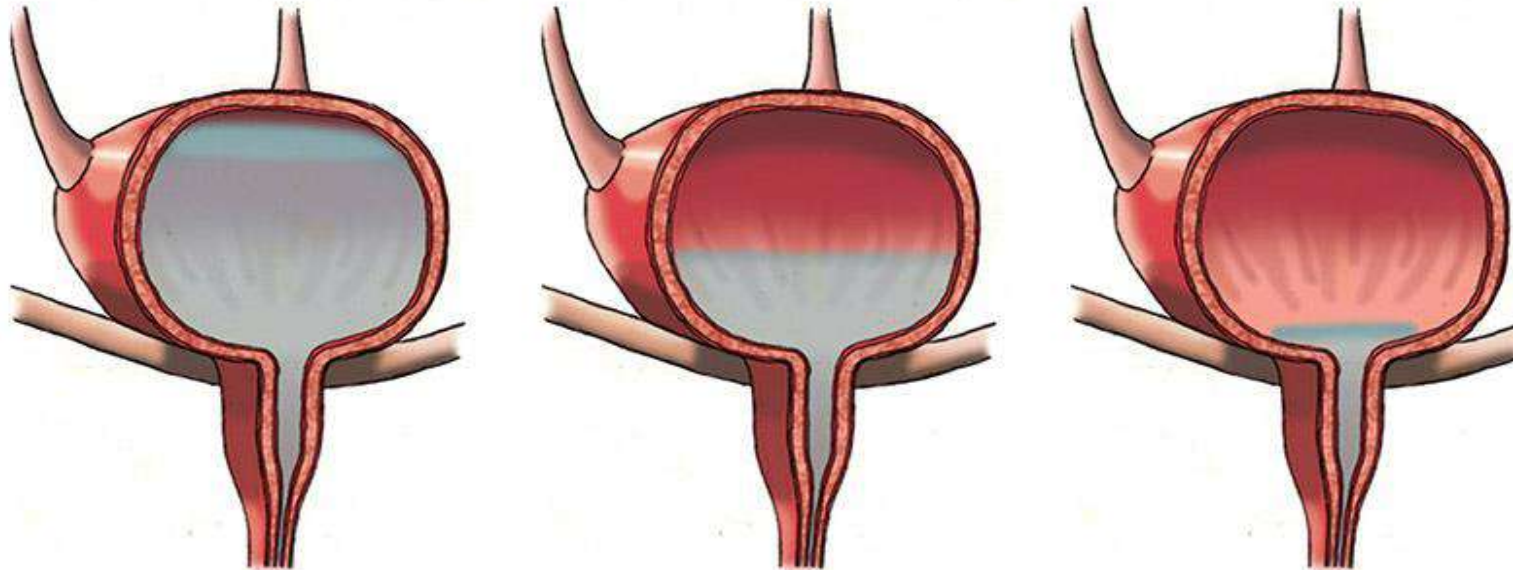
The urethra exhibited coordinated reductions in pressure association with large amplitude reflex bladder contractions. The urethral pressure wave during a micturition reflex in untreated animals was characterized by several components (fig. 2). The initial response was a slow drop in urethral pressure in conjunction with an early rise in intraves-

ical pressure. A second response consisted of high frequency oscillations (HFOs) of the urethral pressure tracing that were superimposed on the period of urethral relaxation. The period of high frequency oscillations and urethral relaxation corresponded with the maximal amplitude of the bladder contractions. The period of urethral smooth muscle relaxation was followed by an increase in the urethral perfusion pressure to baseline or slightly above baseline for a brief period.

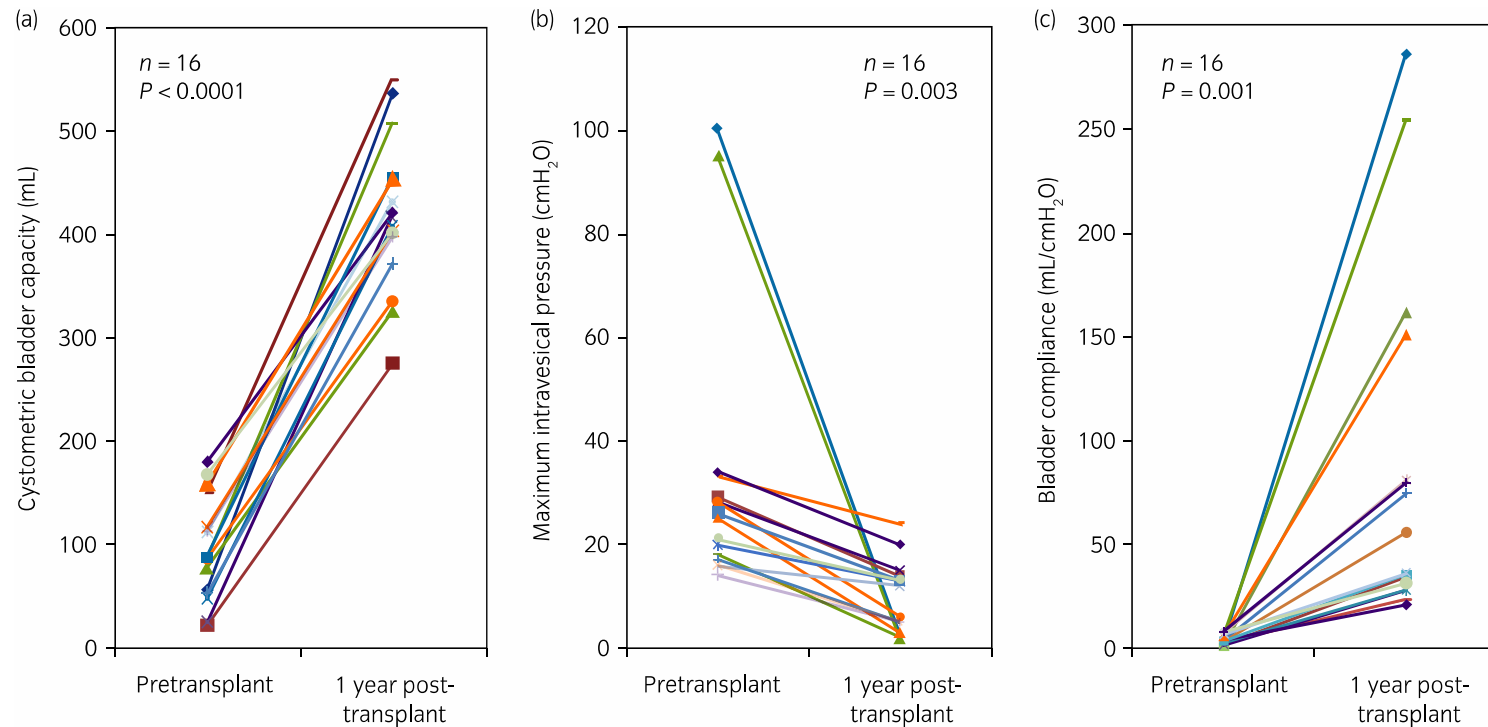
**Effects of intraurethral saline infusion on urethral and bladder function.** Stopping the intraurethral saline infusion during the control rate of infusion (0.075 ml. per minute) caused a significant decrease in bladder contraction frequency (from  $0.40 \pm 0.07$  to  $0.18 \pm 0.15$  per minute,  $p = 0.04$ ;  $n = 12$ ; fig. 2) in 50% of animals. However, the amplitudes of bladder contractions were not significantly changed ( $43.75 \pm 1.19$  versus  $44.27 \pm 0.64$  cm. water). Bladder contraction frequency returned to control values after changing infusion rate into 0.075 ml. per minute.

Spontaneous rhythmic urethral activity between reflex bladder contractions was observed during infusion at 0.075 ml. per minute, but not observed when the infusion was stopped. Rhythmic urethral activity was not affected by intraurethral infusion of lidocaine (1%) or nitric oxide donors (see below) for 1 hour.

# VESSIE DÉFONCTIONNÉE: HAD/ HYPOCOMPLIANCE DU A UN SOUS- REMPLISSAGE CHRONIQUE



# VESSIE DÉFONCTIONNalisée: MODÈLE DE LA TRANSPLANTATION RÉNALE



**Fig. 2** Functional recovery in 16 patients with a pretransplant hypocompliant bladder (<10 mL/H<sub>2</sub>O) from pretransplantation to 1 year post-transplantation. (a) Cystometric bladder capacity. (b) Maximum intravesical pressure. (c) Bladder compliance.

# RATIONNEL: POLLAKIURIE DE PRÉVENTION

**Just in case**



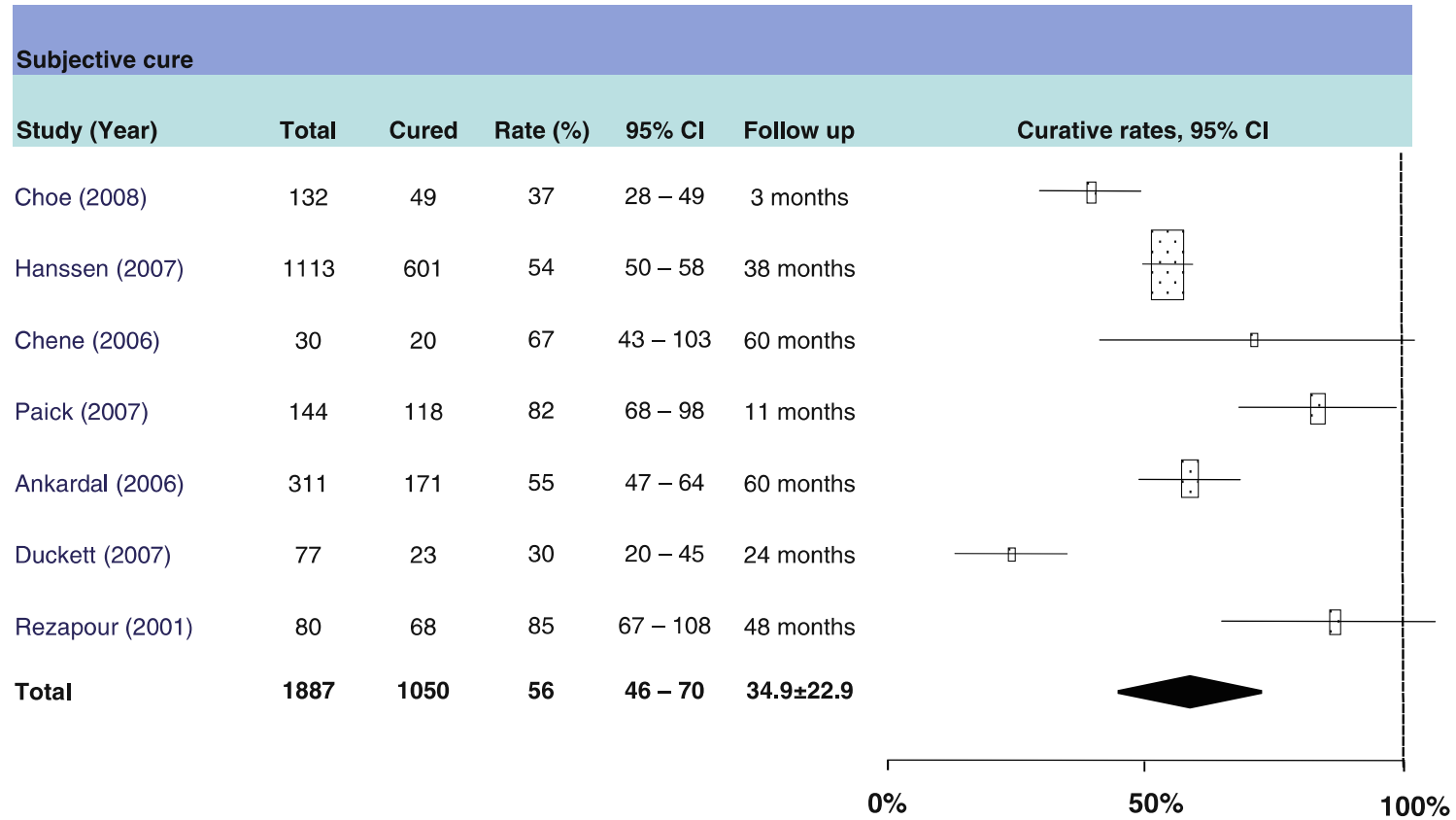
# RATIONNEL: TROUBLES DE LA PERCEPTION DU BESOIN



TRAITER D'ABORD LA COMPOSANTE IU EFFORT:  
DES DONNÉES

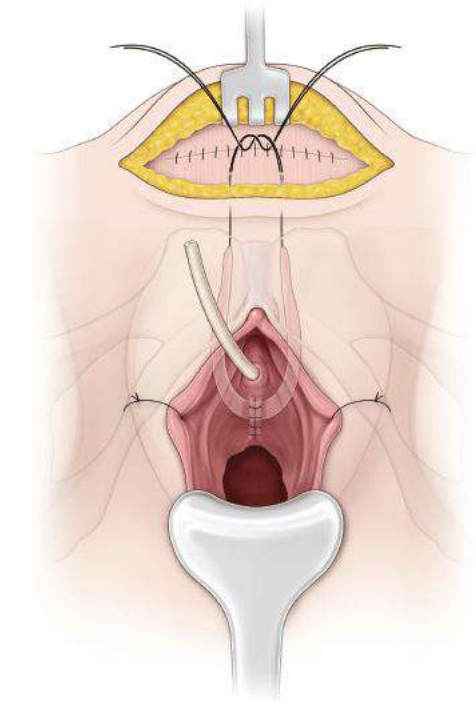


# LES URGENTURIES DISPARAISSENT APRÈS BSU POUR INCONTINENCE MIXTE DANS > 50% DES CAS



# RESULTATS CHIRURGIE IU EFFORT EN CAS D'INCONTINENCE MIXTE: BANDELETTE APONEVROTIQUE

- 62 patientes avec incontinence mixte
- Résolution urgenturie: 54% à 1 mois



Source: Rebecca G. Rogers, Vivian W. Sung, Cheryl B. Iglesias, Raneer Thakar: *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery: Clinical Practice and Surgical Atlas*: [www.obgyn.mhmedical.com](http://www.obgyn.mhmedical.com)  
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.



# RÉSULTATS CHIRURGIE IU EFFORT EN CAS D'INCONTINENCE MIXTE: SPHINCTER ARTIFICIEL

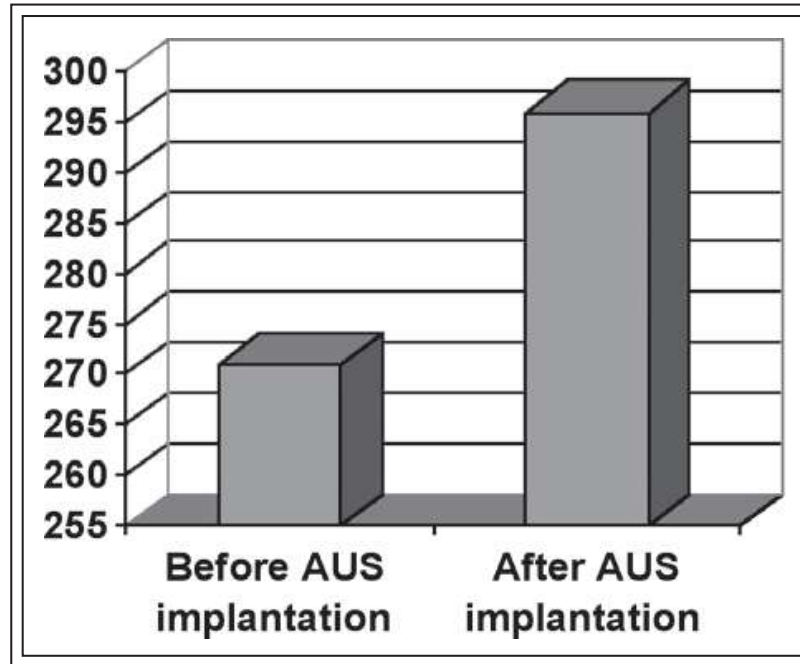


Figure 1. Bladder capacity before and after AUS implantation.

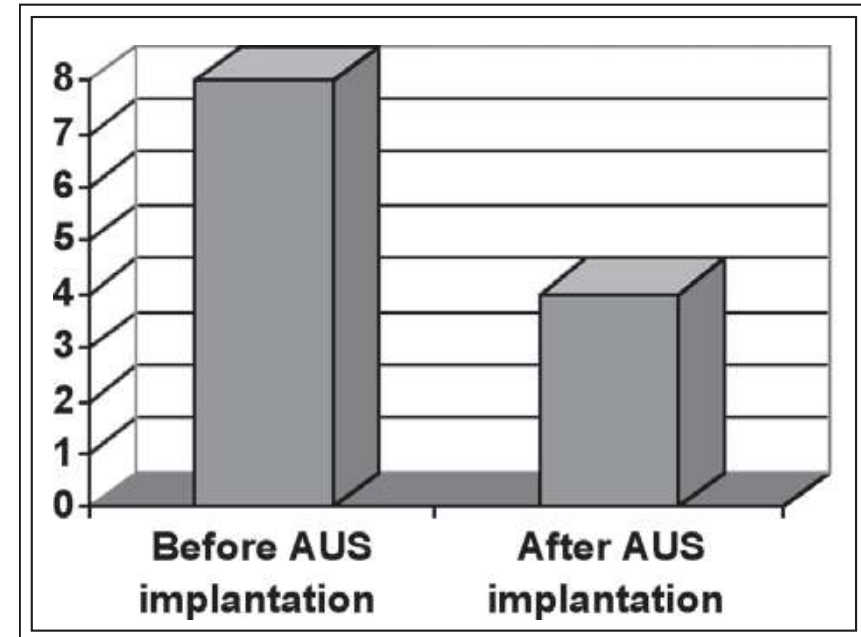


Figure 2. Detrusor overactivity before and after AUS implantation.

COMMENT POURRAIT-ON SÉLECTIONNER LES  
PATIENTS?

# TYPOLOGIE CLINIQUE: STAND UP URGENCY



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ORIGINAL ARTICLE



## Stand up urgency: Is this symptom related to a urethral mechanism?☆

Évaluation du caractère positionnel de l'urgenterie : l'urgenterie au passage à l'orthostatisme relève-t-elle d'un mécanisme urétral ?

K. Hubeaux<sup>a,b,\*</sup>, X. Deffieux<sup>a,d</sup>, K. Desseaux<sup>c</sup>,  
D. Verollet<sup>a,b</sup>, M. Damphousse<sup>b</sup>, G. Amarenco<sup>a,b</sup>

Table 2 Urodynamic results for SUU and SUUI.

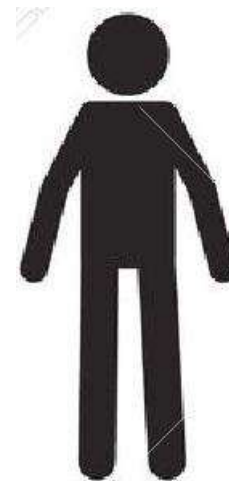
| Urodynamic data                       | Women with SUU (n = 23) | No. SUU (n = 15) |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|
| MUCP (cmH <sub>2</sub> O)             | 57 (± 28)*              | 77 (± 19)        |
| ISD: MUCP < 30                        | 3 (13%)                 | 0 (0%)           |
| Urethral fatigue                      | 4 (17%)                 | 2 (13%)          |
| Positive VLPP (cmH <sub>2</sub> O)    | 34 (± 24)               | 62 (± 43)        |
| Positive VLPP < 60 cmH <sub>2</sub> O | 7/19 (37%)              | 4/11 (36%)       |
| DO in standing position               | 4 (17%)                 | 4 (27%)          |

# TYPOLOGIE CLINIQUE: INCONTINENCE DIURNE VS NOCTURNE

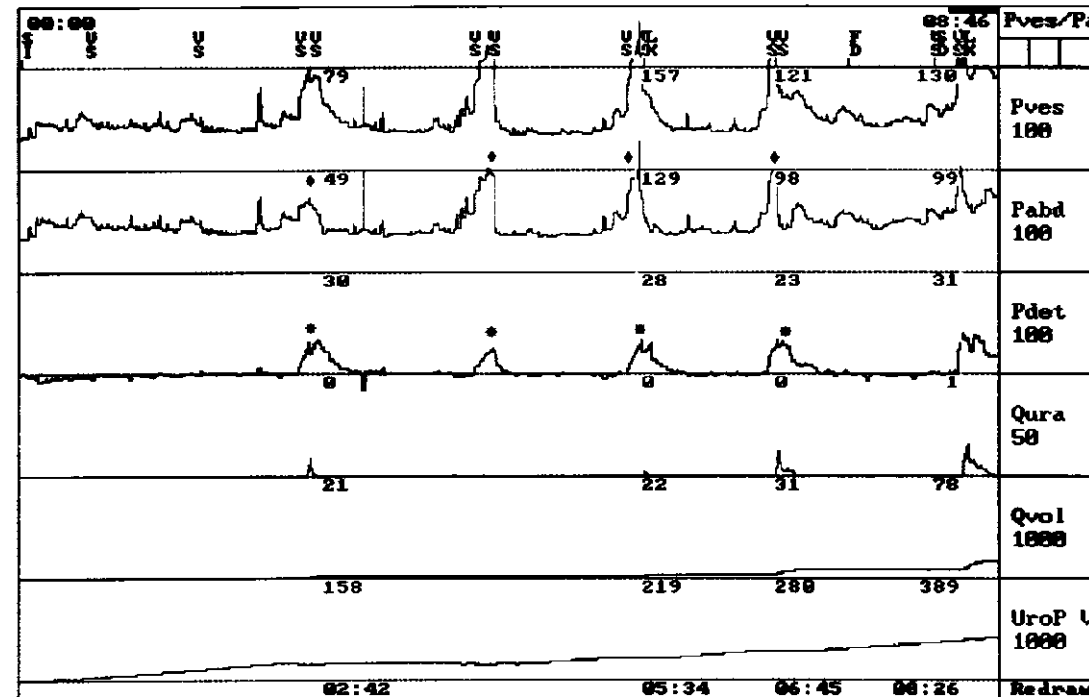
**Incontinence diurne vs nocturne**



**Composante posturale incontinence:  
Orthostatisme vs assis vs allongé**



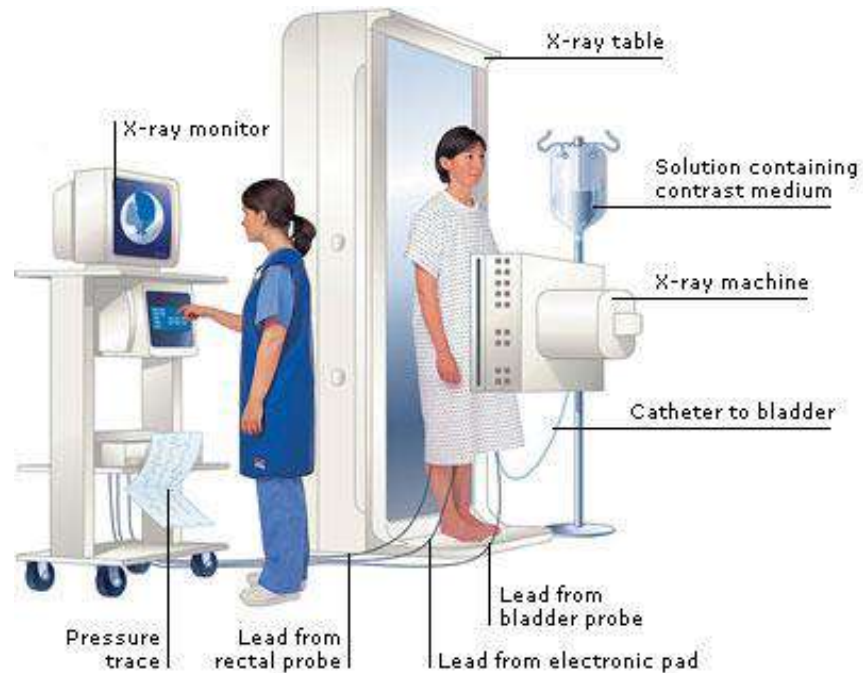
# TPOLOGIE URODYNAMIQUE: CONTRACTIONS DÉSINHIBÉES INDUITE PAR VALSALVA



\* Start of DETRUSOR CONTRACTION  
♦ Start of VALSALVA

36 patients traités par bandelette aponévrotique = 92% de résolution de l'HAV!!!

# TPOLOGIE URODYNAMIQUE: BILAN URODYNAMIQUE EN ORTHOSTATISME



VS.





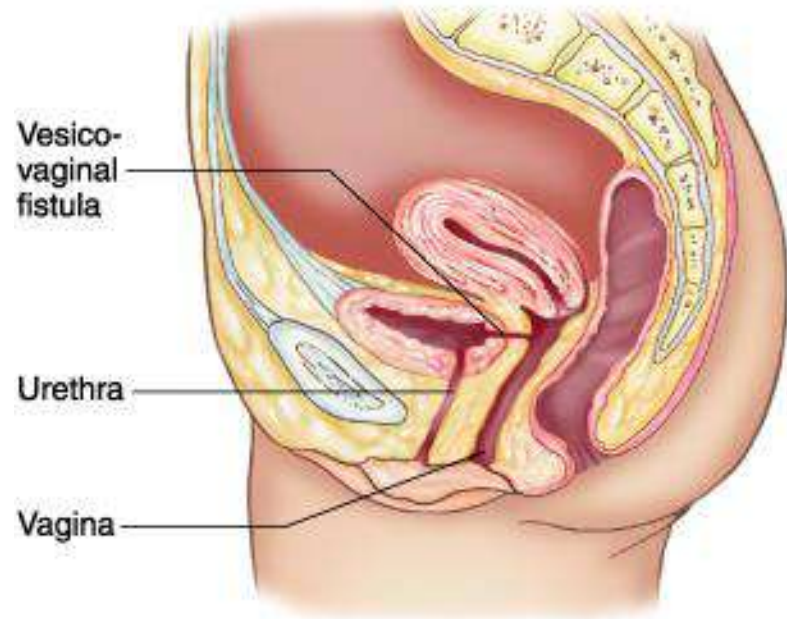
# TYOLOGIE URODYNAMIQUE: BILAN URODYNAMIQUE EN ORTHOSTATISME

33% à 100% d'hyperactivité détrusorienne manquée par cystomanométrie en position allongé vs debout

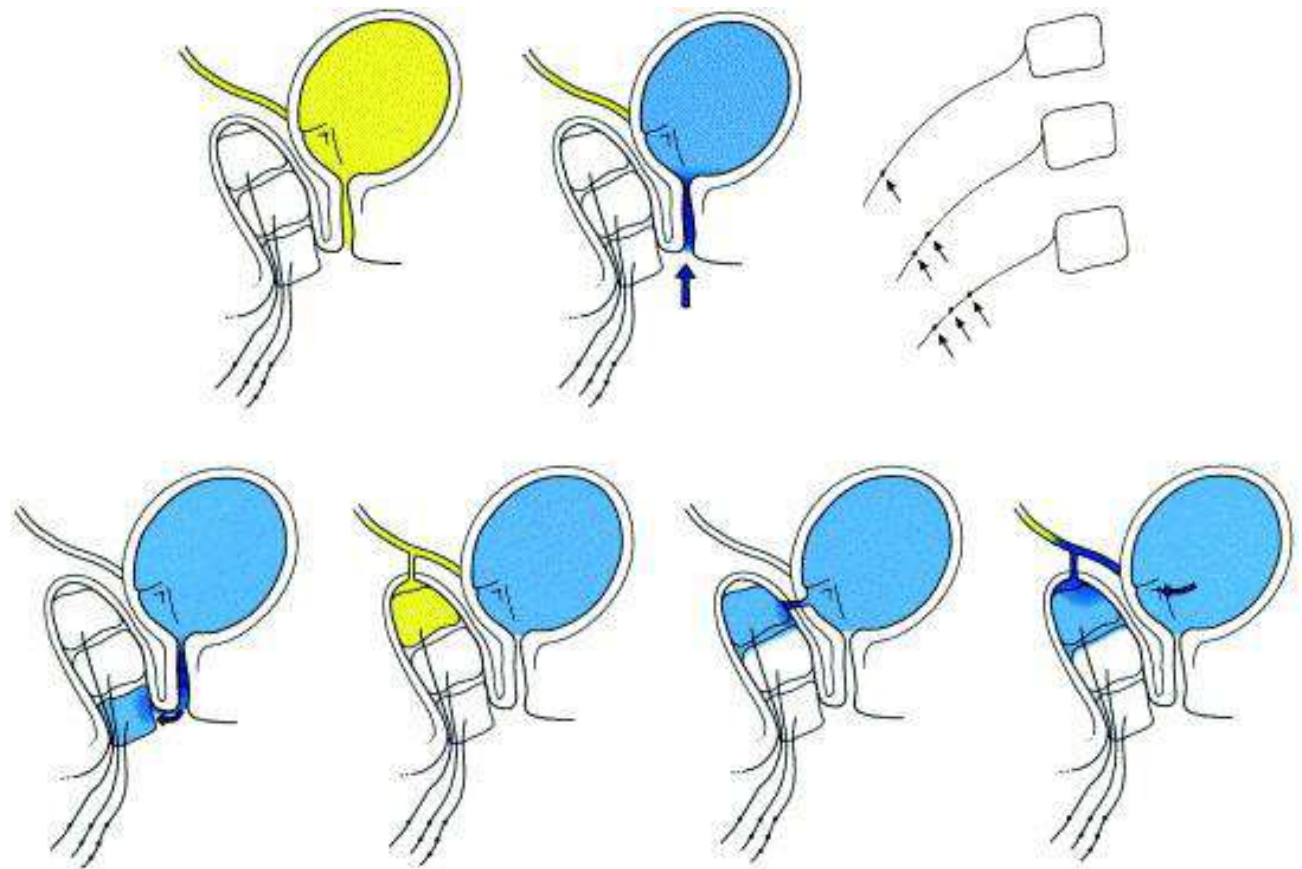
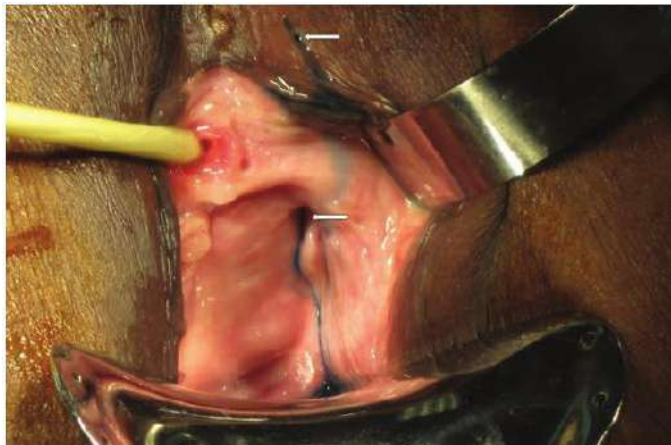
TABLE I. Studies That Compared Detection Rate of DO When Filled Patients in the Supine and Standing Position

| Reference | Presenting symptoms  | Number of patients and sex               | Age: mean (range)    | Methods and techniques   | Incidence of DO in the supine position (% of all tested pts) | Incidence of DO in the standing position (%) | % of DO not detected (missed) in the supine position | Other effects   |
|-----------|--|--|----------------------|--|--|--|--|---|
| 11        | Pregnancy induced UI                                       | 15 pregnant women                        | NS                   | NS   | 2/15 (13.3)  | 3/15 (20)                                    | 33.3   | MUCP rose in erect position for continent patients but decreased in those with UI |
| 9         | Urgency, frequency, UII. All had neurogenic disorders      | 8 F and 8 M                              | 39 (11-70)           | CO <sub>2</sub> 200 cm <sup>3</sup> /min   | 4/16 (28.6)  | 12/16 (75). Reduced threshold to elicit DO   | 66.7   | Reduced capacity in standing posture (mean 336: 153 cm <sup>3</sup> )             |
| 12        | Micturitional disorders including neurogenic               | 50 F and M with no DO in supine position | 6 months to 94 years | Used CO <sub>2</sub> , 150 cm <sup>3</sup> /min for adults   | 0/50 (0)   | 26/50 (52)                                   | 100  | No change in capacity with position   |
| 14        | History of UI and healthy controls                         | 91 F; 11 healthy F                       | 22-86                | Standing fill first then supine, used CO <sub>2</sub> , 120 ml/min, single channel, DO if >30 cmH <sub>2</sub> O | 5/91 (5.5), healthy 0  | 15/91 (16.5), healthy 0                      | 66.7   | NS  |
| 10        | History of UI, neurologically normal                       | 108 F                                    | NS                   | Used saline in 91 and CO <sub>2</sub> in 17 UDS, 60 ml/min, DO if >15 cmH <sub>2</sub> O                         | 20/108 (18.5)  | 84/108 (77.8)                                | 76   | NS  |
| 13        | Consecutive patients referred for UDS excluding neurogenic | 38 F and 18 M                            | 36.4 (18-38)         | Randomized to four groups with different position and filling speeds   | 7/56 (12.5)  | 20/57 (35.5)                                 | 65   | No effect of position or speed on capacity  |

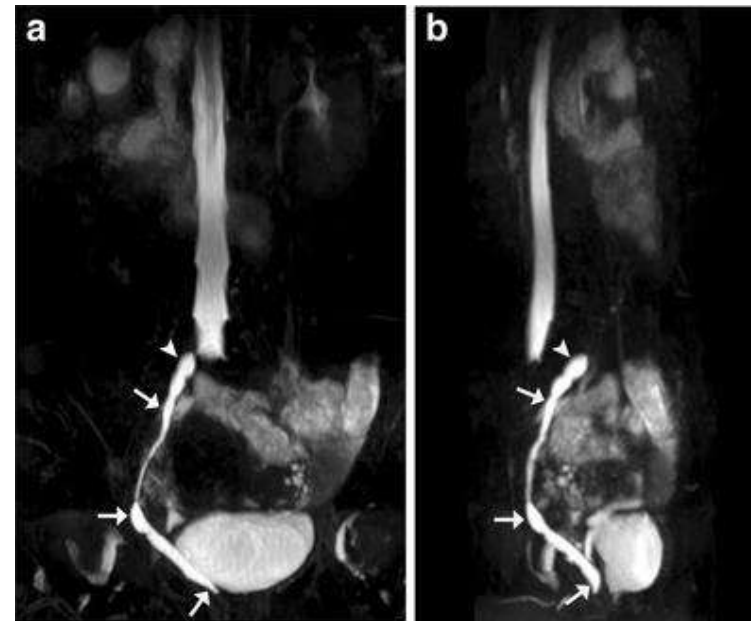
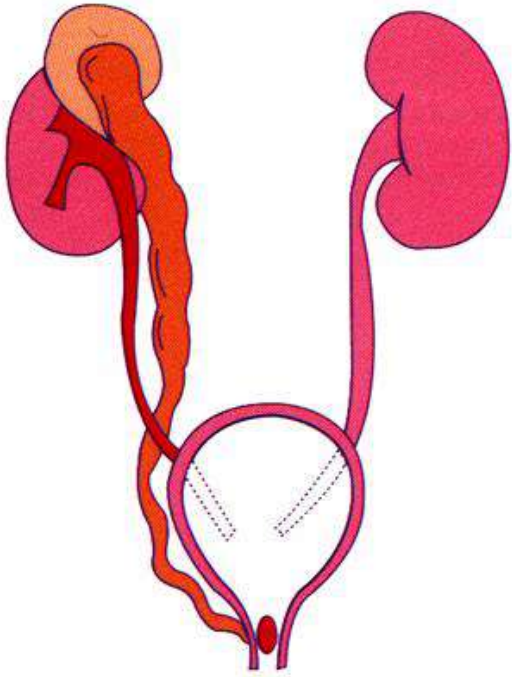
# ELIMINER UNE INCONTINENCE EXTRA-URÉTRALE: FISTULE VESICO-VAGINALE



# ELIMINER UNE INCONTINENCE EXTRA-URÉTRALE: FISTULE VESICO-VAGINALE



# ELIMINER UNE INCONTINENCE EXTRA-URÉTRALE: URETÈRE ECTOPIQUE



# ELIMINER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL: URETRITE

Rechercher un écoulement urétral



## ELIMINER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL: LEUCORRHEES

Test au bleu de méthylène peros

Ordonnance type:

« Préparation magistrale :

Bleu de méthylène 10 mg + Kaolin 100 mg. dans un gélule n.21.

3 gélules en une seule prise par voie orale »

Pas de bleu dans la protection=perte non urinaire



## 2. HYPERACTIVITÉ VÉSICALE



## The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society

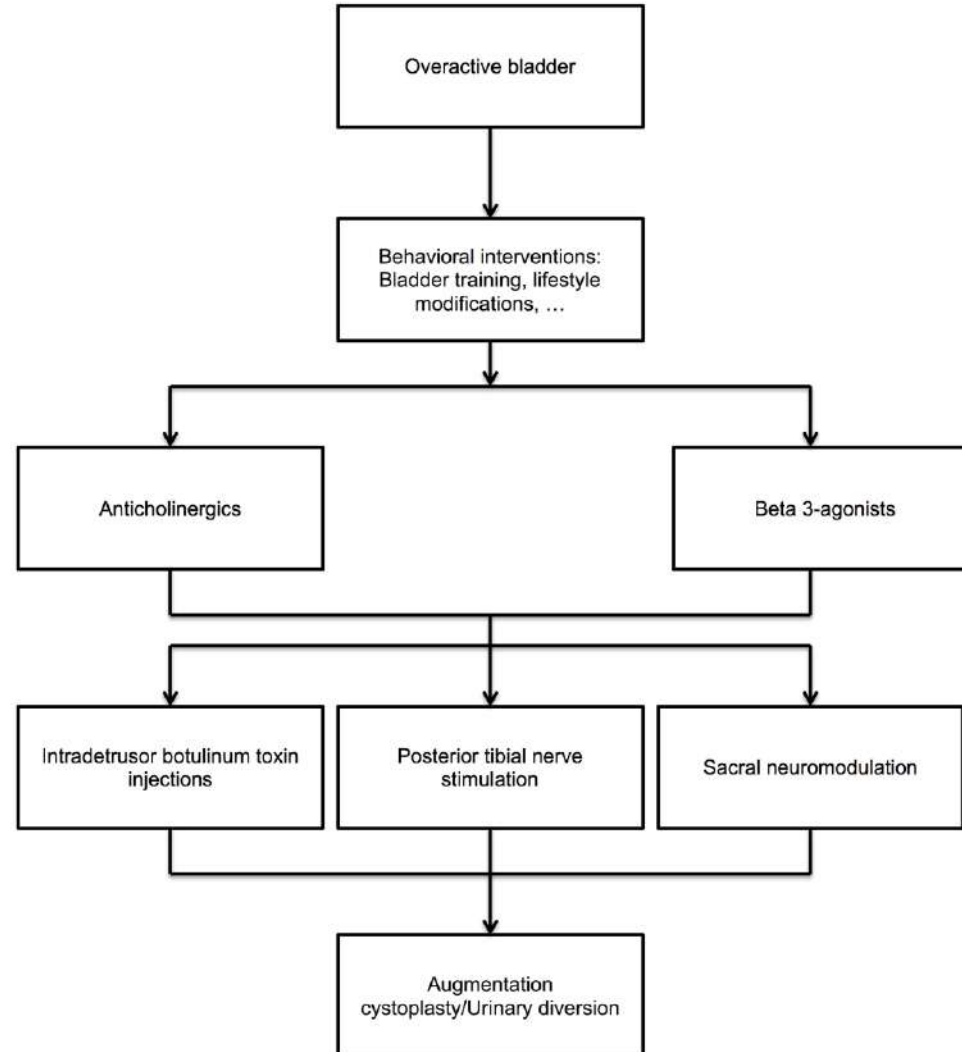
Paul Abrams, Linda Cardozo, Magnus Fall, Derek Griffiths, Peter Rosier, Ulf Ulmsten, Philip van Kerrebroeck, Arne Victor, and Alan Wein



**DÉFINITION/DIAGNOSTIC = CLINIQUE**

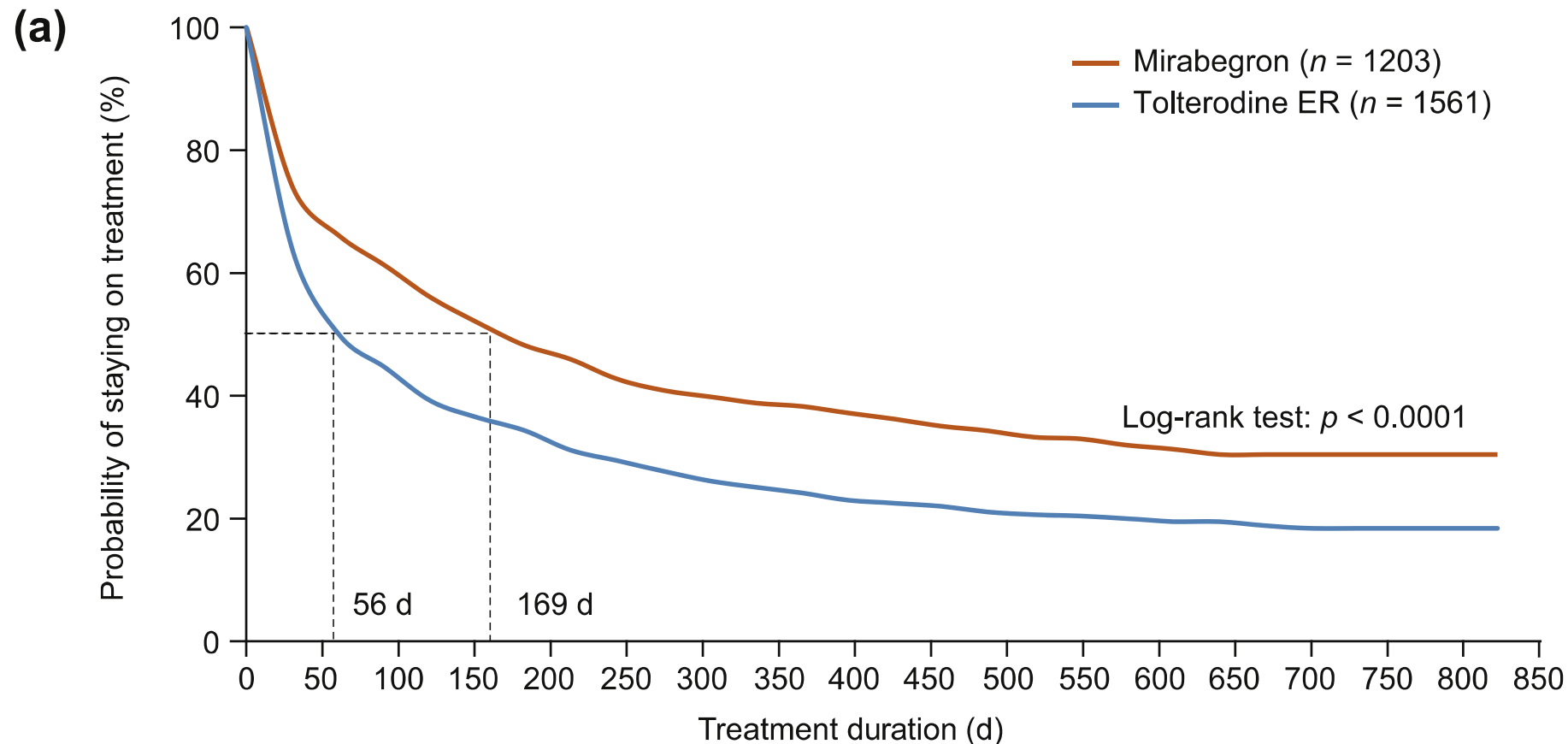


# ALGORITHMES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES « VERTICAUX »



Derivé des Guidelines de l'AUA 2017

# CETTE APPROCHE UNIFORME A SES LIMITES

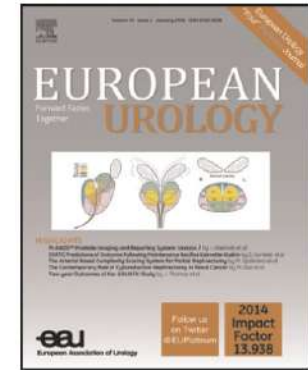


| No. at risk    | 0    | 56  | 106 | 169 | 222 | 275 | 328 | 381 | 434 | 487 | 540 | 593 | 646 | 699 | 752 | 805 | 858 |   |
|----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| Mirabegron     | 1203 | 877 | 706 | 624 | 566 | 515 | 486 | 461 | 416 | 328 | 255 | 188 | 127 | 90  | 90  | 90  | 0   | 0 |
| Tolterodine ER | 1561 | 889 | 607 | 497 | 434 | 394 | 357 | 325 | 286 | 247 | 187 | 147 | 113 | 85  | 65  | 65  | 65  | 0 |

# CONCEPT DE PHÉNOTYPAGE DE L'HAV: VERS UN TRAITEMENT INDIVIDUALISÉ

EUROPEAN UROLOGY XXX (2019) XXX–XXX

available at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)  
journal homepage: [www.europeanurology.com](http://www.europeanurology.com)

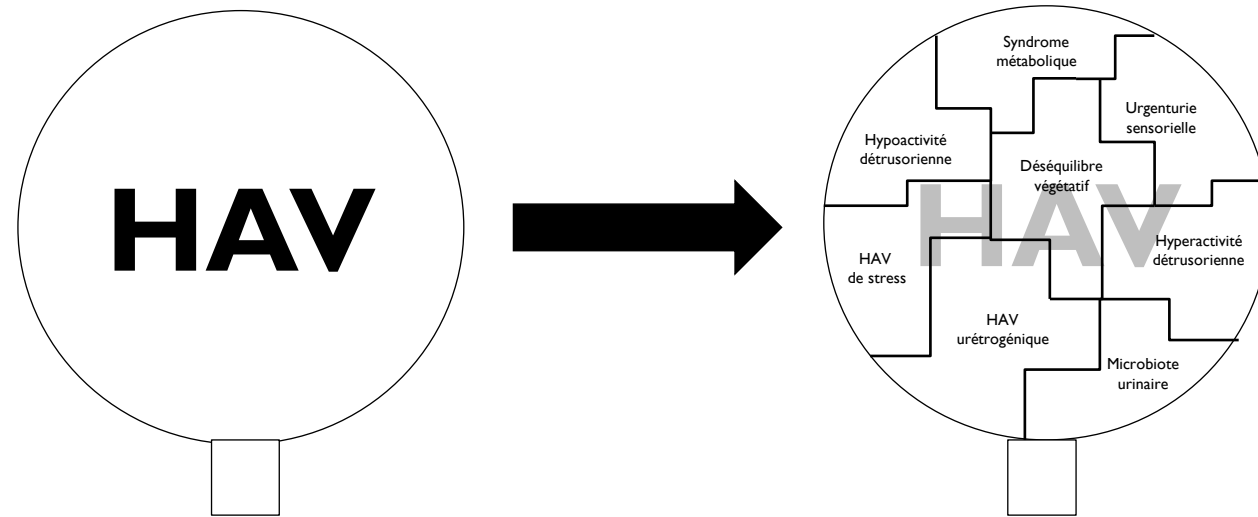


Review – Female Urology – Incontinence

## A Comprehensive Review of Overactive Bladder Pathophysiology: On the Way to Tailored Treatment

*Benoit Peyronnet<sup>a,\*</sup>, Emma Mironska<sup>b</sup>, Christopher Chapple<sup>b</sup>, Linda Cardozo<sup>c</sup>,  
Matthias Oelke<sup>d</sup>, Roger Dmochowski<sup>e</sup>, Gérard Amarenco<sup>f</sup>, Xavier Gamé<sup>g</sup>, Roger Kirby<sup>h</sup>,  
Frank Van Der Aa<sup>i</sup>, Jean-Nicolas Cornu<sup>j</sup>*

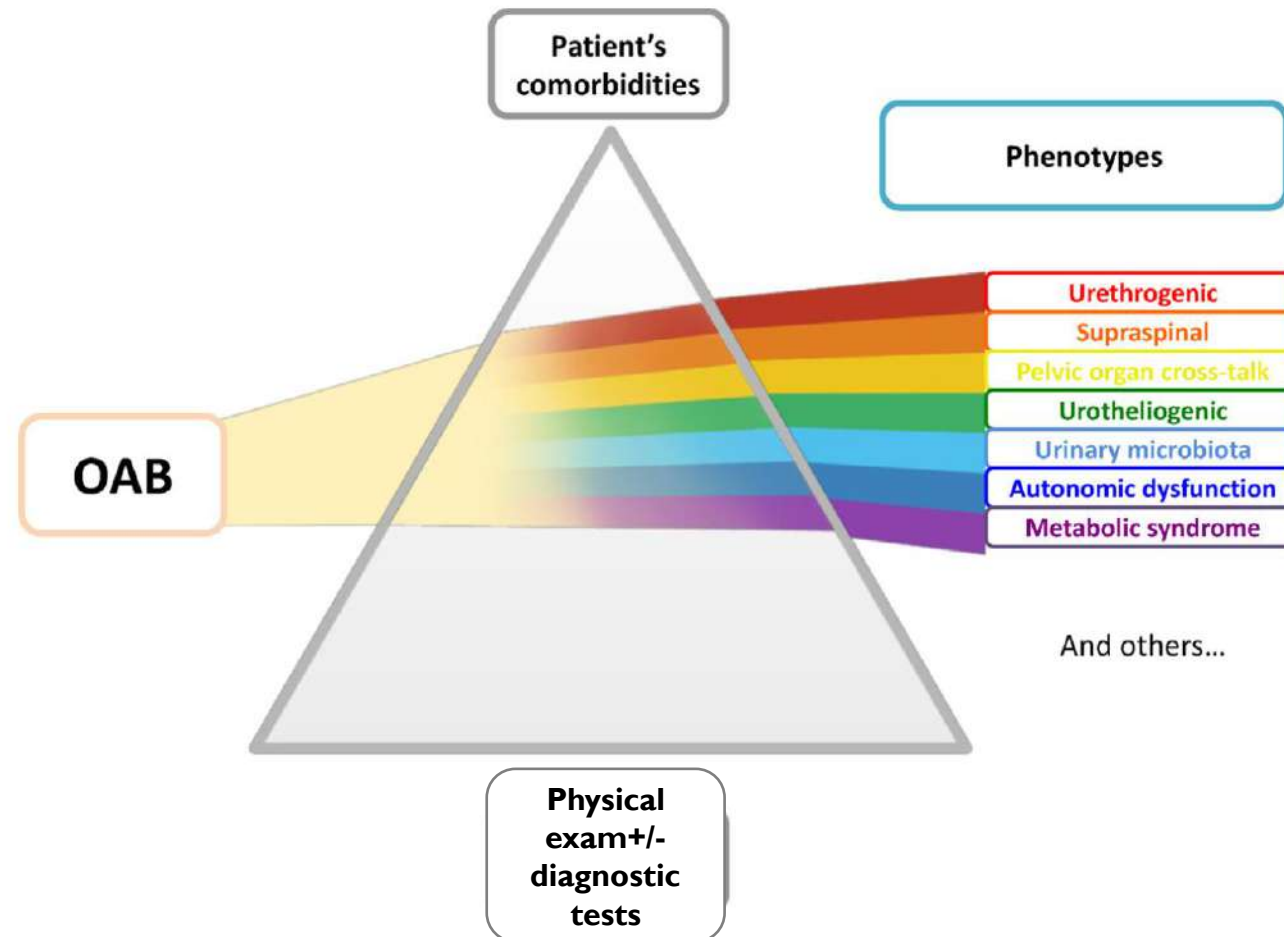
# CONCEPT DE PHÉNOTYPAGE DE L'HAV: VERS UN TRAITEMENT INDIVIDUALISÉ



# II PHÉNOTYPES D'HAV

| Cofacteur pathophysiologiques   | Origines anatomiques  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Syndrome métabolique</li><li>- Troubles anxiodépressifs</li><li>- Andropause/ménopause</li><li>- Microbiote urinaire</li><li>- Troubles gastrointestinaux fonctionnels</li><li>- Dysfonction système nerveux autonome</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Myogène</li><li>- Sous-urothélial</li><li>- Uretrogène</li><li>- Neurogène</li><li>- Hypoactivité détrusorienne</li></ul> |

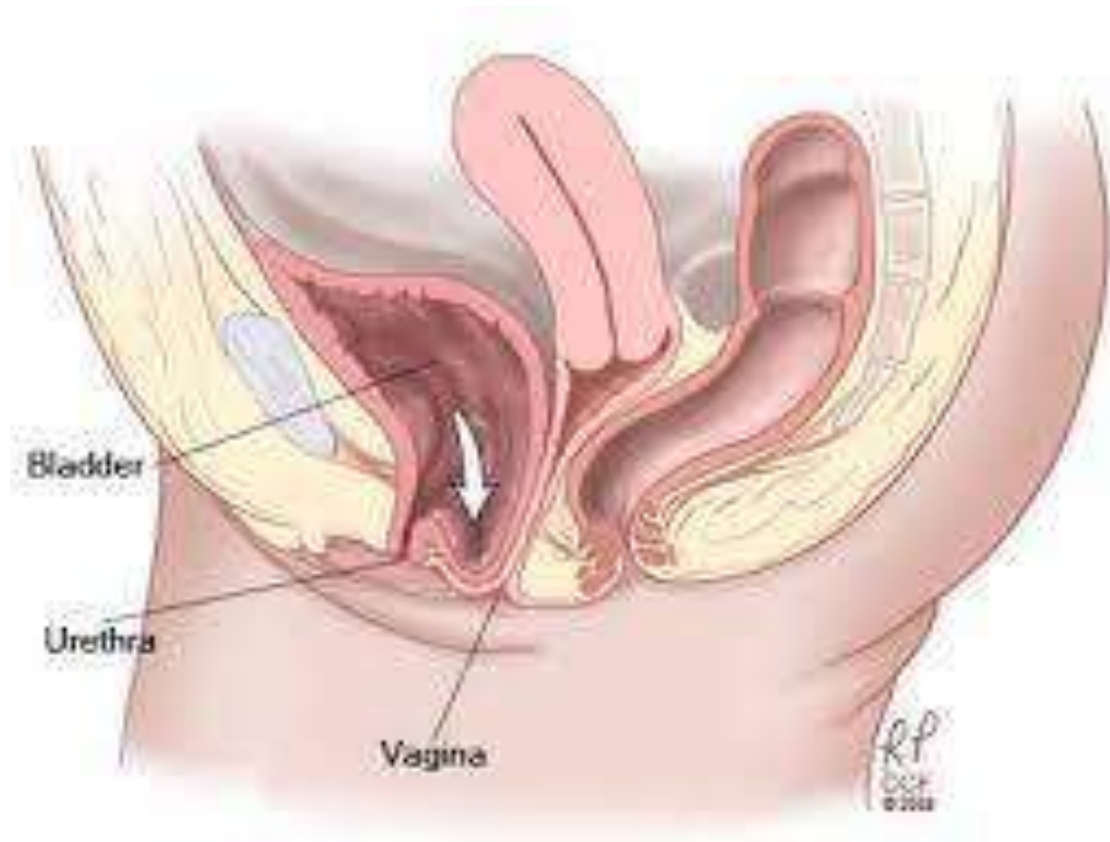
# PHÉNOTYPAGE: PASSER LES PATIENTS AU SPECTRE DE L'EXAMEN CLINIQUE



# IMPORTANCE INTERROGATOIRE ET EXAMEN PHYSIQUE++++

- Troubles cognitifs
- Syndrome anxio-dépressifs
- Troubles anorectaux
- Syndrome métabolique
- Prolapsus
- Atrophie vulvovaginale
- Fuites à l'effort
- Rétention vésicale chronique
- Signes dysautonomie

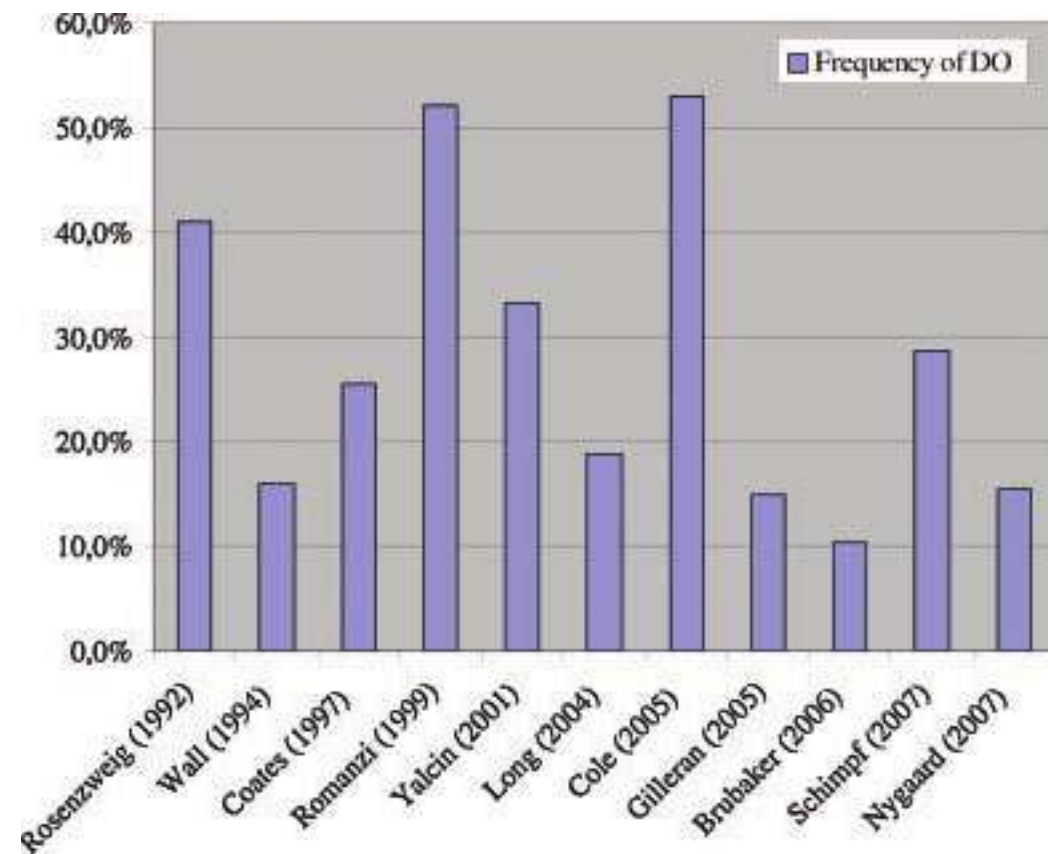
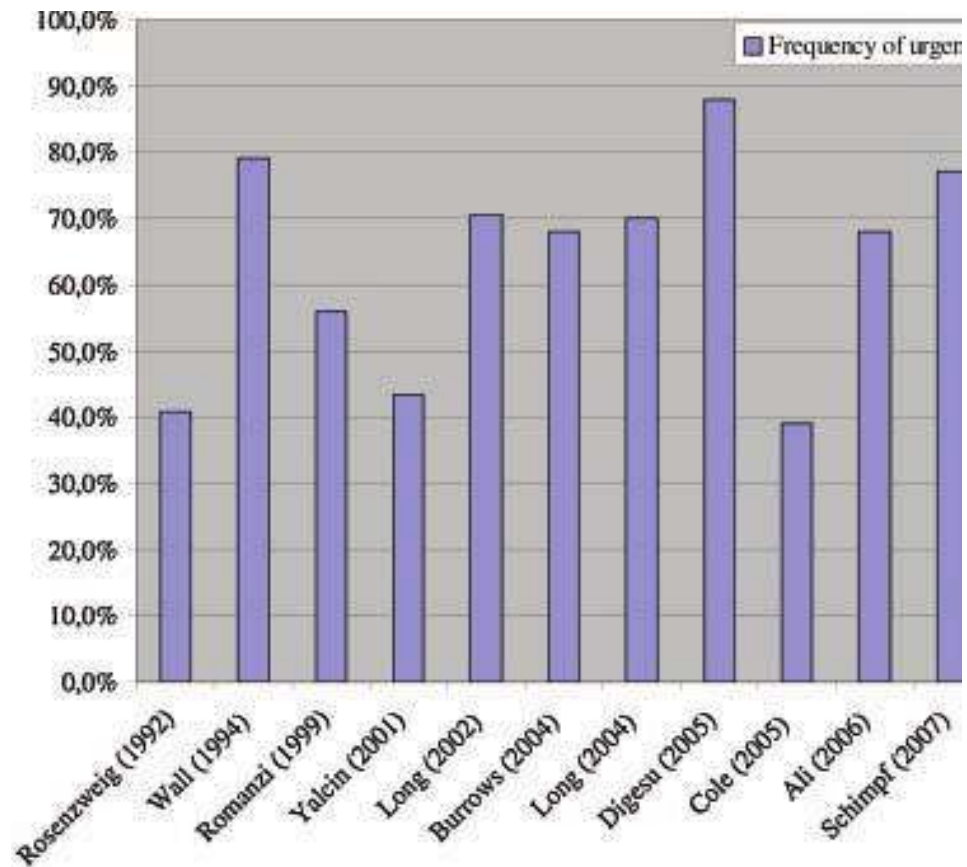
# CYSTOCÈLE GRADE 1/2: POTENTIELLEMENT SOURCE D'URGENTURIES URÉTROGÈNES



Étirement trigone  
Ouverture col  
vésical, urètre  
proximal



# PROOF OF CONCEPT: COEXISTENCE FRÉQUENTE HAV ET PROLAPSUS



# PROOF OF CONCEPT: CHIRURGIE PROLAPSUS= RÉSOLUTION HAV > 60% DES CAS

TABLE VI. Prevalence of OAB Symptoms Before and After POP Surgery Without Concomitant Incontinence Surgery

| Refs.                            | n   | Type of surgery  | Follow-up |      | Stages and compartments of women with POP                                      | Outcome                                 |                    | Frequency of OAB symptoms pre-operative | Frequency of OAB symptoms post-operative | De novo        | RR (pre/post) |
|----------------------------------|-----|--|-----------|------|--|---|--------------------|---|--|----------------|---------------|
|                                  |     |  | Months    | %    |  | Instrument                              | Parameter          |   |  |                |               |
| Stanton et al. <sup>64</sup>     | 44  | Anterior colporrhaphy and vaginal hysterectomy   | 24        | 54.5 | Cystocele: 6; cystourethrocele: 28; cervix or vault descent: 15; enterocele: 1 | History, clinical examination           | Urgency            | 20.5% (9/44)                            | 12.5% (3/24)                             | n.a.           | 1.6           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urge incontinence  | 27.3% (12/44)                           | 4.2% (1/24)                              | n.a.           | 6.5           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Frequency          | 15.9% (7/44)                            | 0% (0/24)                                | n.a.           | ∞             |
| Orgensen et al. <sup>58</sup>    | 16  | Kelly anterior colporrhaphy with part posterior colporrhaphy and/or Manchester repair          | 37        | 100  | Anterior and/or posterior prolapse   | History                                 | Urge incontinence  | 87.5% (14/16)                           | 63% (10/16)                              | n.a.           | 1.4           |
| Chaikin et al. <sup>56</sup>     | 10  | Anterior colporrhaphy  | 47        | 100  | All grade III or IV  | History, voiding diary, pad test        | Urge incontinence  | 40% (4/10)                              | 20% (2/10)                               | n.a.           | 2.0           |
| Nguyen and Bhatia <sup>32</sup>  | 38  | Uterine and/or vaginal vault prolapse  | 100       | 100  | Grade II: 34.2%, grade III: 55.3%, grade IV: 10.5%                             | Voiding diary and detailed history      | Urge incontinence  | 100% (38/38)                            | 36.8% (14/38)                            | n.a.           | 2.7           |
| Neber et al. <sup>65</sup>       | 82  | Anterior colporrhaphy  | 23        | 99   | Stage I: 7, stage II: 41, stage III: 51, stage IV: 2                           | Questionnaires, clinical examination    | Urgency            | 52% (43/82)                             | 28% (23/81)                              | 12% (10/81)    | 1.3           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urge incontinence  | 40% (33/82)                             | 17% (14/81)                              | 9% (7/81)      | 1.5           |
| Sivaslioglu et al. <sup>62</sup> | 30  | Infracoccygeal sacropepy   | 16        | 100  | Vault prolapse: grade II: 5, grade III: 12, grade IV: 3; uterine prolapse: 10  | Interview                               | Urgency            | 53.3% (16/30)                           | 13.3% (4/30)                             | n.a.           | 4.0           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Nocturia           | 46.7% (14/30)                           | 6.7% (2/30)                              | n.a.           | 7.0           |
| Farisworth <sup>67</sup>         | 59  | Cystocele repair with mesh   | 18.4      | 98.3 | Grade ≥II  | Validated questionnaires, history       | Urgency            | 41% (24/59)                             | 15.5% (9/58)                             | n.a.           | 2.6           |
| Farisworth <sup>66</sup>         | 24  | Posterior repair with mesh, concomitant anterior repair  | 19.4      | 95.8 | Prolapse symptoms  | Validated questionnaires                | Urgency            | 62.5% (15/24)                           | 21.7% (5/23)                             | n.a.           | 2.9           |
| Milani et al. <sup>60</sup>      | 32  | Anterior and posterior mesh  | 17        | 100  | All stage II–IV  | King's Health Questionnaire             | Urge incontinence  | 16% (5/32)                              | 16% (5/32)                               | n.a.           | 1.0           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 50% (16/32)                             | 40% (13/32)                              | n.a.           | 1.3           |
| Salvatore et al. <sup>70</sup>   | 64  | Anterior repair  | 10.7      | 100  | Stage II: 34, stage III: 21, stage IV: 9                                       | Urodynamic test                         | Urgency            | 92.2% (59/64)                           | 31.3% (20/64)                            | n.a.           | 2.9           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urge incontinence  | 81.3% (52/64)                           | 21.9% (14/64)                            | n.a.           | 3.7           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 100% (29/29)                            | 31% (9/29)                               | n.a.           | 3.2           |
| Salvatore et al. <sup>71</sup>   | 15  | Anterior repair and mesh   | 18        | 93   | Stage ≥II  | Questionnaires                          | Urge incontinence  | 62.1% (18/29)                           | 13.8% (4/29)                             | n.a.           | 4.5           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 40% (6/15)                              | 28% (4/14)                               | n.a.           | 1.4           |
| Brubaker et al. <sup>55</sup>    | 165 | Sacrococcygeal sacropepy (women with concomitant Burch colpo suspension excluded)              | 3         | 94.4 | Stage II: 15.2%, stage III: 67.9%, stage IV: 17.0%                             | PFDI questionnaire                      | Urge incontinence  | 33% (5/15)                              | 20% (3/14)                               | n.a.           | 1.6           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 28.1% (45/160)                          | 11.9% (18/151)                           | n.a.           | 2.4           |
| Digesu et al. <sup>57</sup>      | 93  | Fascial anterior repair (77 pts also concomitant vaginal hysterectomy and/or posterior repair) | 12        | 100  | Stage ≥II  | Voiding diary                           | Urge symptoms      | 90.6% (145/160)                         | 80.9% (123/152)                          | n.a.           | 1.1           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 62.3% (58/93)                           | 17.2% (16/93)                            | n.a.           | 3.7           |
| Natale et al. <sup>69</sup>      | 27  | Transvaginal mesh repair   | 9         | 100  | Grade >II  | History                                 | Urgency            | 100% (93/93)                            | 30.1 (28/93)                             | n.a.           | 3.3           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Frequency          | 100% (93/93)                            | 41% (38/93)                              | n.a.           | 2.4           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 44.4% (12/27)                           | 14.8% (4/27)                             | n.a.           | 3.0           |
| Jasu et al. <sup>30</sup>        | 49  | Anterior repair  | 2.5       | 100  | Grade II or more   | History                                 | Urge incontinence  | 48.1% (13/27)                           | 18.5% (5/27)                             | n.a.           | 2.6           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 33.3% (9/27)                            | 18.5% (5/27)                             | n.a.           | 1.8           |
| Di Marzi et al. <sup>68</sup>    | 51  | Anterior transvaginal repair with mesh   | 17.7      | 100  | Stage ≥II  | History, urodynamic test, voiding diary | Nocturia           | 14.8% (4/27)                            | 11.1% (3/27)                             | n.a.           | 1.3           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Overactive bladder | 100% (49/49)                            | 46.7% (23/49)                            | n.a.           | 2.1           |
| Miedel et al. <sup>59</sup>      | 111 | Anterior repair  | 12        | 100  | Symptomatic cystocele  | Questionnaire                           | Urgency            | 37.2% (19/51)                           | 5.8% (3/51)                              | n.a.           | 6.4           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urge incontinence  | 62.7% (32/51)                           | 17.6% (9/51)                             | n.a.           | 3.6           |
| Natale et al. <sup>61</sup>      | 272 | Suspension vaginal apex by high levator myorrhaphy   | 60        | 100  | Stage ≥II  | History                                 | Urgency            | 27.9% (31/111)                          | 18.0% (20/111)                           | 21.6% (24/111) | 1.6           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urgency            | 55.9% (152/272)                         | 33.8% (92/272)                           | n.a.           | 1.7           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Frequency          | 46.7% (127/272)                         | 22.1% (60/272)                           | n.a.           | 2.1           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Nocturia           | 45.6% (124/272)                         | 34.6% (94/272)                           | n.a.           | 1.3           |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Urge incontinence  | 44.5% (121/272)                         | 30.9% (84/272)                           | n.a.           | 1.4           |
| Sivaslioglu <sup>63</sup>        | 85  | Anterior polypropylene mesh or site-specific cystocele repair                                  | 12        | 100  | Stage ≥2   | History, urodynamic tests               | Urgency            | 24.7% (21/85)                           | 2.4% (2/85)                              | n.a.           | 10.3          |
|                                  |     |  |           |      |  |   | Frequency          | 24.7% (21/85)                           | 7.1% (6/85)                              | n.a.           | 3.5           |

n.a., not available; PFDI, Pelvic Floor Distress Inventory; UDI, Urinary Distress Inventory.

# CAS DE L'HYPOACTIVITÉ VÉSICALE/DÉTRUSORIENNE

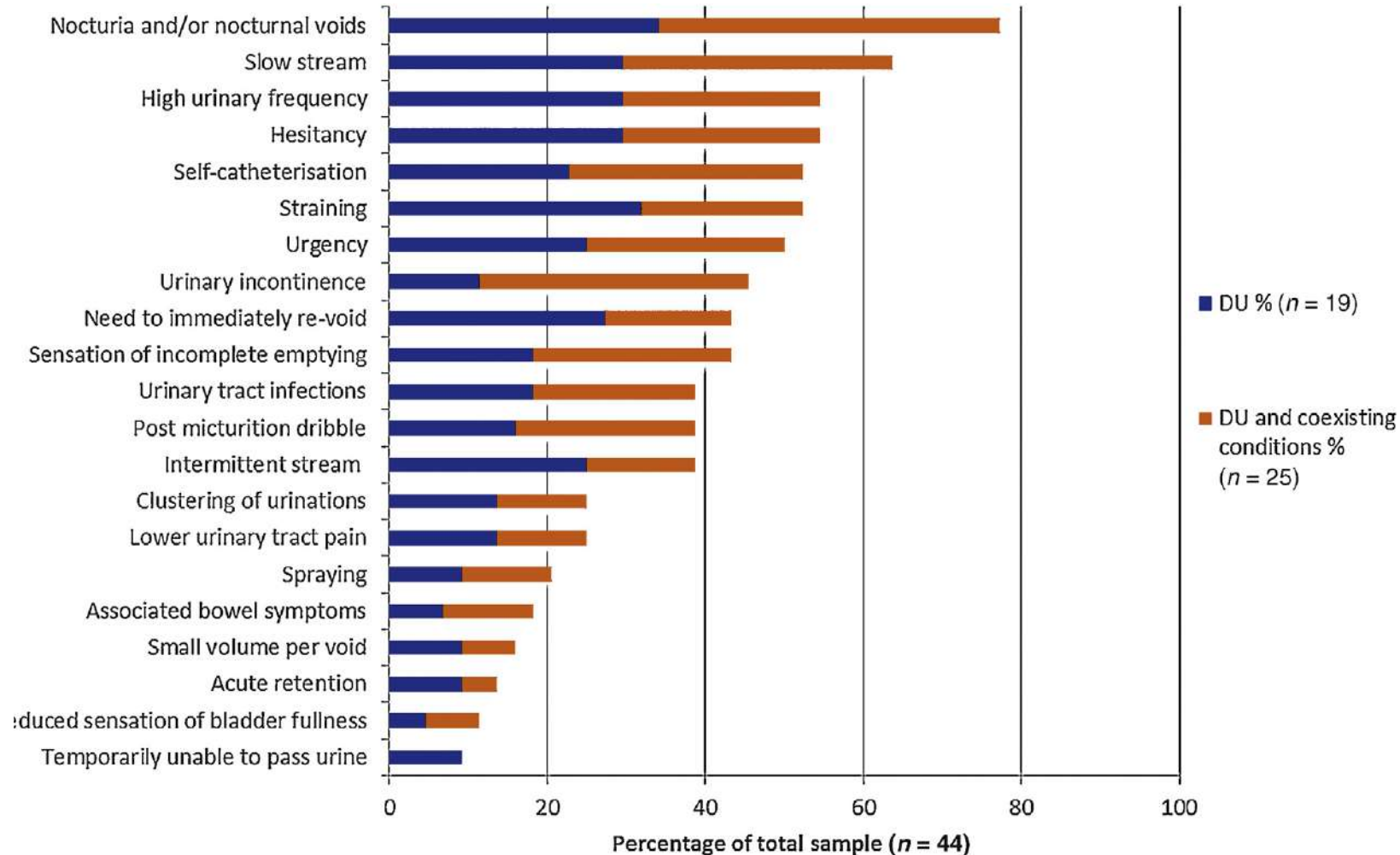
Brief Correspondence

## **The Underactive Bladder: A New Clinical Concept?**

*Christopher R. Chapple<sup>a,\*</sup>, Nadir I. Osman<sup>a</sup>, Lori Birder<sup>b</sup>, Gommert A. van Koeveringe<sup>c</sup>,  
Matthias Oelke<sup>d</sup>, Victor W. Nitti<sup>e</sup>, Marcus J. Drake<sup>f</sup>, Osamu Yamaguchi<sup>g</sup>,  
Paul Abrams<sup>f</sup>, Philip P. Smith<sup>h</sup>*

“Syndrome suggérant une hypoactivité détrusorienne avec mictions prolongées avec ou sans sensation de vidange vésicale incomplète avec habituellement dysurie d’attente, diminution de la sensation de remplissage et jet faible”

# MAIS LES SYMPTÔMES LES PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE HYPOACTIVITÉ DÉTRUSORIENNE SONT...DES SYMPTÔMES D'HAV



# RÔLES DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- **Éliminer une « épine irritative » ++++:**

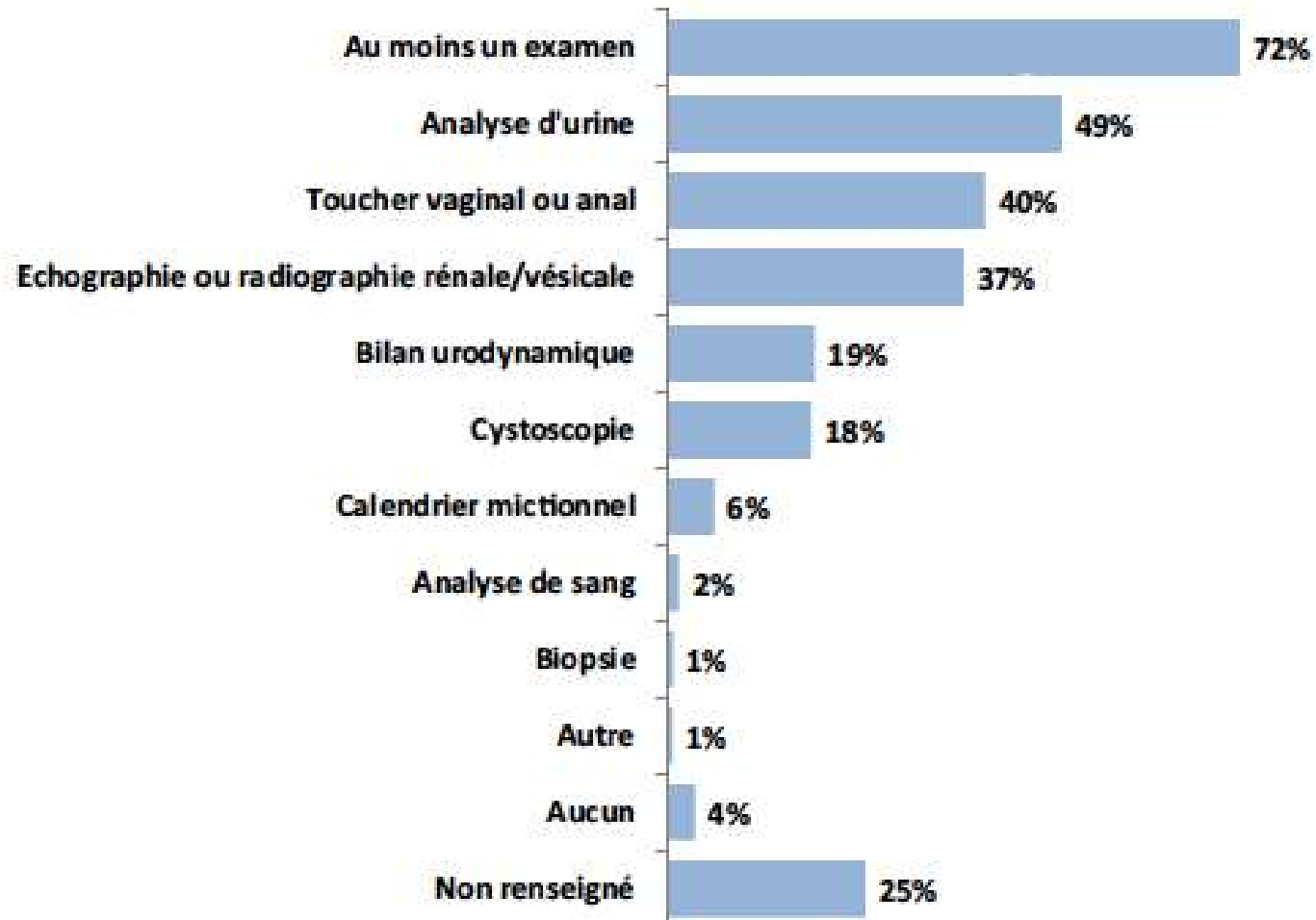
- Infection urinaire
- Tumeurs de vessie
- Calcul
- Pathologie neurologique

**ECBU**  
Echographie  
Cytologie  
Cystoscopie

- **Préciser le mécanisme**

**Bilan**  
urodynamique  
Calendrier  
mictionnel

# QUELS EXAMENS SONT FAIT EN FRANCE EN 2016 POUR HAV?



# RECOMMANDATIONS ECBU(BU)/HAV



)  
é?

que

que

que

## RECOMMANDATIONS CALENDRIER MICTIONNEL/HAV

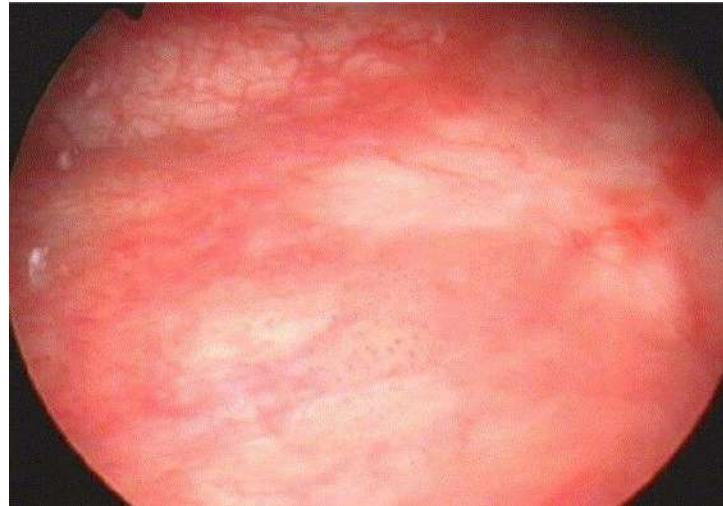
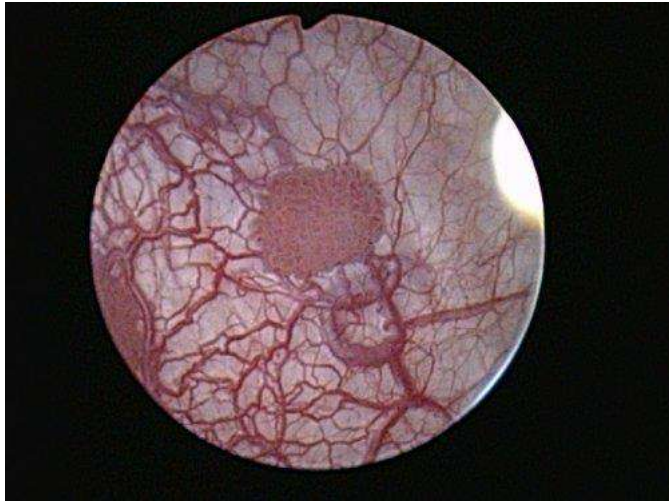
|                 | <b>Calendrier mictionnel<br/>recommandé?</b> |
|-----------------|--|
| <b>AFU 2007</b> | <b>Oui systématique</b>                      |
| <b>AUA 2014</b> | <b>Oui systématique</b>                      |
| <b>EAU 2019</b> | <b>Oui systématique</b>                      |



# RECOMMANDATIONS ÉCHOGRAPHIE/HAV

|                 | échographie<br>recommandé?                               |
|-----------------|--|
| <b>AFU 2007</b> | <b>Pas en 1ere intention</b><br><b>(Mais mesure RPM)</b> |
| <b>AUA 2014</b> | <b>Pas en 1ere intention</b>                             |
| <b>EAU 2019</b> | <b>Pas en 1ere intention</b><br><b>(Mais mesure RPM)</b> |

# CYSTOSCOPIE ET HAV: ELIMINER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



# RECOMMANDATIONS CYSTOSCOPIE/HAV

|                 | <b>Cystoscopie<br/>recommandé?</b>                     |
|-----------------|--|
| <b>AFU 2007</b> | <b>Oui (incontinence,<br/>hématurie, douleur, ...)</b> |
| <b>AUA 2014</b> | <b>Pas en 1ere intention</b>                           |
| <b>EAU 2019</b> | <b>Pas en 1ere intention</b>                           |

# RECOMMANDATIONS CYTOLOGIE HAV

|                 | <b>Cytologie<br/>recommandé?</b> |
|-----------------|----------------------------------|
| <b>AFU 2007</b> | <b>Non mentionnée</b>            |
| <b>AUA 2014</b> | <b>Non mentionnée</b>            |
| <b>EAU 2019</b> | <b>Non mentionnée</b>            |

# RECOMMANDATIONS URODYNAMIQUE/HAV

|                 | <b>Urodynamique<br/>recommandé?</b> |
|-----------------|-------------------------------------|
| <b>AFU 2007</b> | <b>Oui (incontinence)</b>           |
| <b>AUA 2014</b> | <b>Pas en 1ere intention</b>        |
| <b>EAU 2017</b> | <b>Pas en 1ere intention</b>        |

# DÉPENSES DE SANTÉ VS. OBLIGATION DE MOYEN



# ECHELLE INDIVIDU VS ÉCHELLE POPULATION



## EN PRATIQUE POUR MOI

- **Systematique:**
  - calendrier mictionnel
  - mesure RPM



# POUSSER LES INVESTIGATIONS: LES PATIENTS À RISQUE

- Hématurie
- Douleur
- Tabagisme/Autres Fdr tumeur vessie
- Homme
- Symptômes résistants aux traitements de première ligne

## 3. HBP

# HBP: DÉFINITIONS

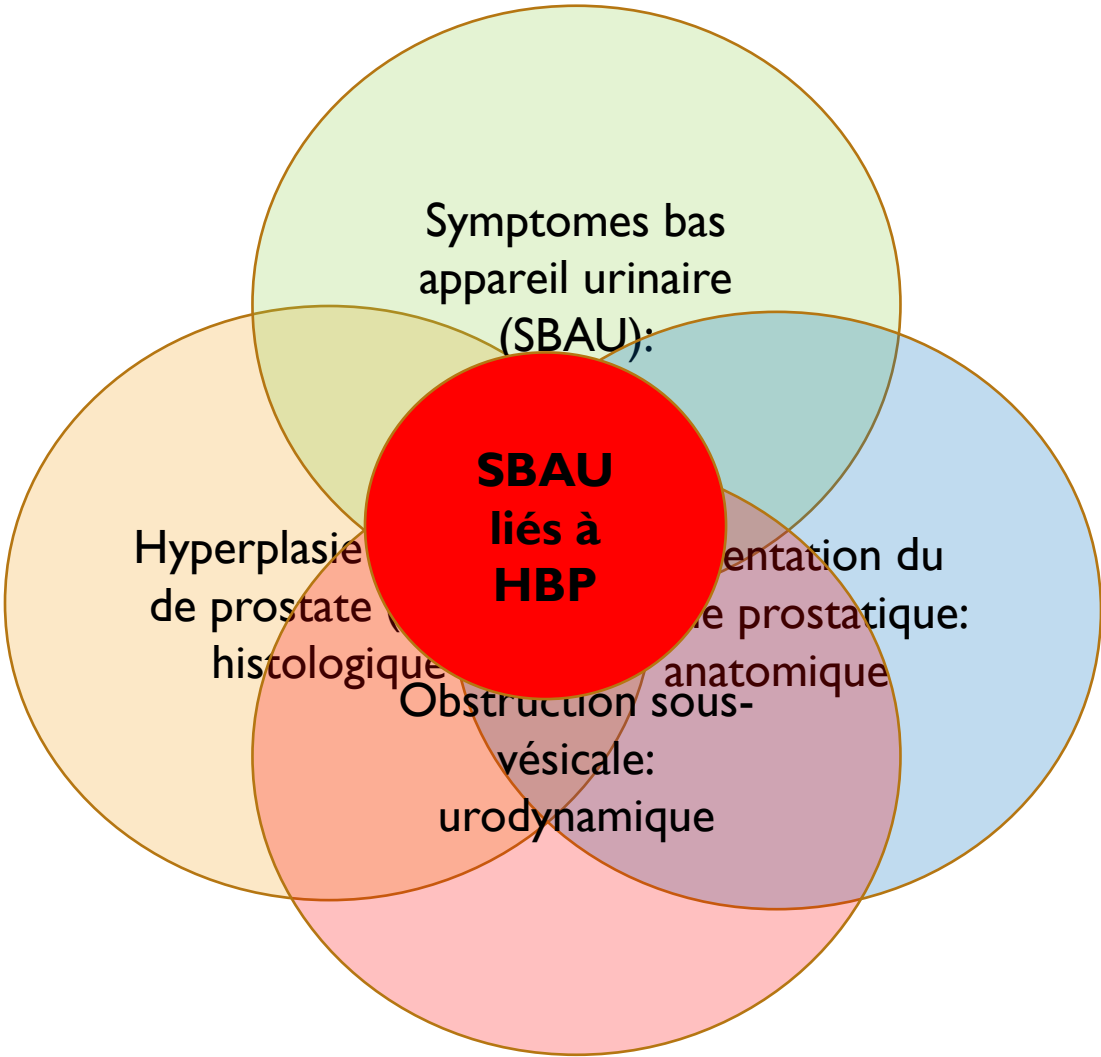
Hyperplasie bénigne  
de prostate (HBP):  
histologique

Symptômes bas  
appareil urinaire  
(SBAU):  
clinique

Obstruction sous-  
vésicale:  
urodynamique

Augmentation du  
volume prostatique:  
anatomique

# HBP: DÉFINITIONS



# BMJ

LONDON, SATURDAY 9 APRIL 1994

## **New words for old: lower urinary tract symptoms for “prostatism”**

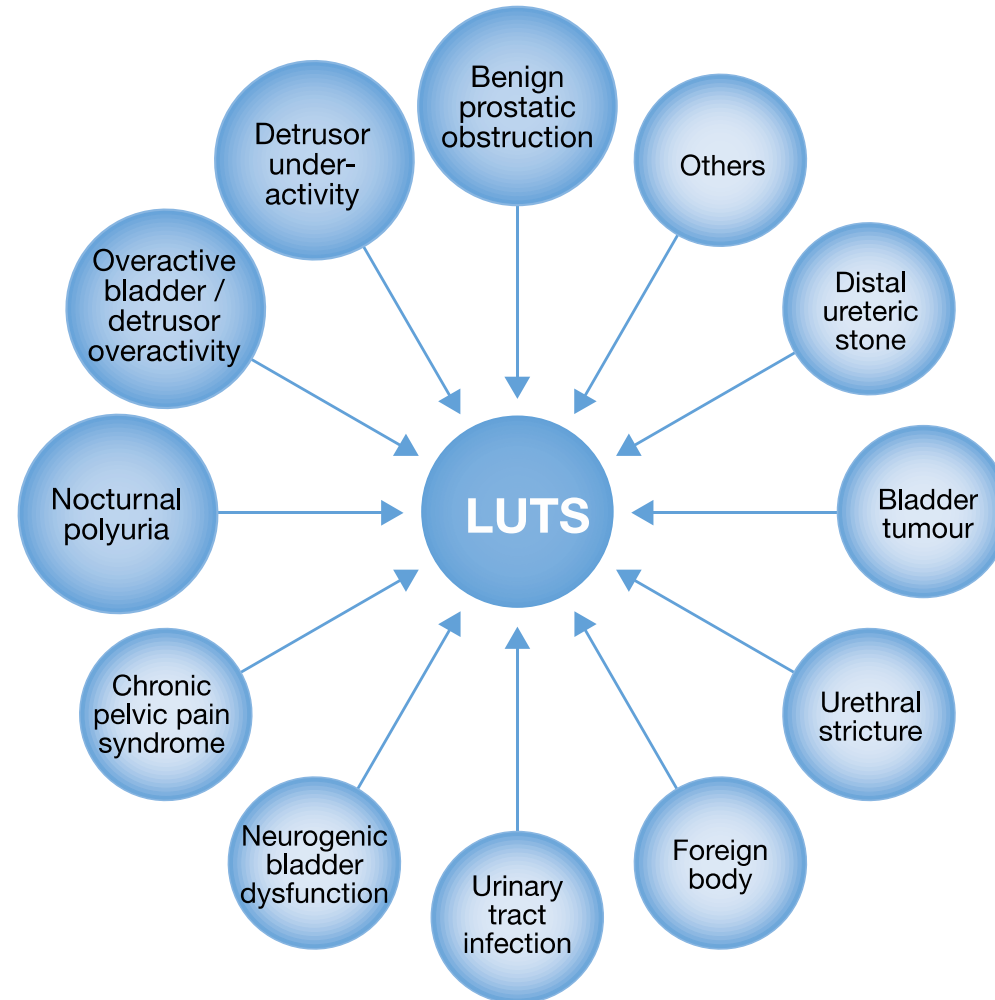
Bristol Urological Institute,  
Southmead Hospital,  
Bristol BS10 5NB

**PAUL ABRAMS**  
Consultant urologist



**Paul Abrams, MD**  
Professor of Urology,  
University of Bristol, UK

# SBAU CHEZ L'HOMME



# OBJECTIFS DU BILAN HBP

- Prouver l'implication de la prostate dans la genèse des symptômes
- Aider dans le choix du traitement/de la technique chirurgicale
- Evaluer la sévérité des troubles
- Eliminer un cancer prostatique
- Evaluer la gêne/impact sur la qualité de vie
- Prédire les résultats de la chirurgie/  
Améliorer l'information des patients
- Rechercher une complication

# L'ARSENAL DIAGNOSTIQUE

- Interrogatoire
- Toucher rectal
- Questionnaires
- BU
- Débitmétrie
- Résidu post-mictionnel
- PSA
- Catalogue mictionnel
- Cystoscopie
- Urodynamique
- Créatininémie
- Imagerie prostatique
- Echographie du haut appareil



INTERROGATOIRE

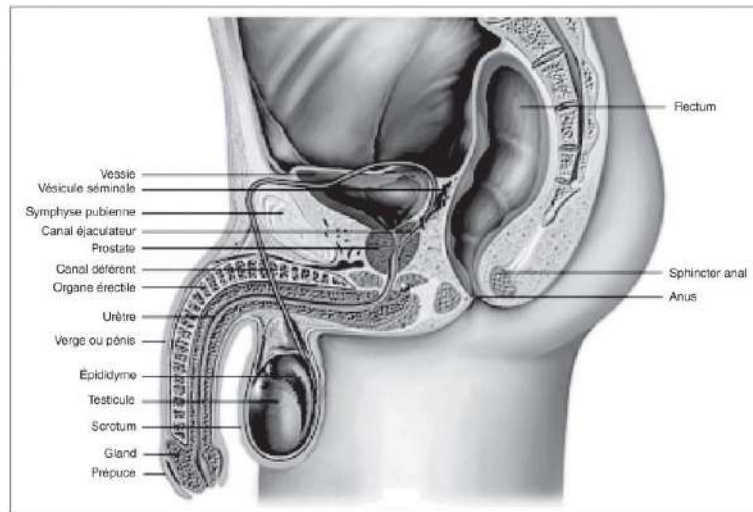
# RECOMMANDATIONS INTERROGATOIRE

|                              | AFU 2012     | EAU 2018     | AUA 2018           |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>   | <b>oui</b>         |
| <b>Chez qui?</b>             | systematique | systematique | systematique       |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4          | 4            | Clinical principle |
| <b>Grade recommandations</b> | C            | strong       | NR                 |

# MENTION SPÉCIALE: ÉVALUATION DE LA SEXUALITÉ

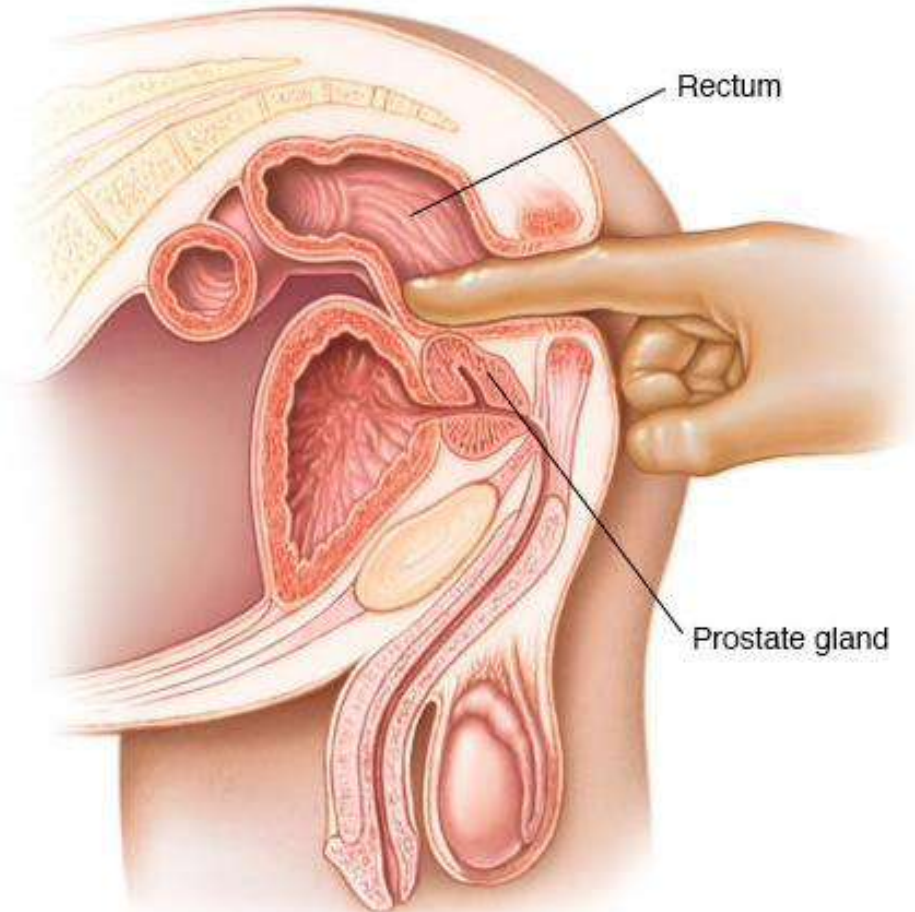
- **Recommander unanimement lors de l'interrogatoire par AFU, EAU, AUA**

- **(+/- IEEF)**



TOUCHER RECTAL

# TOUCHER RECTAL ET PROSTATE



Deux objectifs

- 1) Rechercher un cancer prostatique +++
- 2) Estimer le volume

# POSITION TOUCHER RECTAL VÉCU DES PATIENTS



I



II







III



IV

Table 1 - Patient positioning in past DRE, and patients' preferences in current DRE.

| Preferred patient position for DRE       | 1  | 2  | 3  | 4  | No preference    |
|--|---|---|---|---|------------------|
| <b>Positive past history of DRE</b>      |   |   |   |   |                  |
| Position in past DRE                     | 24 (21.6)   | 68 (61.3)   | 15 (13.5)   | 4 (3.6)   | -                |
| Same position chosen in current DRE      | 22 (31.9)   | 30 (43.5)   | 13 (18.8)   | 4 (5.8)   | 18 (16.2)        |
| Different position chosen in current DRE | 14 (58.3)   | 0 (0.0)   | 7 (29.2)  | 3 (12.5)  |                  |
| Preferred position                       | 36 (32.4)   | 30 (27.0)   | 20 (18.0)   | 7 (6.3)   | 18 (16.2)        |
| <b>Negative past history of DRE</b>      |   |   |   |   |                  |
| Preferred position                       | 38 (42.7)   | 9 (10.1)  | 21 (23.6)   | 6 (6.7)   | 15 (16.9)        |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>74 (37.0)</b>  | <b>39 (19.5)</b>  | <b>41 (20.5)</b>  | <b>13 (6.5)</b>   | <b>33 (16.5)</b> |

# LE TOUCHER RECTAL EST PEU FIABLE POUR ÉVALUER LE VOLUME PROSTATIQUE

- **2238 hommes ayant eu une prostatectomie radicale**

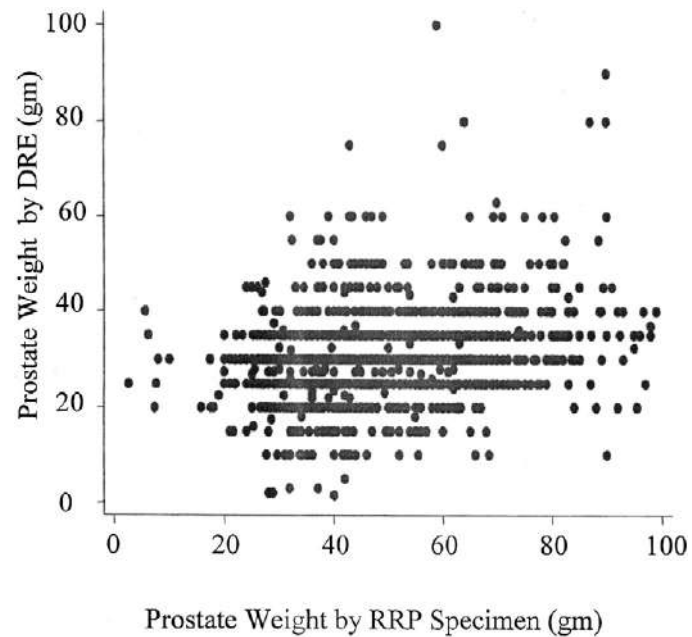


FIG. 1. Relationship between prostate weight estimates by DRE and RRP specimen weight.

# RECOMMANDATIONS TOUCHER RECTAL

|                              | AFU 2012     | EAU 2018     | AUA 2018  |
|------------------------------|--------------|--------------|-----------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>   | <b>NR</b> |
| <b>Chez qui?</b>             | systematique | systematique | NR        |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4          | 3-4          | NR        |
| <b>Grade recommandations</b> | C            | strong       | NR        |



# QUESTIONNAIRE IPSS

# IPSS: QUESTIONNAIRE SYMPTÔMES ET QUALITÉ DE VIE

- 7 questions symptômes /5
- 1 question qualité de vie (question 8) /6

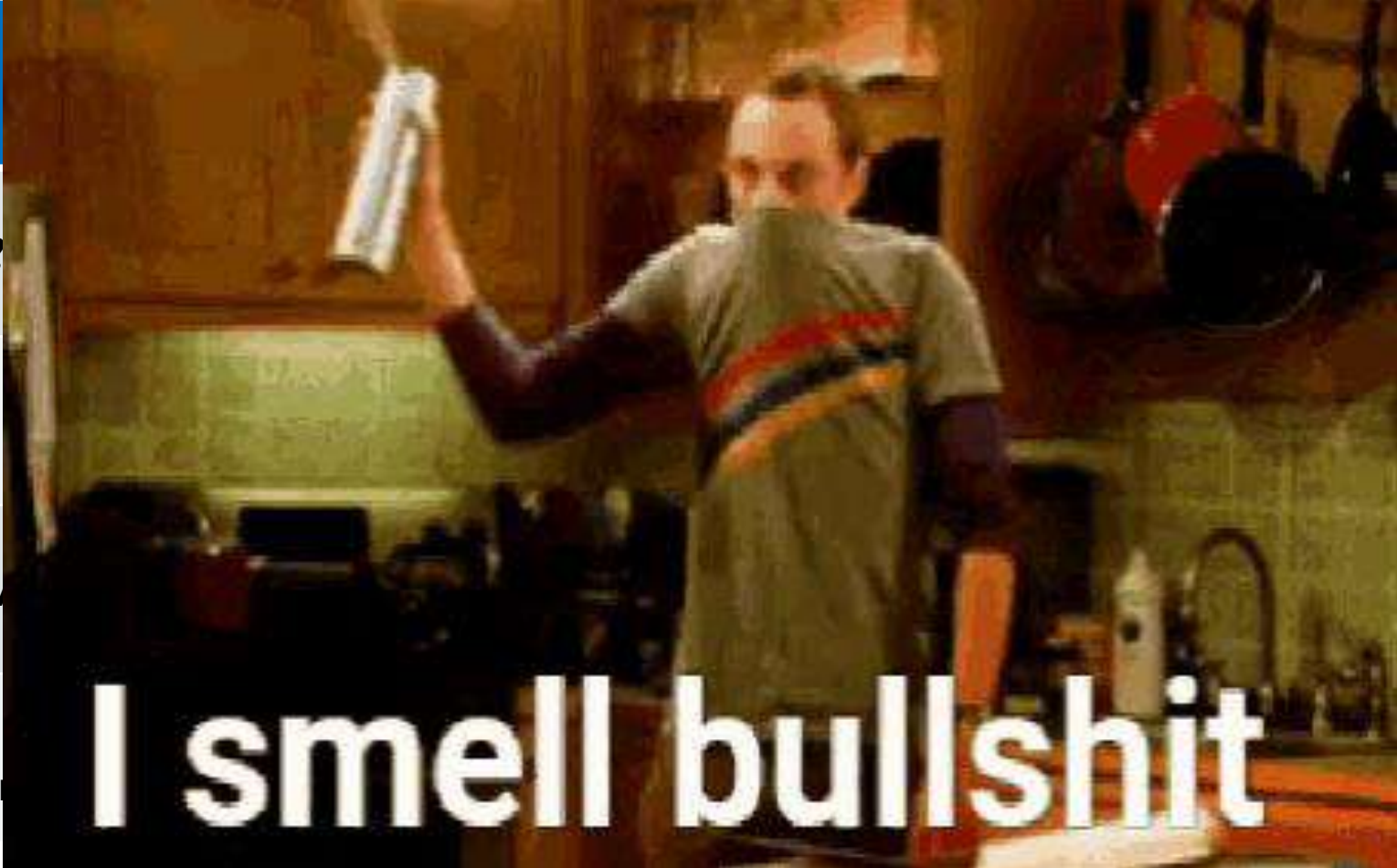
|   | Jamais         | Environ 1 fois sur 5 | Environ 1 fois sur 3 | Environ 1 fois sur 2 | Environ 2 fois sur 3 | Presque toujours |  |
|---|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|--|
| Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné?   | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
| Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini d'uriner?  | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
| Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet, puis arrêt, puis redémarrage?                             | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
| Au cours du dernier mois écoulé, après en avoir ressenti le besoin, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retenir votre envie d'uriner?  | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
| Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine?  | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
| Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner?  | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
|   | Jamais         | 1 fois               | 2 fois               | 3 fois               | 4 fois               | 5 fois           |  |
| Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin)? | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | <input type="checkbox"/>                                 |
| I-PSS score S    0 – 7 = léger<br>8 – 19 = modéré<br>20 – 35 = sévère   |                |                      |                      |                      |                      |                  | Score I-PSS TOTAL S = <input type="text"/>               |
| <b>EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE LIÉE AUX SYMPTÔMES URINAIRES</b>   |                |                      |                      |                      |                      |                  |  |
|   | Très satisfait | Satisfait            | Plutôt satisfait     | Partagé              | Plutôt ennuyé        | Ennuyé           | Très ennuyé  |
| Vous venez d'expliquer comment vous urinez. Si vous deviez vivre le restant de votre vie de cette manière, diriez-vous que vous en seriez   | 0              | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                | 6  |
|   |                |                      |                      |                      |                      |                  | Évaluation de la qualité de vie L = <input type="text"/> |

# RECOMMANDATIONS IPSS

|                              | AFU 2012     | EAU 2018     | AUA 2018           |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>   | <b>oui</b>         |
| <b>Chez qui?</b>             | systematique | systematique | systematique       |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4          | 3            | Clinical principle |
| <b>Grade recommandations</b> | C            | strong       | NR                 |

BU

# RECOMMANDATIONS BU

|                      |   | JA 2018      |
|----------------------|---|--------------|
| Recommandé?          |  | oui          |
| Chez qui?            |   | stomatique   |
| Niveau de preuve     |   | cal principe |
| Grade recommandation |   | NR           |

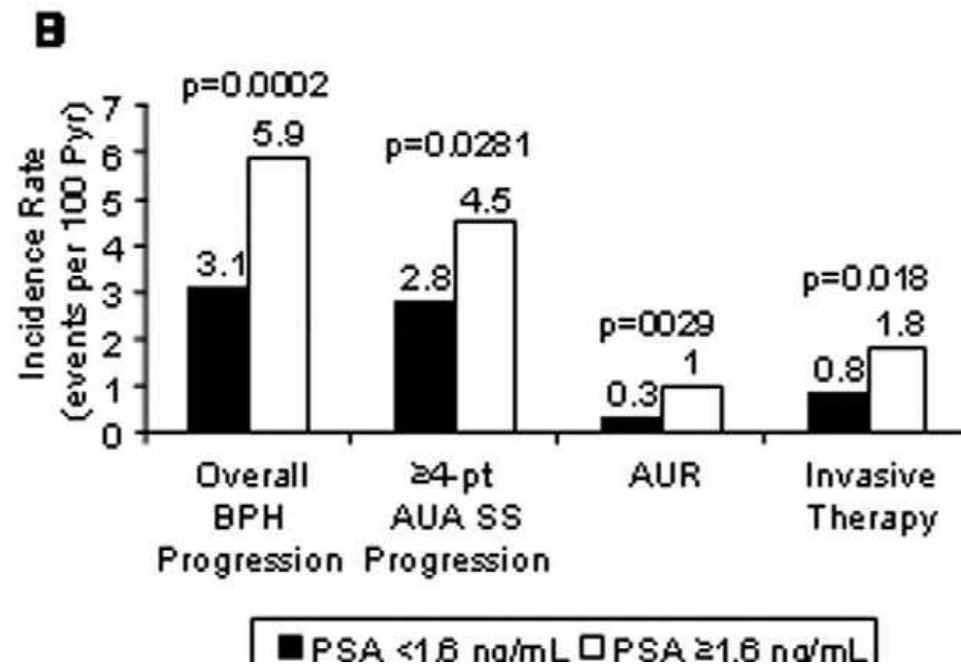
RPM

# RECOMMANDATIONS RPM

|                              | AFU 2012     | EAU 2018     | AUA 2018           |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>   | <b>oui</b>         |
| <b>Chez qui?</b>             | systematique | systematique | systematique       |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4          | 4            | Clinical principle |
| <b>Grade recommandations</b> | C            | strong       | NR                 |

# RPM: ASSOCIÉ AU RISQUE DE PROGRESSION DES SYMPTÔMES

- **MTOPS study, groupe placebo, suivi > 4 ans (N=737)**





# RPM: ASSOCIÉ AUX RÉSULTATS POST-OPÉRATOIRES

- **Facteurs prédictifs de succès de PVP (N=193)**

| <i>Variables</i> | <i>Short</i>   |           |               |
|------------------|----------------|-----------|---------------|
|                  | <i>p-Value</i> | <i>OR</i> | <i>95% CI</i> |
| Qmax             | <0.001         | 1.34      | 1.16, 1.56    |
| BVE              | <0.001         | 5.91      | 2.40, 14.55   |
| Voided volume    | 0.597          | 0.99      | 0.99, 1.00    |
| PSA              | 0.146          | 1.09      | 0.96, 1.23    |
| Prostate volume  | 0.044          | 0.98      | 0.96, 1.00    |

# RPM SEUIL?

- RPM > 300 ml?

- RPM > 200 ml? 400 ml?

## Voiding Dysfunction

### AUA White Paper on Nonneurogenic Chronic Urinary Retention: Consensus Definition, Treatment Algorithm, and Outcome End Points

John T. Stoffel,\* Andrew C. Peterson,† Jaspreet S. Sandhu, Anne M. Suskind, John T. Wei and Deborah J. Lightner

*From the University of Michigan, Ann Arbor, Michigan (JTS, JTV), Duke University, Durham, North Carolina (ACP), Memorial Sloan Kettering Hospital, New York, New York (JSS), University of California, San Francisco, San Francisco, California (AMS), and Mayo Clinic, Rochester, Minnesota (DJL)*



| Baseline PVR (mL) | Indwelling catheterization |                     | BPE surgery | BPE medications only | Hospitalization for UTI | Hospitalization for retention |
|-------------------|----------------------------|---------------------|-------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
|                   | n                          | n (%)               | n (%)       | n (%)                | n (%)                   | n (%)                         |
| 0-49              | 183                        | 0 (0)               | 6 (3)       | 11 (6)               | 1 (0.5)                 | 1 (0.5)                       |
| 50-99             | 59                         | 0 (0)               | 5 (7)       | 5 (7)                | 3 (5) <sup>a</sup>      | 0 (0)                         |
| 100-199           | 72                         | 0 (0)               | 2 (3)       | 9 (13)               | 1 (1)                   | 0 (0)                         |
| 200-399           | 11                         | 0 (0)               | 2 (18)      | 0 (0)                | 0 (0)                   | 0 (0)                         |
| 400mL+            | 4                          | 1 (25) <sup>b</sup> | 3 (75)      | 0 (0)                | 0 (0)                   | 1 (25) <sup>c</sup>           |

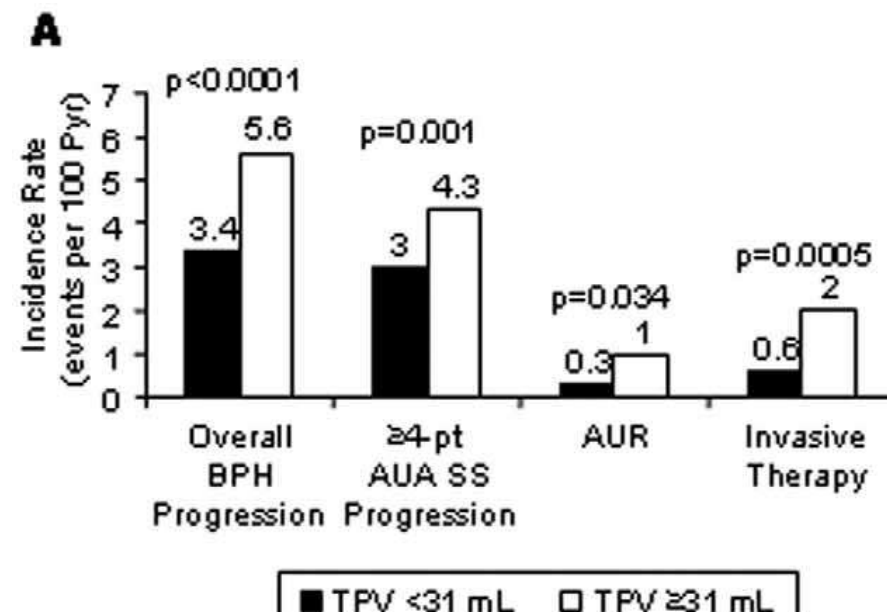
# DÉBITMÉTRIE

# RECOMMANDATIONS DÉBITMÉTRIE

|                              | AFU 2012     | EAU 2018     | AUA 2018           |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>   | <b>oui</b>         |
| <b>Chez qui?</b>             | systematique | systematique | systematique       |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4          | NR           | Clinical principle |
| <b>Grade recommandations</b> | C            | strong       | NR                 |

# Q MAX: ASSOCIÉ AU RISQUE DE PROGRESSION DES SYMPTÔMES

- **MTOPS study, groupe placebo, suivi > 4 ans (N=737)**



# Q MAX: ASSOCIÉ AUX RÉSULTATS DE LA CHIRURGIE

- N=557 patients traités par RTUP**

TABLE III. Correlation Among IPSSs (Total Score, Each Sub-Total Score and Individual Questions), the QOL Score and Objective Parameters Using Spearman's Correlation Coefficient and the Z-Value as Calculated by Mann-Whitney's U-Test

|                     | Age     | PV | BOOI   | BCI    | MCC     | DO      | F-Q <sub>max</sub> | PVR    | QOL score |
|---------------------|---------|----|--------|--------|---------|---------|--------------------|--------|-----------|
| Nocturia            | 0.23**  |    |        |        | -0.15** | 2.54*   | -0.15**            |        | 0.31**    |
| Urgency             |         |    | 0.15** | 0.16** |         | 3.14**  | -0.09*             | 0.12** | 0.42**    |
| Frequency           |         |    |        |        | -0.13** | 2.05*   |                    |        | 0.42**    |
| T. storage symptom  |         |    |        | 0.08*  | -0.15** | 3.21**  | -0.11**            |        | 0.48**    |
| Straining           |         |    | 0.12*  |        |         | -2.16*  | -0.19**            | 0.11** | 0.39**    |
| Intermittency       | -0.12** |    |        |        |         |         | -0.14**            | 0.09*  | 0.40**    |
| Weak stream         |         |    |        |        |         | -2.73** | -0.16**            | 0.08*  | 0.43**    |
| T. voiding symptom  | -0.09*  |    |        |        |         | -2.36*  | -0.19**            | 0.12** | 0.50**    |
| Incomplete emptying |         |    |        |        |         |         | -0.17**            | 0.15** | 0.42**    |
| Total I-PSS         |         |    | 0.09*  |        |         |         | -0.20**            | 0.13** | 0.61**    |
| QOL score           |         |    |        |        |         |         | -0.14**            | 0.11*  | —         |

\*Correlation significant at 0.05.

\*\*Correlation significant at 0.01.

# Q MAX SEUIL: 10 ML/S

| Study                 | Threshold value | BOO definition for reference standard                        | Mean age yr (range)     | Mean IPSS (range)        | BOOP (%) | SSY (%) | SPY (%) | PPV (%) | NPV (%) |
|-----------------------|-----------------|--|-------------------------|--------------------------|----------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Uroflowmetry</b>   |                 |  |                         |                          |          |         |         |         |         |
| Aganovic [7]          | 10 ml/s         | LPURR >2   | 64.68                   | 14.48                    | 63       | 63      | 88      | 94      | 42      |
|                       |                 | LPURR >3   |                         |                          |          | 72      | 69      | 69      | 72      |
|                       |                 | LPURR >2 + URA >29   |                         |                          |          | 72      | 92      | 94      | 68      |
|                       |                 | Q <sub>max</sub> <15 + P <sub>det</sub> Q <sub>max</sub> >50 |                         |                          |          | 67      | 45      | 50      | 63      |
| Botkor-Rasmussen [12] | 10 ml/s         | BOOI >40   | 66 (51–85) <sup>a</sup> | DAN-PSS 4                | 52       | 33      | 100     | 100     | 58      |
| Chia [13]             | 10ml/s          | BOOI >40   | 64.6 (50–94)            | 20.3                     | 63       | 90      | 48      | 74      | 75      |
| Dicuio [15]           | 10 ml/s         | DAMPF score  | 67.9 (47–86)            | 22.4 (6–35)              | 64       | NR      | NR      | 100     | NR      |
| El Saied [16]         | 10 ml/s         | BOOI >40   | 61.7 (53–76)            | 13.4 (4–22)              | 46       | 100     | 37      | 57.5    | 100     |
| Griffiths [18]        | 10 ml/s         | BOOI >40   | NR                      | NR                       | 39       | 59      | 89      | 77      | 77      |
| Harding [20]          | 10 ml/s         | BOOI >40   | 63 (20–88)              | NR                       | 28       | 81      | 64      | 51      |         |
| Hirayama [21]         | 10 ml/s         | BOOI >40   | 67.7 (50–83)            | 17.1 (9–33)              | 60       | NR      | NR      | 65      | NR      |
| Ku [26]               | 10 ml/s         | BOOI >40   | 68 (44–89) <sup>a</sup> | 18.1 (no BOO)            | 27       | 57.9    | 65.8    | 38.4    | 81      |
|                       | 12 ml/s         |  |                         | 19.7 (BOO)               |          | 77.2    | 54.2    | 38.3    | 86.6    |
|                       | 15 ml/s         |  |                         |                          |          | 94.7    | 27.7    | 32.5    | 93.5    |
| Madersbacher [30]     | 5 ml/s          | LPURR >2   | 66.5 (53–81)            | 16                       | 53       | 16      | 96      | 85.1    | 46.9    |
| Oelke [34]            | 15 ml/s         | CHESS  | 63 (42–82)              | 14.4 (2–29)              | 47       | 100     | 25      | 55      | 100     |
| Oelke [33]            | 15 ml/s         | BOOI >40   | 62 (40–89) <sup>a</sup> | 15 (2–30) <sup>a</sup>   | 47       | 99      | 39      | 59      | 97      |
|                       | 10 ml/s         |  |                         |                          |          | 68      | 73      | 69      | 72      |
| Poulsen [38]          | 10 ml/s         | BOOI >40   | 68 (32–90)              | 10 (no BOO) <sup>e</sup> | 65       | 68.7    | 57.4    | 74.7    | 50      |
|                       | 15 ml/s         |  |                         | 11 (BOO) <sup>e</sup>    |          | 89.9    | 31.5    | 70.6    | 62.9    |
| Reynard [41]          | 10 ml/s         | Shafer nomogram  | 66.5 (45–88)            | NR                       | 60       | 47      | 70      | 70      | 46.5    |

PSA



# RECOMMANDATIONS PSA

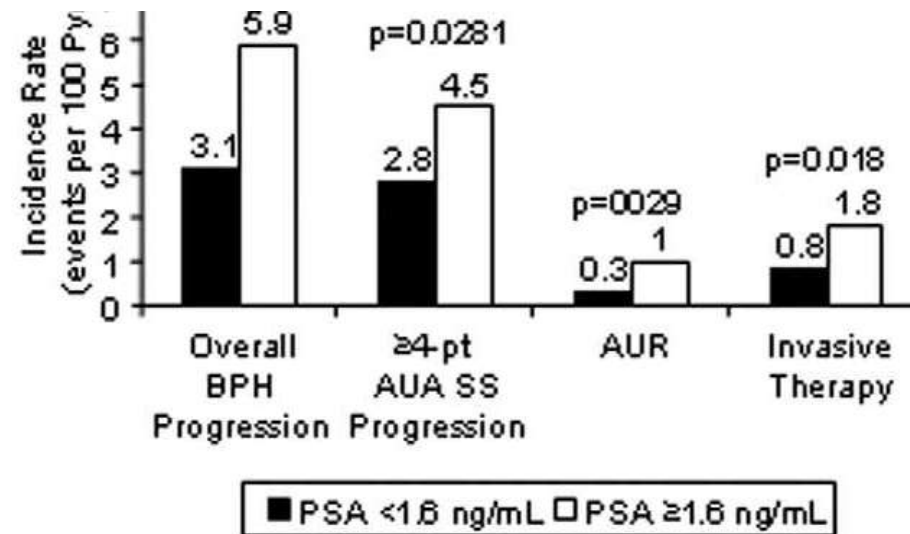
|                              | AFU 2012     | EAU 2018     | AUA 2018  |
|------------------------------|--------------|--------------|-----------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>   | <b>NR</b> |
| <b>Chez qui?</b>             | systematique | systematique | NR        |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4          | I b          | NR        |
| <b>Grade recommandations</b> | C            | strong       | NR        |

PSA

- **Dépister un cancer prostatique++++**

# PSA: ASSOCIÉ AU RISQUE DE PROGRESSION DES SYMPTÔMES

- **MTOPS study, groupe placebo, suivi > 4 ans (N=737)**



# CATALOGUE MICTIONNEL

# RECOMMANDATIONS CATALOGUE MITIONNEL

|                              | AFU 2012                                | EAU 2018                                | AUA 2018  |
|------------------------------|---|---|-----------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>                              | <b>oui</b>                              | <b>NR</b> |
| <b>Chez qui?</b>             | Symptômes phase remplissage prédominant | Symptômes phase remplissage prédominant | NR        |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4                                     | 3                                       | NR        |
| <b>Grade recommandations</b> | C                                       | strong                                  | NR        |

# CYSTOSCOPIE

# RECOMMANDATIONS CYSTOSCOPIE

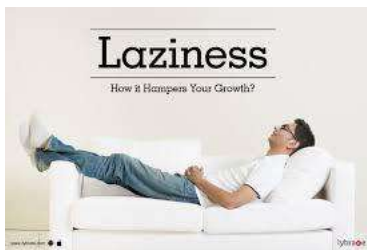
|                              | AFU 2012   | EAU 2018  | AUA 2018                       |
|------------------------------|--|---|--------------------------------|
| <b>Recommandé?</b>           | <b>oui</b>   | <b>oui</b>  | <b>Ou imagerie prostatique</b> |
| <b>Chez qui?</b>             | Si suspicion rétrécissement urétral ou pathologie vésicale | Si antécédents d'hématurie macro ou micro, de sténose urétrale, de cancer de vessie ou si susceptible d'influer le traitement | Ou imagerie prostatique        |
| <b>Niveau de preuve</b>      | 3-4  | 3   | Clinical principle             |
| <b>Grade recommandations</b> | C  | strong  | NR                             |

## 4. SYMPTÔMES DE LA PHASE DE VIDANGE



# SYMPTOMES DE LA PHASE DE VIDANGE: OBSTRUCTION VS HYPOACTIVITÉ

Hypoactivité  
détrusorienne



Obstruction sous-vésicale



UN GOLD STANDARD POUR DETERMINER  
OBSTRUCTION =  
L'ÉTUDE PRESSION-DÉBIT

Car l'obstruction est un concept  
urodynamique

Abrams et al, NeuroUrol and Urodynamics 2002

Haab et al, Prog Urol 2004

Osman et al, Eur Urol 2014

# POURRAIT-ON DISTINGUER OBSTRUCTION ET HYPOACTIVITÉ SIMPLEMENT SUR LA CLINIQUE ?

EUROPEAN UROLOGY 69 (2016) 361–369

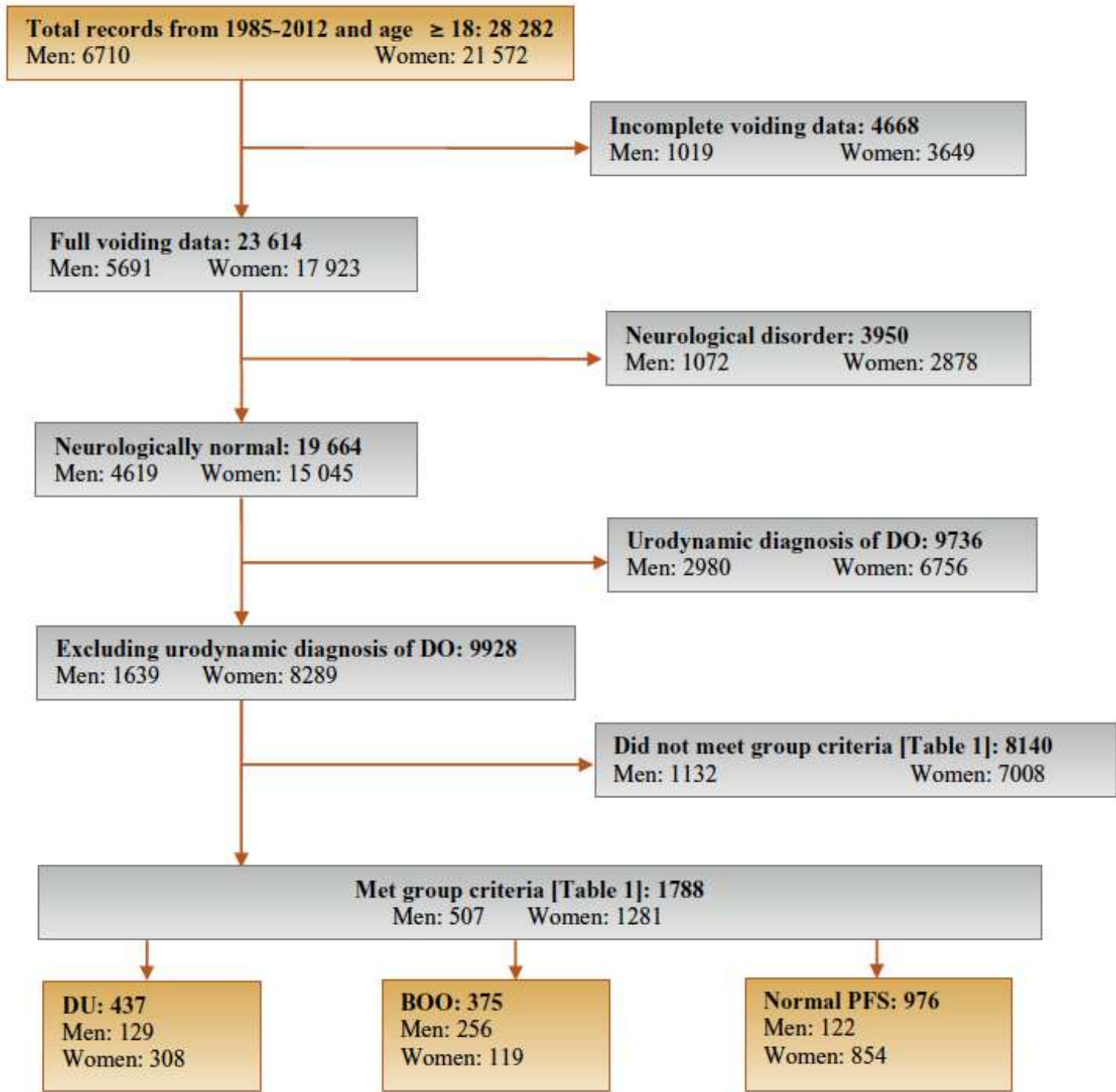
available at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)  
journal homepage: [www.europeanurology.com](http://www.europeanurology.com)



## Voiding Dysfunction

### **Signs and Symptoms of Detrusor Underactivity: An Analysis of Clinical Presentation and Urodynamic Tests From a Large Group of Patients Undergoing Pressure Flow Studies**

*Andrew Gammie<sup>a,\*</sup>, Mathilde Kaper<sup>b</sup>, Caroline Dorrepaal<sup>b</sup>, Ton Kos<sup>b</sup>, Paul Abrams<sup>a</sup>*



**Table 2 – Men: odds ratios and 95% confidence intervals for categorical variables of detrusor underactivity compared with bladder outlet obstruction and normal pressure flow studies, using logistic regression model with patient group and age as factors**

| Variable                                | Males, n (%)    |                  |                     |                                     |                                     |
|---|-----------------|------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|   | DU<br>(n = 129) | BOO<br>(n = 256) | Normal<br>(n = 122) | OR (CI) for DU/BOO                  | OR (CI) for DU/Normal               |
| <b>Signs and symptoms</b>               |                 |                  |                     |                                     |                                     |
| Urinary stream decreased                | 55 (56%)        | 150 (82%)        | 28 (30%)            | 0.31 <sup>***</sup><br>(0.18, 0.54) | 3.02 <sup>**</sup><br>(1.65, 5.56)  |
| Hesitancy                               | 47 (51%)        | 126 (69%)        | 25 (26%)            | 0.47 <sup>**</sup><br>(0.28, 0.80)  | 3.27 <sup>**</sup><br>(1.74, 6.15)  |
| Abnormal sexual function                | 30 (41%)        | 34 (26%)         | 21 (29%)            | 2.32 <sup>*</sup><br>(1.20, 4.48)   | 1.20<br>(0.55, 2.58)                |
| Feeling of incomplete bladder emptying  | 37 (36%)        | 55 (29%)         | 22 (22%)            | 1.29<br>(0.77, 2.16)                | 2.16 <sup>*</sup><br>(1.14, 4.08)   |
| Urgency, fear of leakage                | 31 (30%)        | 83 (45%)         | 35 (35%)            | 0.54 <sup>*</sup><br>(0.32, 0.90)   | 0.76<br>(0.42, 1.38)                |
| Stress incontinence                     | 17 (25%)        | 4 (3.7%)         | 16 (22%)            | 9.14 <sup>**</sup><br>(2.91, 28.7)  | 1.05<br>(0.48, 2.33)                |
| Enuresis                                | 15 (21%)        | 2 (1.8%)         | 15 (21%)            | 13.7 <sup>**</sup><br>(3.02, 62.3)  | 1.12<br>(0.46, 2.55)                |
| Urinary stream interrupted              | 19 (19%)        | 20 (11%)         | 9 (9.2%)            | 1.88<br>(0.95, 3.72)                | 2.42 <sup>*</sup><br>(1.02, 5.73)   |
| Palpable bladder                        | 13 (14%)        | 1 (0.6%)         | 1 (1.1%)            | 28.0 <sup>**</sup><br>(3.60, 218.1) | 13.5 <sup>*</sup><br>(1.71, 106.5)  |
| Absent or decreased sensation           | 13 (13%)        | 0                | 3 (3.0%)            | 36.0 <sup>***, a</sup><br>(7.47, ∞) | 4.57 <sup>*</sup><br>(1.24, 16.9)   |
| Bowel function – strains                | 9 (11%)         | 4 (2.4%)         | 5 (5.6%)            | 4.98 <sup>**</sup><br>(1.48, 16.8)  | 1.73<br>(0.54, 5.51)                |
| Feeling of incomplete bowel emptying    | 7 (8.6%)        | 1 (0.6%)         | 0                   | 15.2 <sup>*</sup><br>(1.83, 126.2)  | 10.2 <sup>*, a</sup><br>(1.93, ∞)   |
| Always strains to void                  | 8 (8.0%)        | 1 (0.5%)         | 0                   | 13.5 <sup>*</sup><br>(1.63, 111.8)  | 15.6 <sup>***, a</sup><br>(2.95, ∞) |
| Bowel function: poor control or urgency | 5 (5.4%)        | 1 (0.6%)         | 5 (5.4%)            | 9.84 <sup>*</sup><br>(1.13, 85.8)   | 1.08<br>(0.29, 4.02)                |

# RÉSUMÉ DES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS D'HYPOACTIVITÉ DÉTRUSORIENNE > OBSTRUCTION

L'HYPOACTIVITÉ DÉTRUSORIENNE POURRAIT  
S'INTÉGRER DANS LE CADRE D'UNE  
DYSFONCTION PÉRINÉALE GLOBALE (URINAIRE,  
SEXUELLE, ANORECTALE) CONTRAIREMENT À  
L'OBSTRUCTION

# L'OBSTRUCTION SOUS-VÉSICALE CHEZ LA FEMME: CA EXISTE!!

REVIEW



## Female bladder outlet obstruction: an update on diagnosis and management

*Kristen Meier<sup>a</sup> and Priya Padmanabhan<sup>b</sup>*

Curr Urol Rep (2016) 17:31  
DOI 10.1007/s11934-016-0586-2



FEMALE UROLOGY (K. KOBASHI, SECTION EDITOR)

## Female Bladder Outlet Obstruction

Daniel S. Hoffman<sup>1</sup> · Victor W. Nitti<sup>1</sup>

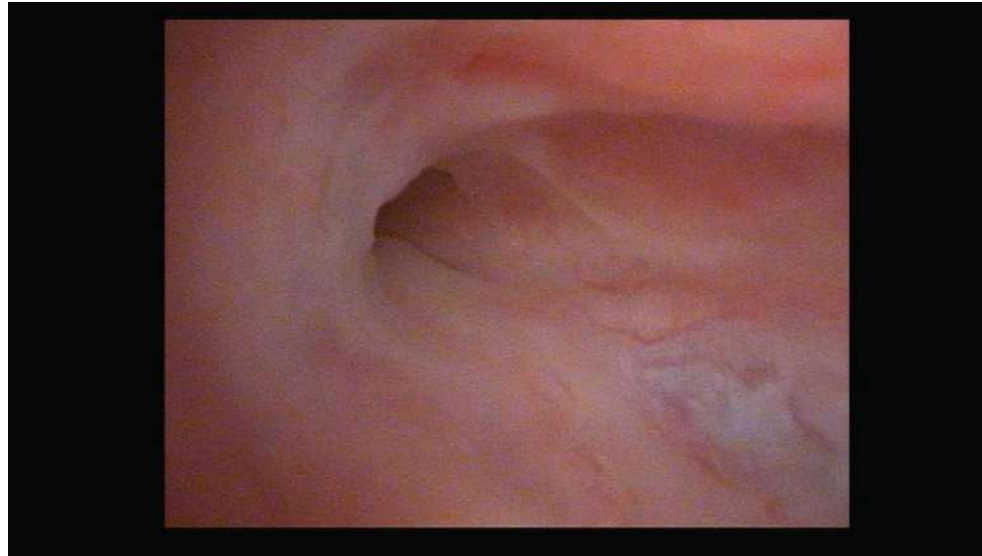
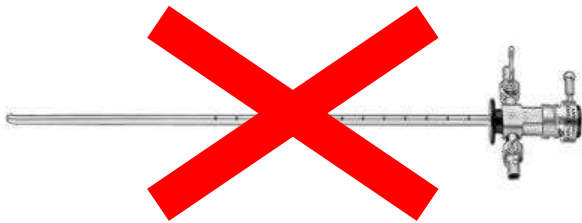
### Obstacle anatomique

Prolapsus  
Bandelette sous urétrale  
Sténose de l'urètre

### Obstacle fonctionnelle

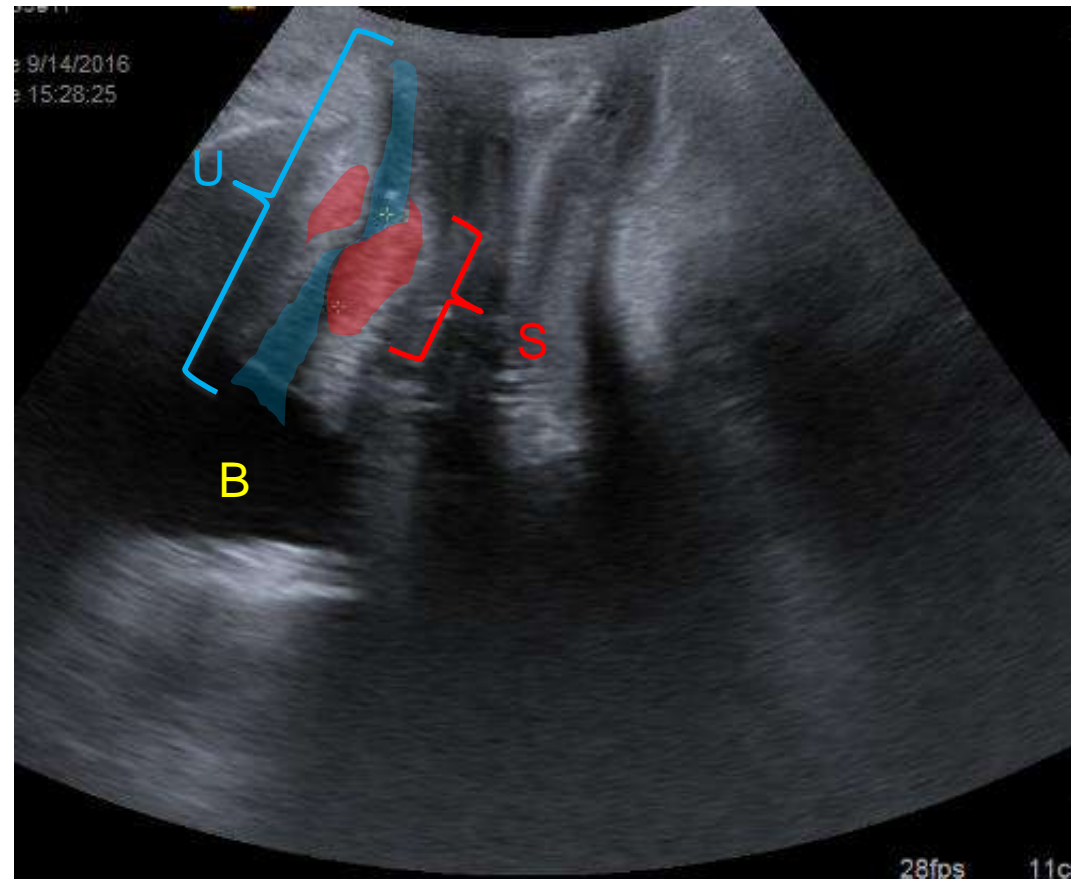
Dyssinergie VS  
Dyssinergie fonctionnelle  
Maladie du col vésical

# DÉPISTER OBSTACLE SV CHEZ LA FEMME: INTÉRÊT DE LA FIBROSCOPIE SOUPLE+++





# RECHERCHER UNE STÉNOSE DE L'URÈTRE: INTÉRÊT DE L'ÉCHOGRAPHIE



# DÉPISTER OBSTACLE SV: INTÉRÊT DE L'URETROCYSTOGRAPHIE

Sténose de l'urètre chez la femme



Maladie du col vésical

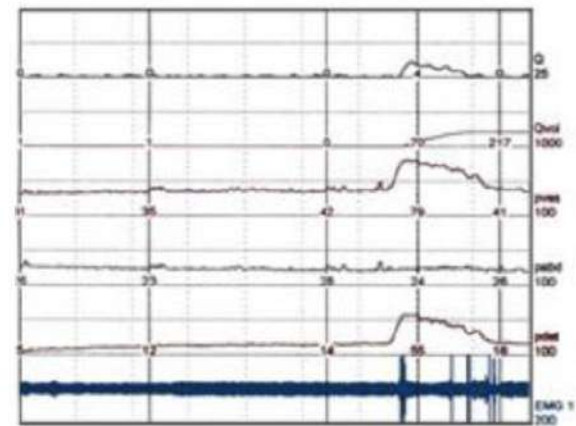


Dyssinergie vésico-sphinctérienne

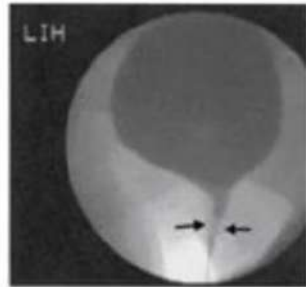


# DÉPISTER OBSTRUCTION SV: LE TOP = VIDÉOUDYNAMIQUE

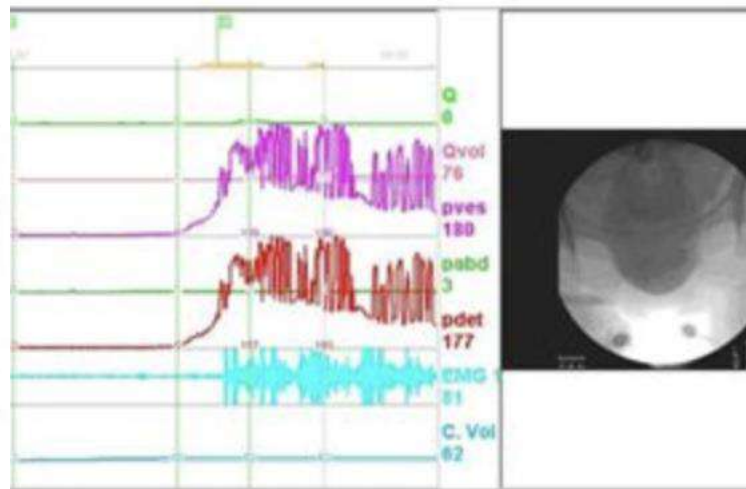
(A)



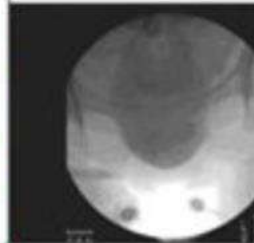
Sténose urètre



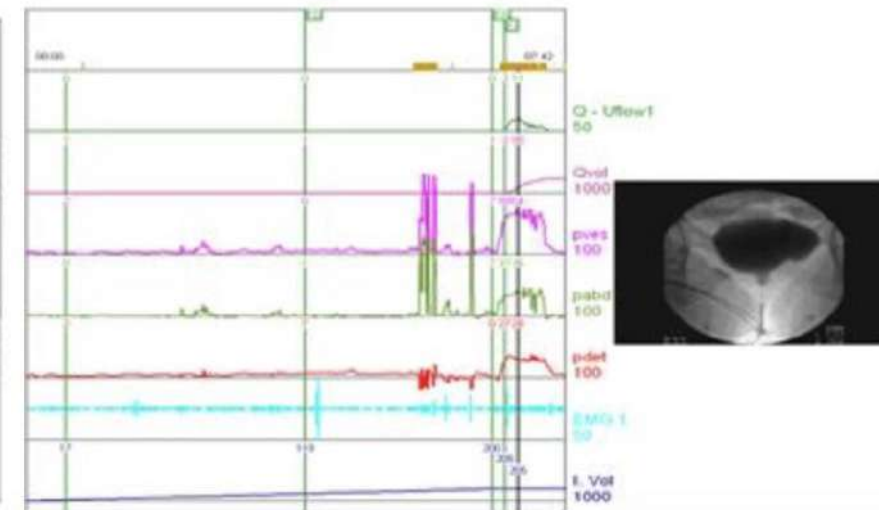
(B)



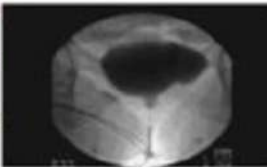
Maladie du col vésical



(C)



Dyssynergie fonctionnelle



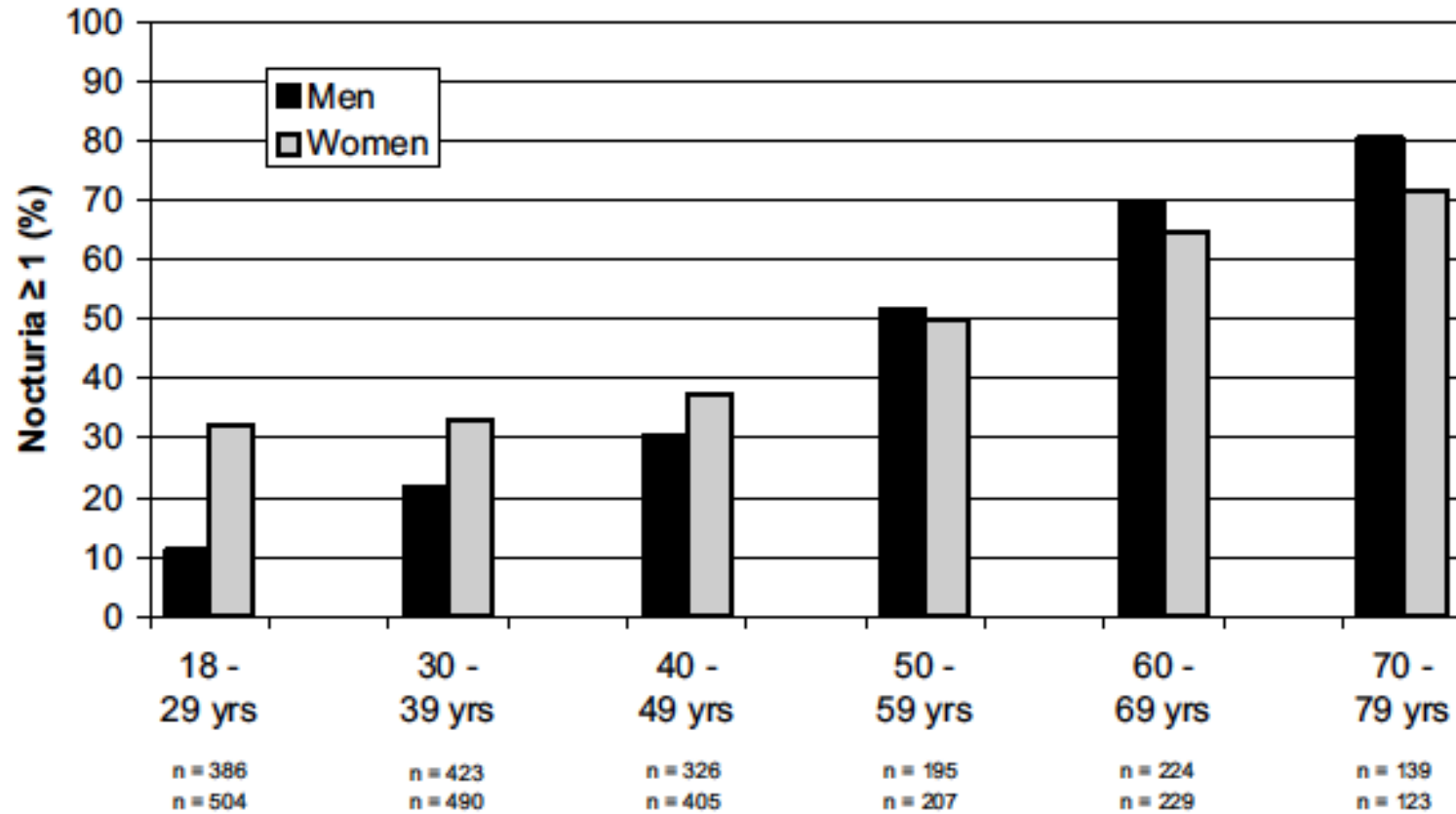
# EVALUER LES CAPACITÉS D'AUTOSONDAGES: PP TEST

| Pencil & Paper Test (PP-Test)  | impossible | incomplet | total<br>mais<br>difficile | possible<br>et facile |
|--|------------|-----------|----------------------------|-----------------------|
| saisie par main dominante du crayon (par pince pouce-index) et positionnement dans conduit auditif   | 0          | 1         | 3                          | 5                     |
| homme : saisie pleine paume et maintien du crayon en l'air par main controlatérale   | 0          | 1         | 3                          | 5                     |
| femme :  |            |           |                            |                       |
| - positionnement horizontal du crayon par main controlatérale au 1/3 supérieur des cuisses   | 0          | 0,5       | 1                          | 2                     |
| - positionnement horizontal du crayon sur index-pouce écartés poing controlatéral posé sur la table  | 0          | 0         | 0,5                        | 1                     |
| - poser et ramasser par main controlatérale le crayon entre les cuisses sur le plan du siège   | 0          | 0,5       | 1                          | 2                     |
| Plier le papier; déchirer suivant la pliure ; 1 morceau à l'examineur, 1 à plier en 4 puis à poser à plat entre les cuisses sur le plan du siège | 0          | 1         | 3                          | 5                     |
| <b>TOTAL =</b>   |            |           |                            | <b>/15</b>            |

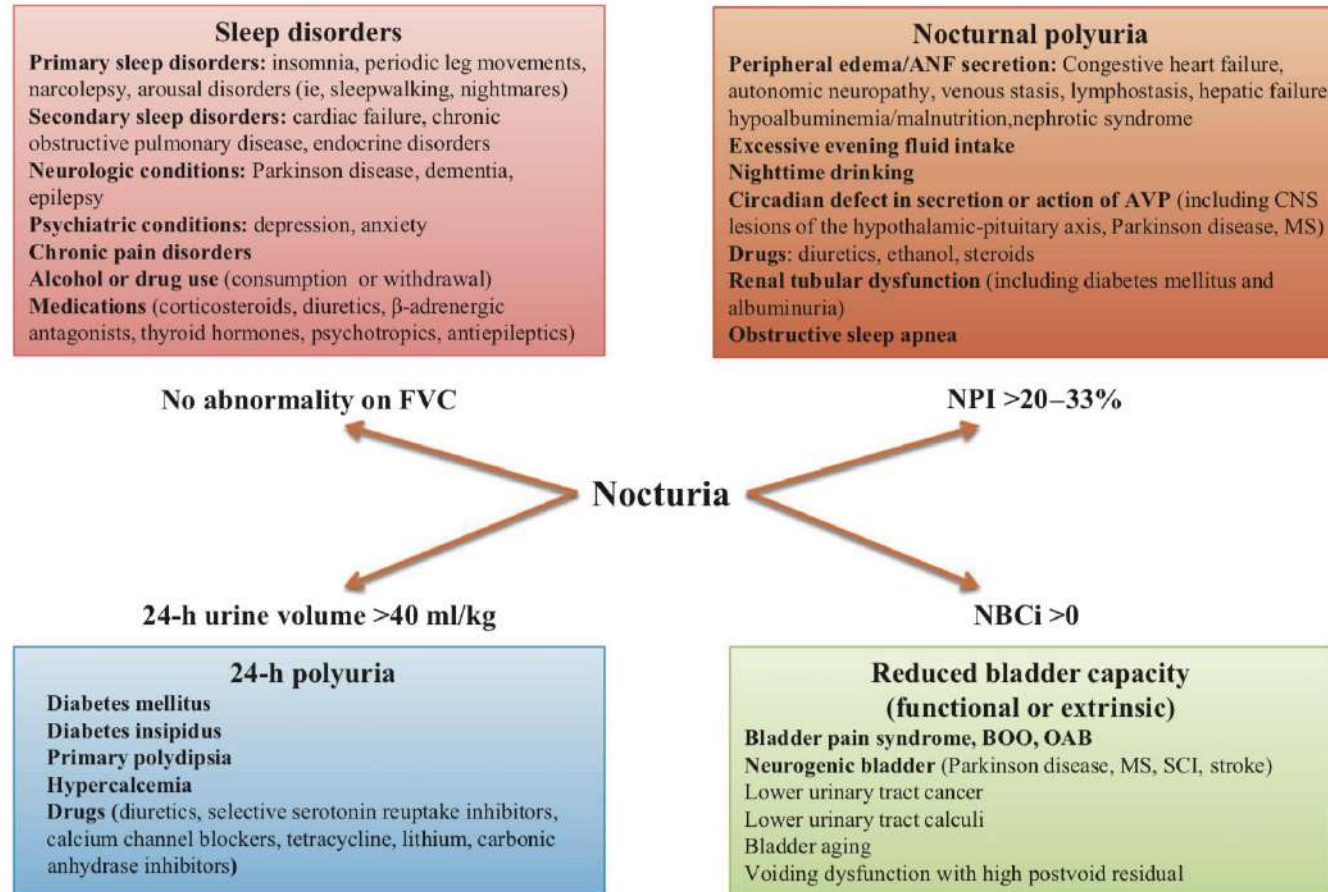


## 5. NYCTURIE

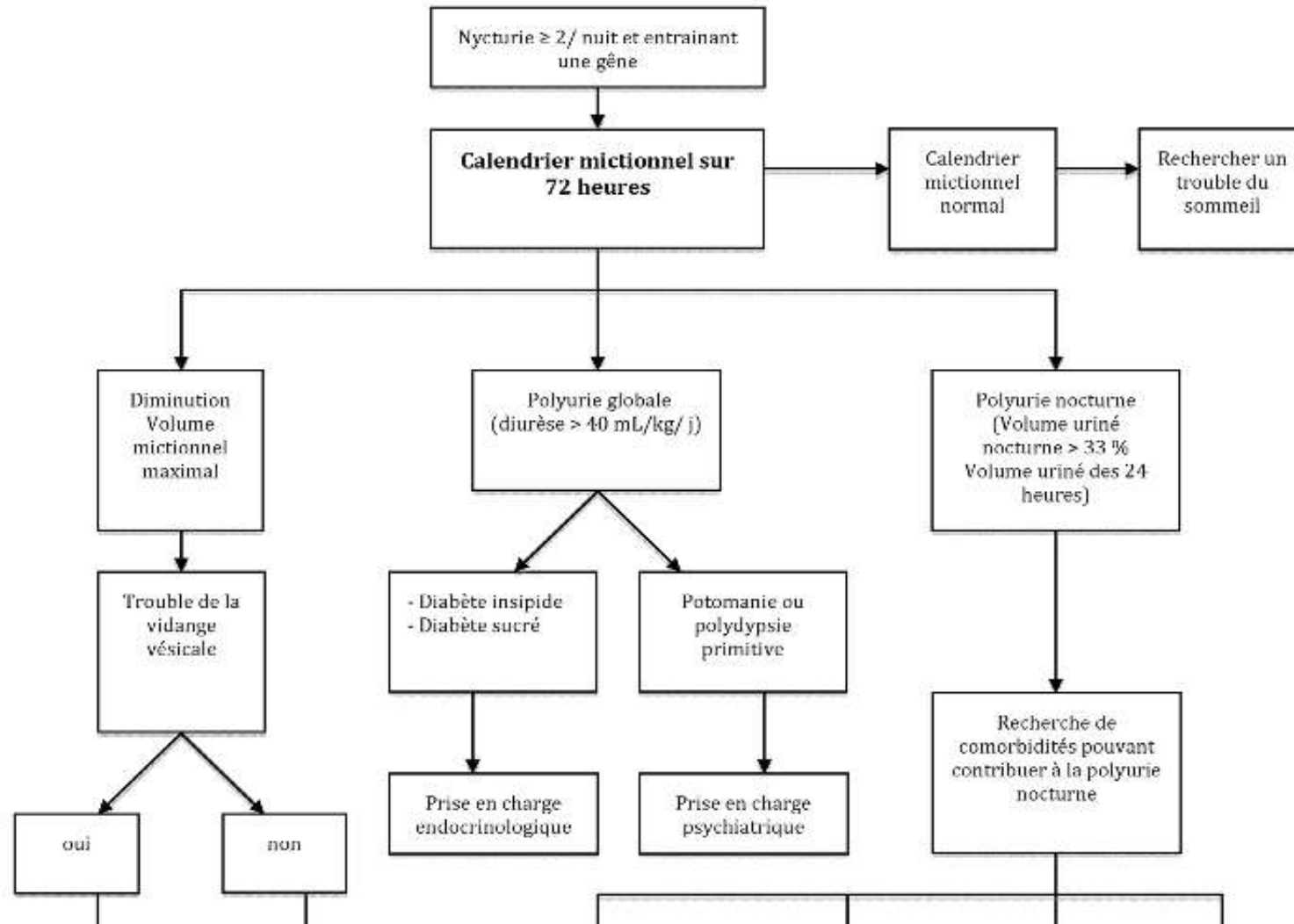
# NYCTURIE: UN DES SBAU LES PLUS PREVALENTS



# NYCTURIE: UN SYMPTOME, DE NOMBREUSES CAUSES



# CATALOGUE MICTIONNEL +++: POUR DÉTERMINER LE MÉCANISME SOUS JACENT





# POLYURIE, POLYURIE NOCTURNE: DÉFINITION ICS

Neurourology and Urodynamics 21:179–183 (2002)  
DOI 10.1002/nuu.10053

**The Standardisation of Terminology in Nocturia:**  
Report from the Standardisation Sub-committee of the  
International Continence Society

Philip van Kerrebroeck,<sup>1</sup> Paul Abrams,<sup>2</sup> David Chaikin,<sup>3</sup> Jenny Donovan,<sup>4</sup> David Fonda,<sup>5</sup> Simon Jackson,<sup>6</sup>  
Poul Jennum,<sup>7</sup> Theodore Johnson,<sup>8</sup> Gunnar Lose,<sup>9</sup> Anders Mattiasson,<sup>10</sup> Gary Robertson,<sup>11</sup> Jeff Weiss<sup>12</sup>



- **Polyurie nocturne :**

- Diurèse nocturne  $> 33\%$  diurèse des 24 heures chez les sujets agés
- Diurèse nocturne  $> 20\%$  diurèse des 24 heures chez les sujets jeunes

**WARNING**

Diurèse nocturne = inclut les premières urines du matin!!!

- **Polyurie globale: :**

- Diurèse  $> 40$  ml/kg/24h

# SI POLYURIE NOCTURNE: PENSER À LA POLYSOMNOGRAPHIE SI FACTEURS RISQUE SAS

Figure 1: Clinique Pasteur score

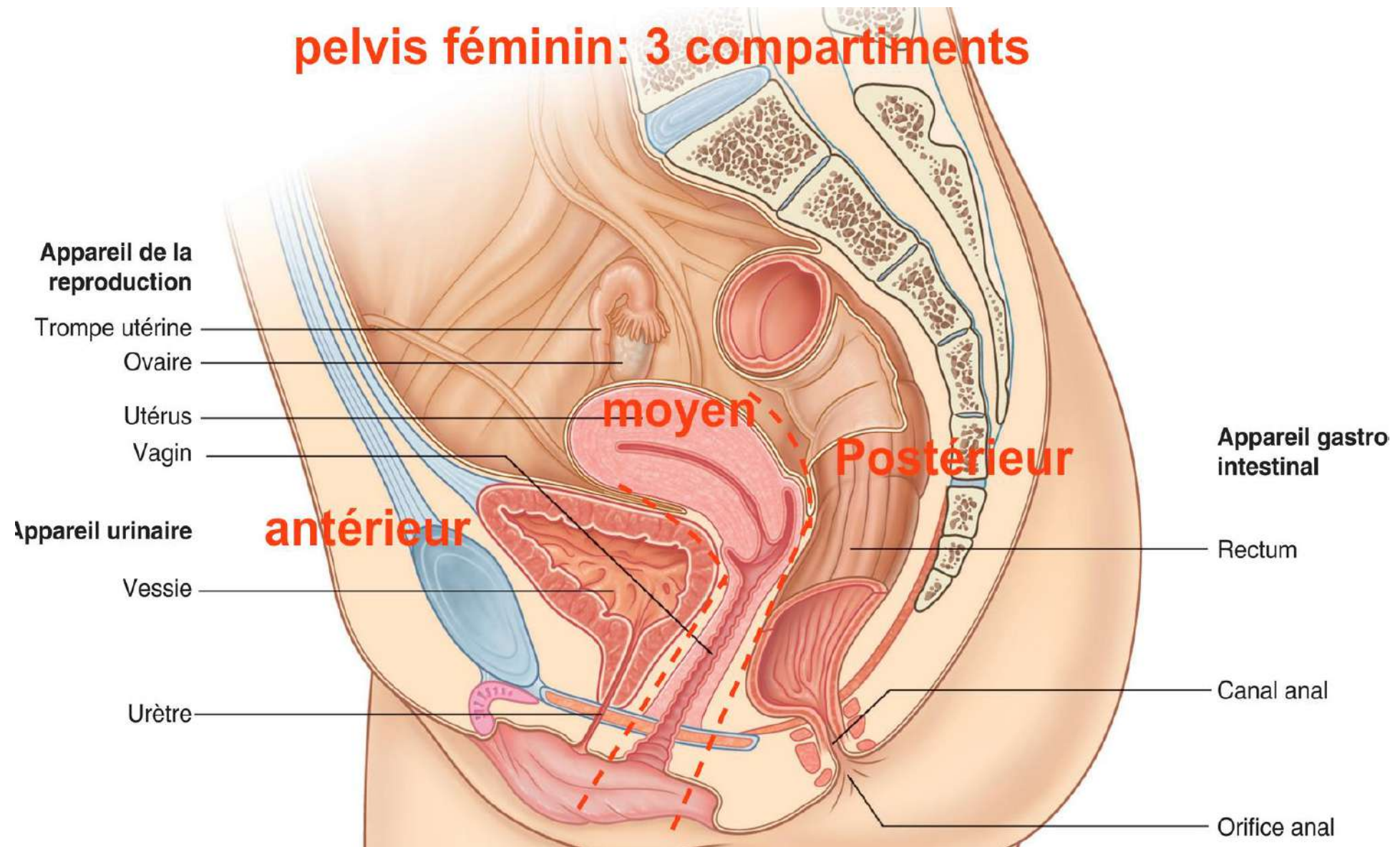
|               |                                      | Points |
|---------------|--------------------------------------|--------|
| <b>Gender</b> | <input type="checkbox"/> Male        | 5      |
|               | <input type="checkbox"/> Female      | 0      |
| <b>Age</b>    | <input type="checkbox"/> ≤ 70 years  | 0      |
|               | <input type="checkbox"/> > 70 years  | 2      |
| <b>BMI</b>    | <input type="checkbox"/> < 25        | 0      |
|               | <input type="checkbox"/> ≥ 25 et <30 | 2      |
|               | <input type="checkbox"/> ≥ 30        | 11     |
| <b>TOTAL</b>  |                                      | /18    |



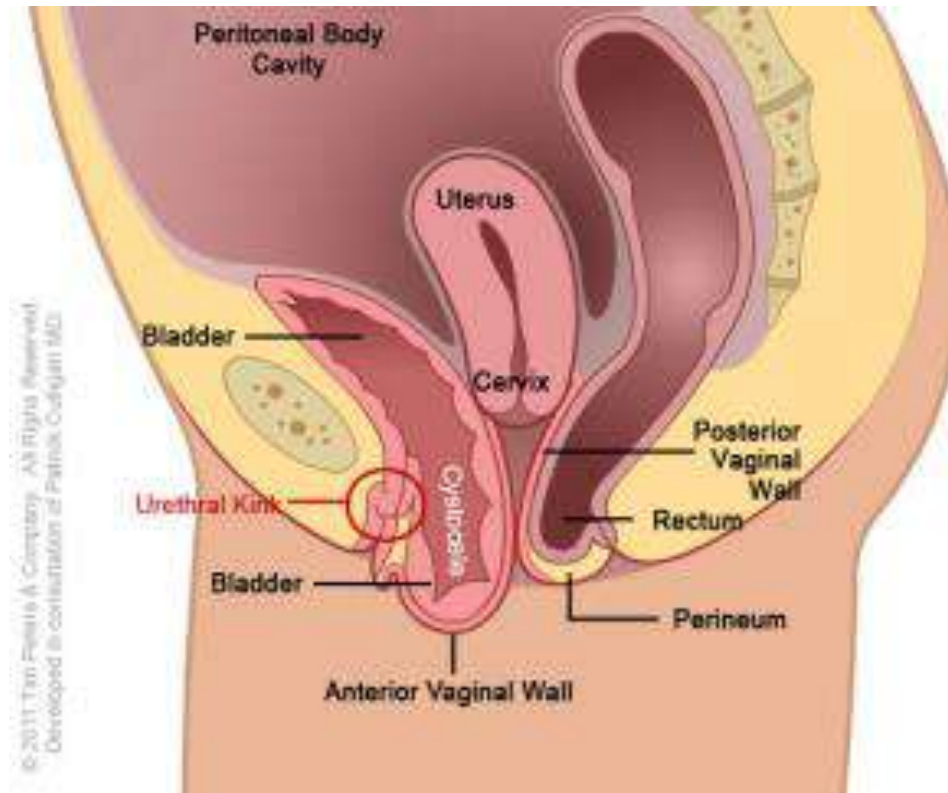
Risque élevé si >6

## 6. PROLAPSUS GÉNITO-URINAIRE

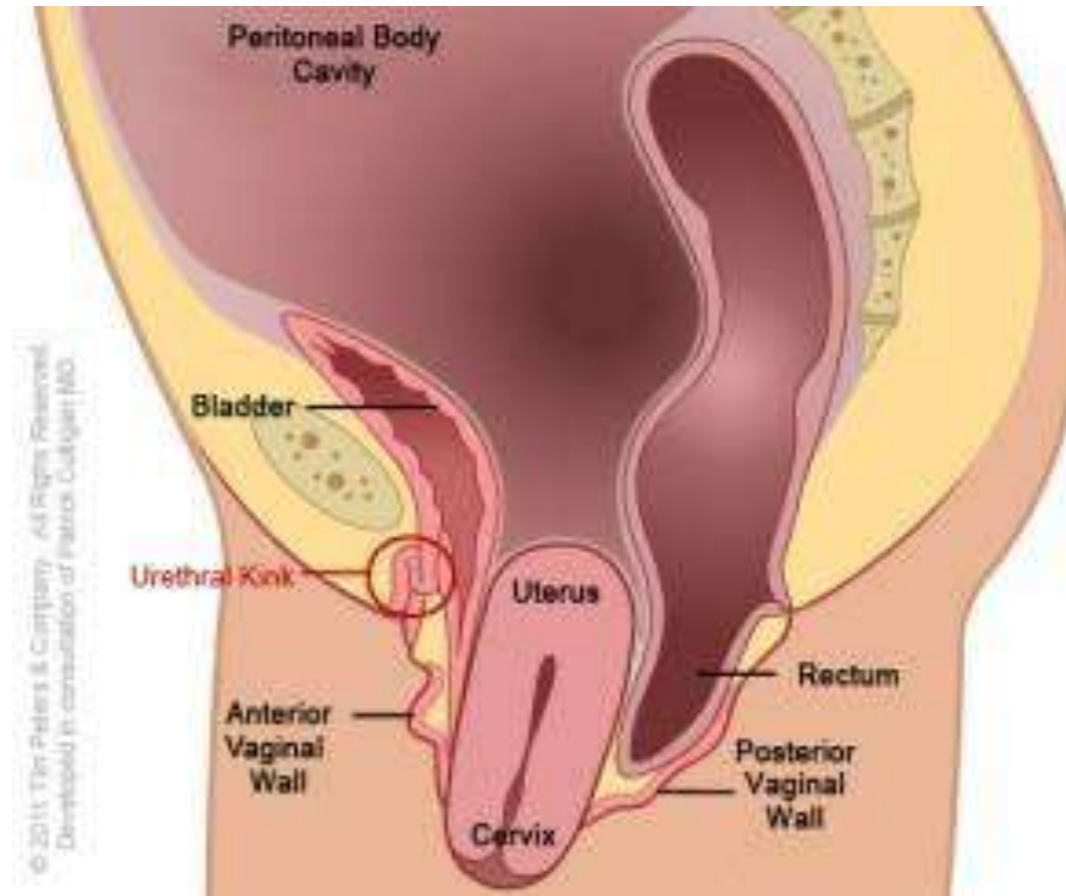
## pelvis féminin: 3 compartiments



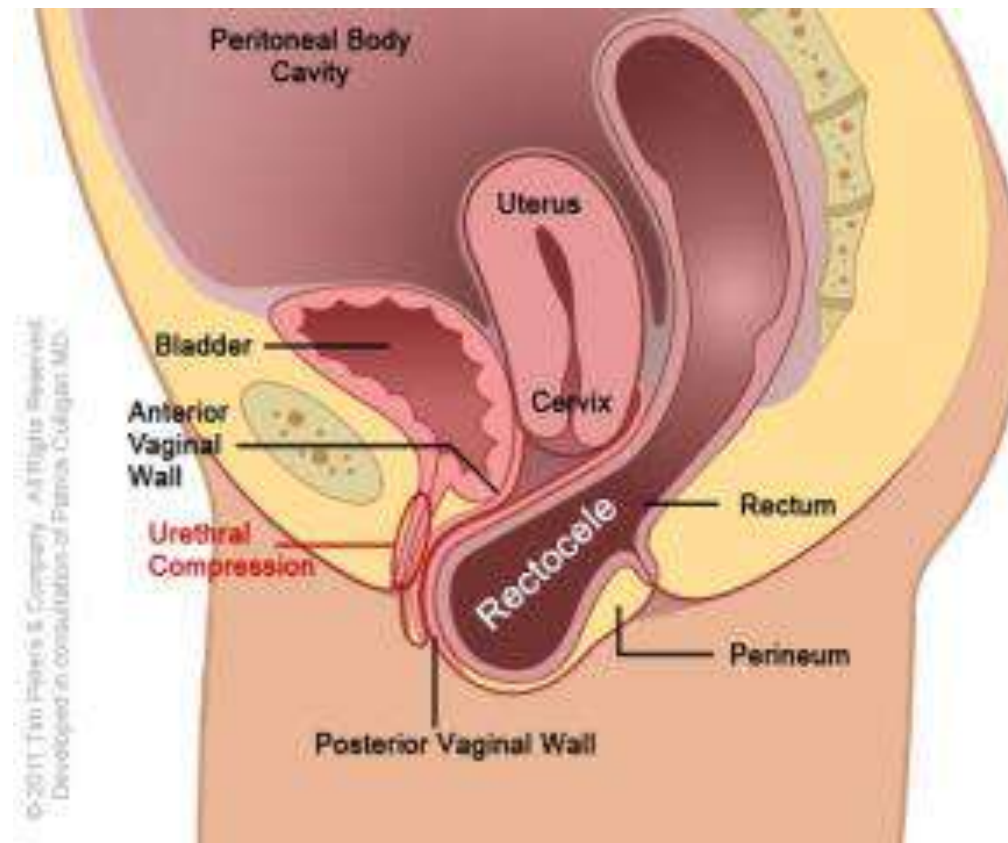
# PROLAPSUS ANTÉRIEUR: CYSTOCÈLE OU COLPOCÈLE ANTÉRIEUR



# PROLAPSUS MOYEN: HYSTEROPTOSE



# PROLAPSUS POSTÉRIEUR: RECTOCÈLE OU COLPOCÈLE POSTÉRIEURE

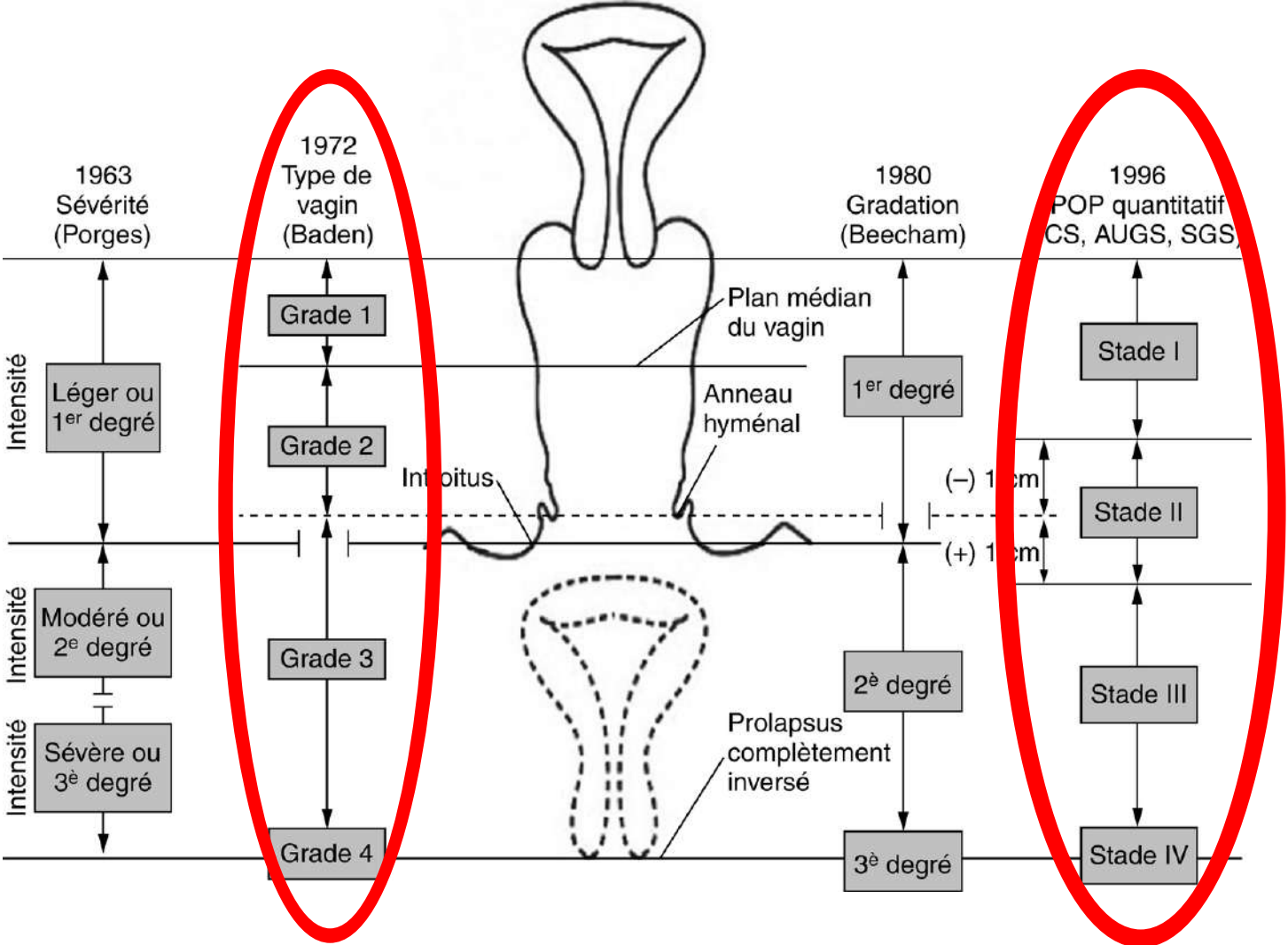


## INTERROGATOIRE: RECHERCHE FACTEURS CONTRAINTE PÉRINÉALE CHRONIQUE

- Profession: travaux de force
- Constipation terminale
- Obésité
- Toux chronique
- (hypocontractilité détrusorienne)



# CLASSIFICATIONS PROLAPSUS

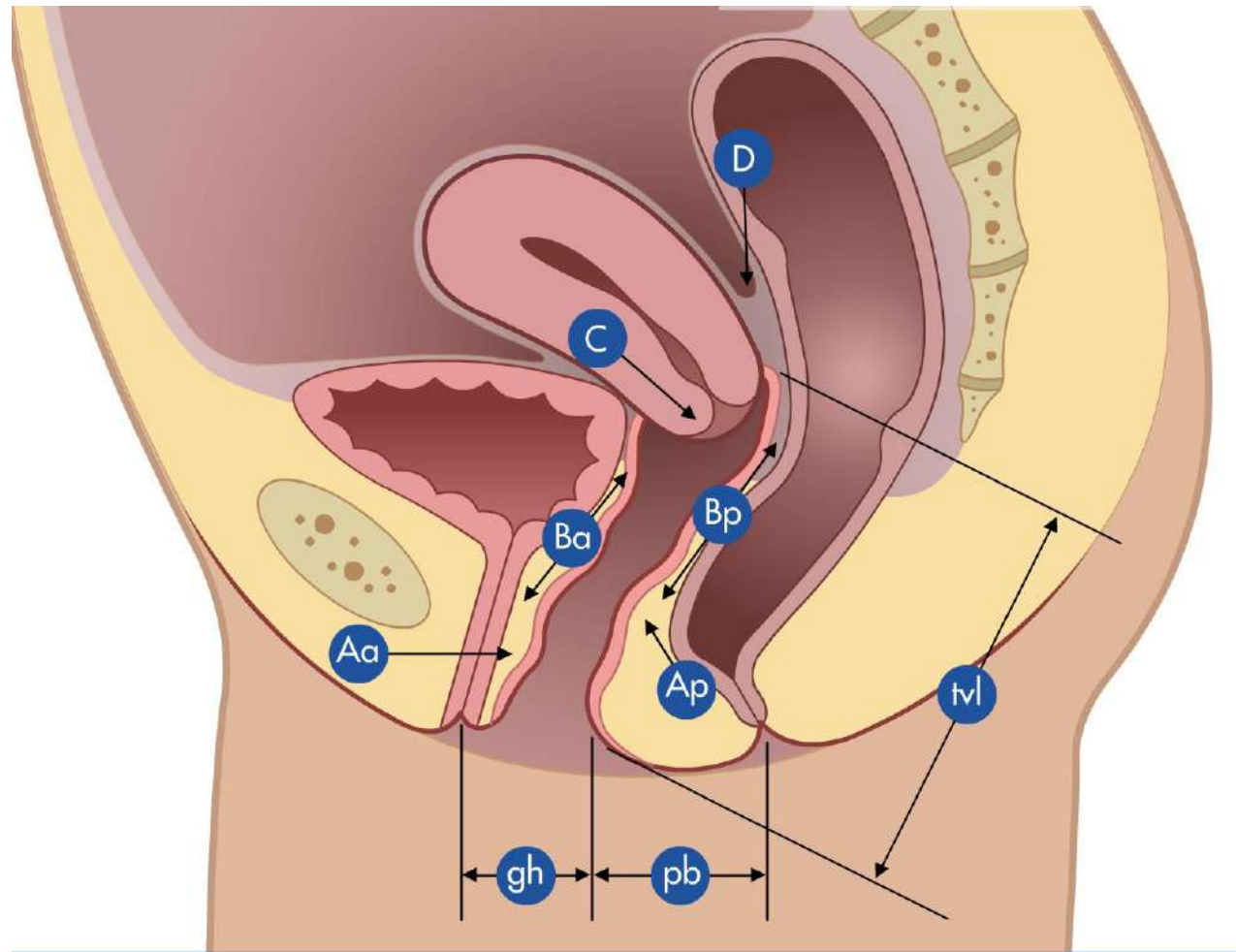


# CLASSIFICATION BADEN WALKER

| Grade | Position of most distal prolapse site |
|-------|---------------------------------------|
| 0     | No prolapse                           |
| 1     | Halfway to hymen                      |
| 2     | To hymen                              |
| 3     | Halfway past hymen                    |
| 4     | Maximum descent                       |

**Reference:** Baden WF, Walker TA, Lindsay HJ. The vaginal profile. Tex Med J. 1968;64:56-58.

# CLASSIFICATION POP-Q



# CLASSIFICATION POP-Q

## POP-Q Measurement Sites

| Points    | Description  | Range of Values   |
|-----------|--|-------------------|
| <b>Aa</b> | Anterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen                   | -3 cm to + 3 cm   |
| <b>Ba</b> | Most distal position of the remaining upper anterior vaginal wall  | -3 cm to + tvl    |
| <b>C</b>  | Most distal edge of cervix or vaginal cuff scar                    | -10 cm to + 10 cm |
| <b>D</b>  | Posterior fornix (N/A if post hysterectomy)                        |                   |
| <b>Ap</b> | Posterior vaginal wall 3 cm proximal to the hymen                  | -3 cm to + 3 cm   |
| <b>Bp</b> | Most distal position of the remaining upper posterior vaginal wall | -3 cm to + tvl    |

### Additional Measurements:

**Genital hiatus (gh)** – Measured from middle of external urethral meatus to posterior midline hymen

**Perineal body (pb)** – Measured from posterior margin of gh to middle of anal opening

**Total vaginal length (tvl)** – Depth of vagina when point D or C is reduced to normal position

# CLASSIFICATION POP-Q

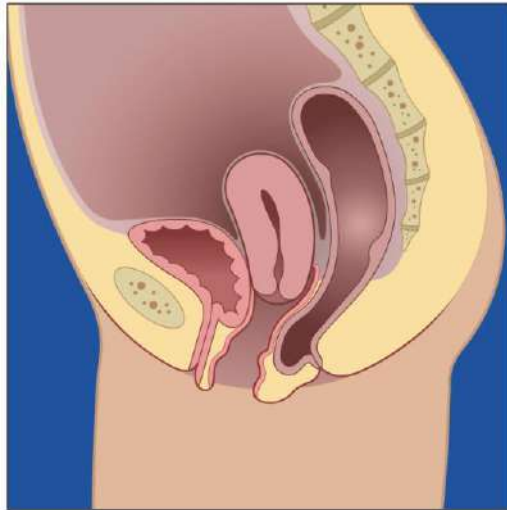
## POP-Q Staging Criteria

| Stage            | POP-Q measurements                                      |
|------------------|---|
| <b>Stage 0</b>   | Aa, Ap, Ba, Bp = -3 cm and C or D $\leq$ - (TVL - 2) cm |
| <b>Stage I</b>   | Stage 0 criteria not met and leading edge < -1 cm       |
| <b>Stage II</b>  | Leading edge $\geq$ -1 cm but $\leq$ +1 cm              |
| <b>Stage III</b> | Leading edge > + 1 cm but < + (TVL - 2) cm              |
| <b>Stage IV</b>  | Leading edge $\geq$ + (TVL - 2) cm                      |

**Reference:** Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175:13.

# EXAMPLES POP-Q

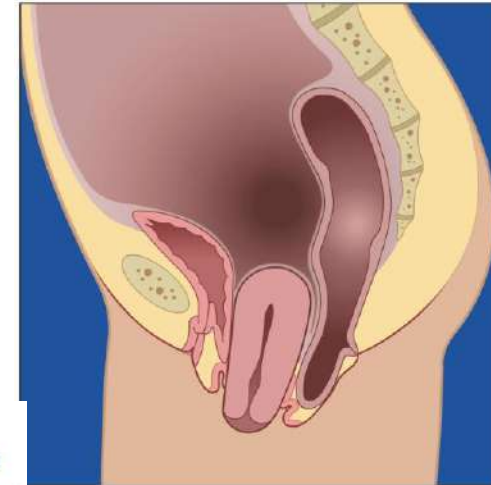
Sample Staging Using POP-Q System



Stage 1 Uterine Prolapse

|                            |                            |                                   |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| anterior wall<br>-2<br>Aa  | anterior wall<br>-2<br>Ba  | cervix or cuff<br>-6<br>C         |
| genital hiatus<br>3<br>gh  | perineal body<br>3<br>pb   | total vaginal length<br>10<br>tvL |
| posterior wall<br>-2<br>Ap | posterior wall<br>-2<br>Bp | posterior fornix<br>-8<br>D       |

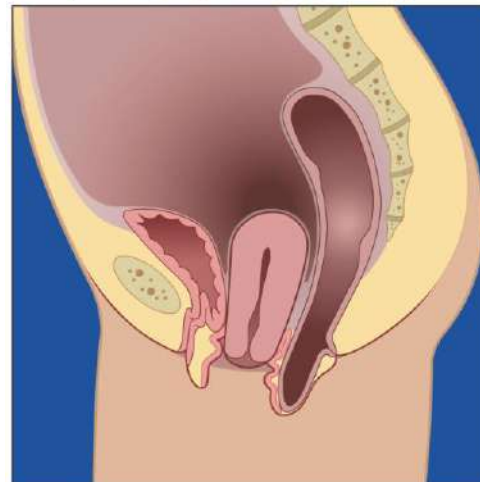
Sample Staging Using POP-Q System



Stage 3 Uterine Prolapse

|                           |                           |                                   |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| anterior wall<br>2<br>Aa  | anterior wall<br>3<br>Ba  | cervix or cuff<br>4<br>C          |
| genital hiatus<br>1<br>gh | perineal body<br>5<br>pb  | total vaginal length<br>10<br>tvL |
| posterior wall<br>2<br>Ap | posterior wall<br>2<br>Bp | posterior fornix<br>1<br>D        |

Sample Staging Using POP-Q System



Stage 2 Uterine Prolapse

|                           |                           |                                   |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| anterior wall<br>1<br>Aa  | anterior wall<br>1<br>Ba  | cervix or cuff<br>0<br>C          |
| genital hiatus<br>1<br>gh | perineal body<br>4<br>pb  | total vaginal length<br>10<br>tvL |
| posterior wall<br>1<br>Ap | posterior wall<br>1<br>Bp | posterior fornix<br>-2<br>D       |

# Prolapsus génital

# EXAMEN « GLOBAL » DU PROLAPSUS



master class 23.03.2017

Credit to Dr Campagne-Loiseau (CHU  
Clermont-Ferrand)



# EXAMEN COLPOCÈLE ANTÉRIEURE



master class 23.03.2017

Credit to Dr Campagne-Loiseau (CHU  
Clermont-Ferrand)

# EXAMEN ÉTAGE MOYEN



master class 23.03.2017

Credit to Dr Campagne-Loiseau (CHU  
Clermont-Ferrand)

# EXAMEN COLPOCÈLE POSTÉRIEURE



master class 23.03.2017

Credit to Dr Campagne-Loiseau (CHU  
Clermont-Ferrand)

# RECHERCHE D'UNE IU MASQUÉE



# PROLAPSUS: BILAN UTÉRO-ANNEXIELLE PRÉOPÉRATOIRE

- Recommandations AFU/CNGOF 2016
  - Echographie pelvienne
  - Frottis cervico-vaginal

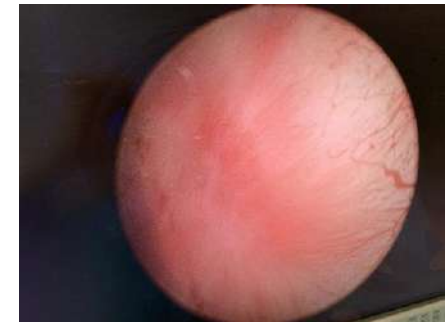
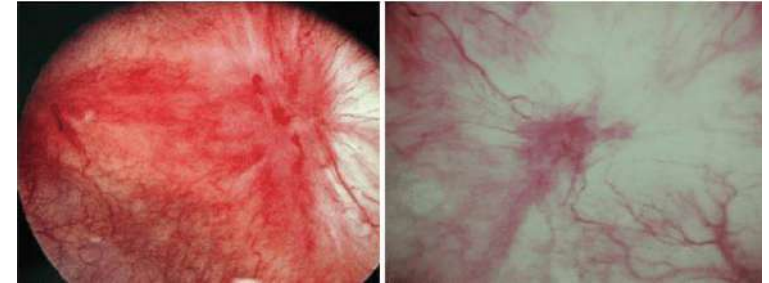
# 7. SYNDROME DOULOUREUX VÉSICAL

# SYNDROME DOULOUREUX VÉSICAL: DÉFINITION ESSIC/IASP/EAU/ICI

- Douleur, pression ou inconfort perçue comme étant en relation avec la vessie associé a au moins un autre symptôme du bas appareil urinaire tel qu'aggravation des douleurs avec le remplissage vésical, pollakiurie ou urgenturie
- Sans autre cause identifiée
- Durant depuis au moins 6 mois (ESSIC)

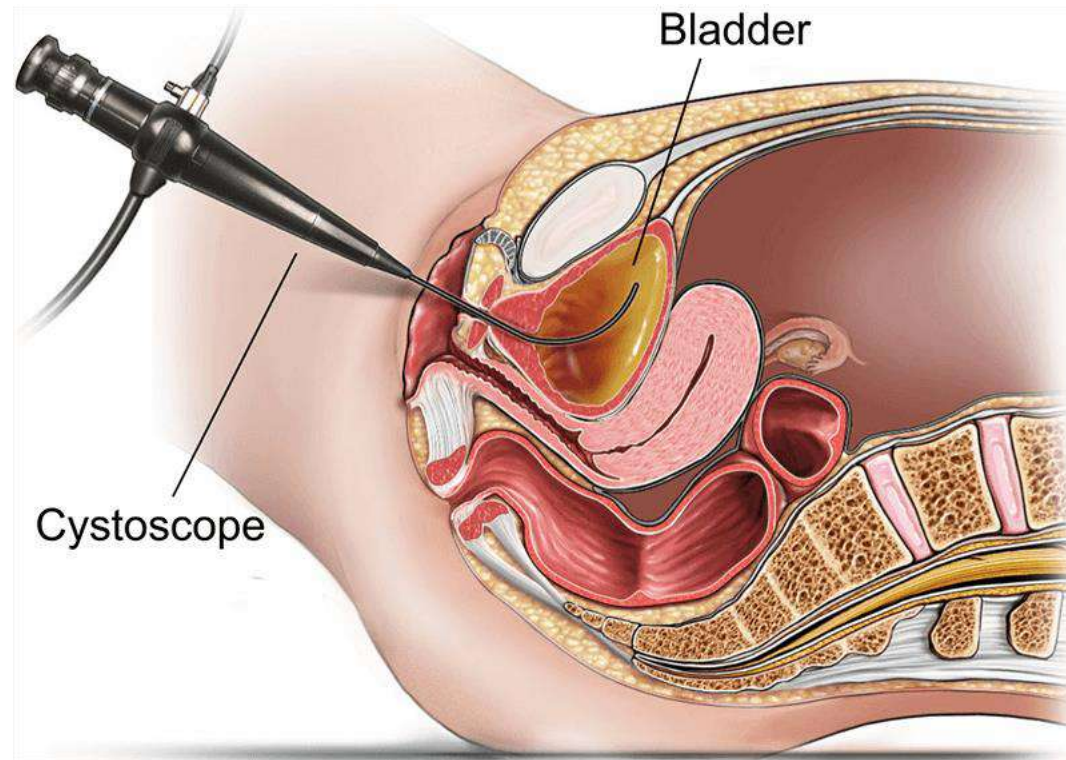
# « CYSTITE INTERSTITIELLE »: DÉFINITION

- Diagnostic cystoscopique: syndrome douloureux vésical avec:
  - Présence d'ulcères de Hunner
  - ou de glomérulations (NIDDK)
- Et histologique (ESSIC):
  - Mastocytose, infiltrat inflammatoire, fibrose intrafasciculaire

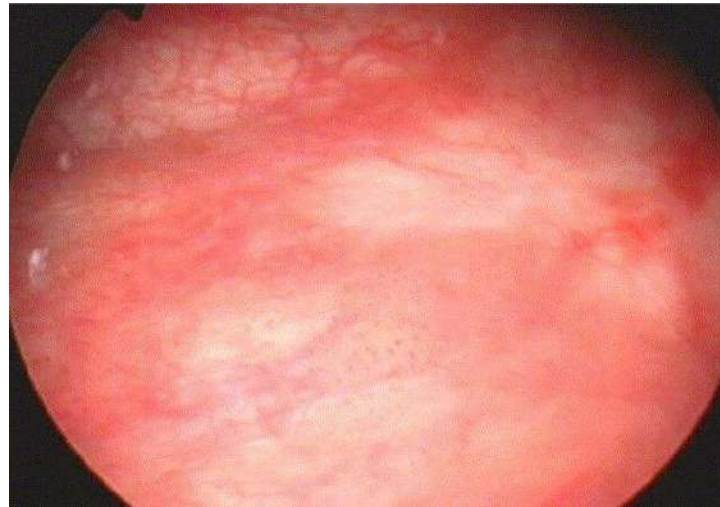
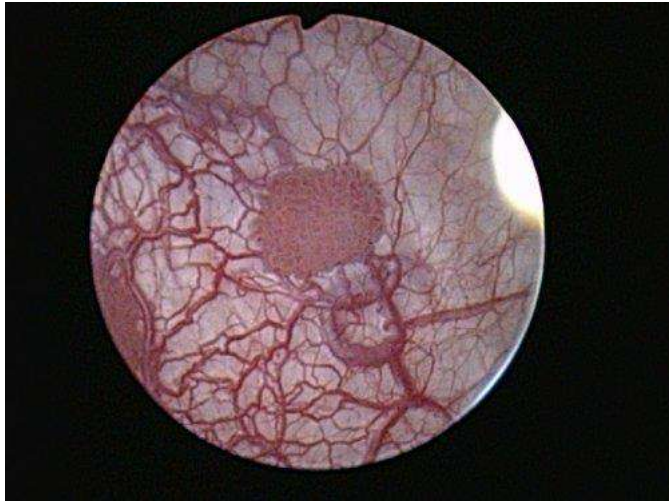




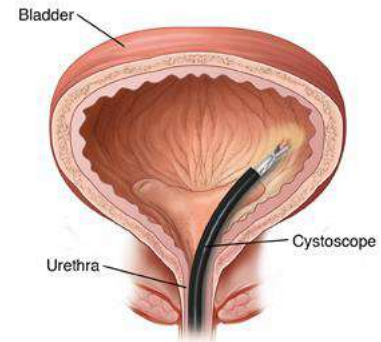
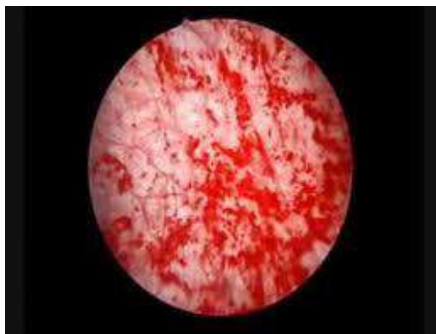
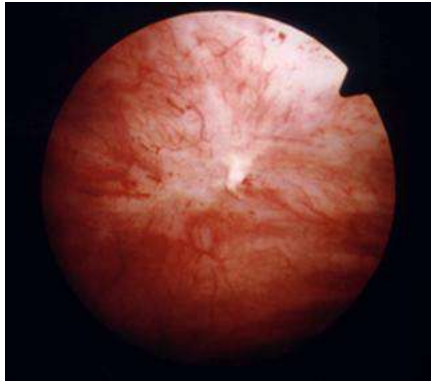
# SYNDROME DOULOUREUX VÉSICAL: UN EXAMEN CLÉ =LA CYSTOSCOPIE



# CYSTOSCOPIE ET SDV: ELIMINER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



# CYSTOSCOPIE ET SDV: BIOPSIE VESSIE ET ASPECT ENDOSCOPIQUE = CLASSER SELON ESSIC



## CLASSIFICATION OF BPS

cystoscopy with hydrodistension<sup>1</sup> and biopsy if indicated

symbol 1: cystoscopy findings

- X: not done
- 1: normal
- 2: glomerulations grade II or III
- 3: Hunner's lesion (with or without glomerulations)

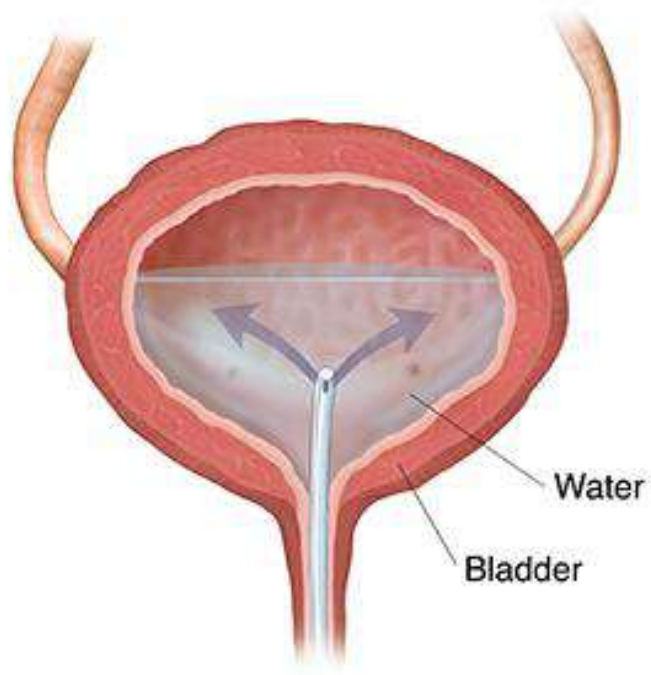
symbol 2: biopsy findings

- X: not done
- A: normal
- B: inconclusive
- C: inflammatory infiltrates, granulation tissue, detrusor mastocytosis or intra-fascicular fibrosis

## CYSTOSCOPIE ET SDV: MESURER LA CAPACITÉ VÉSICALE SOUS AG

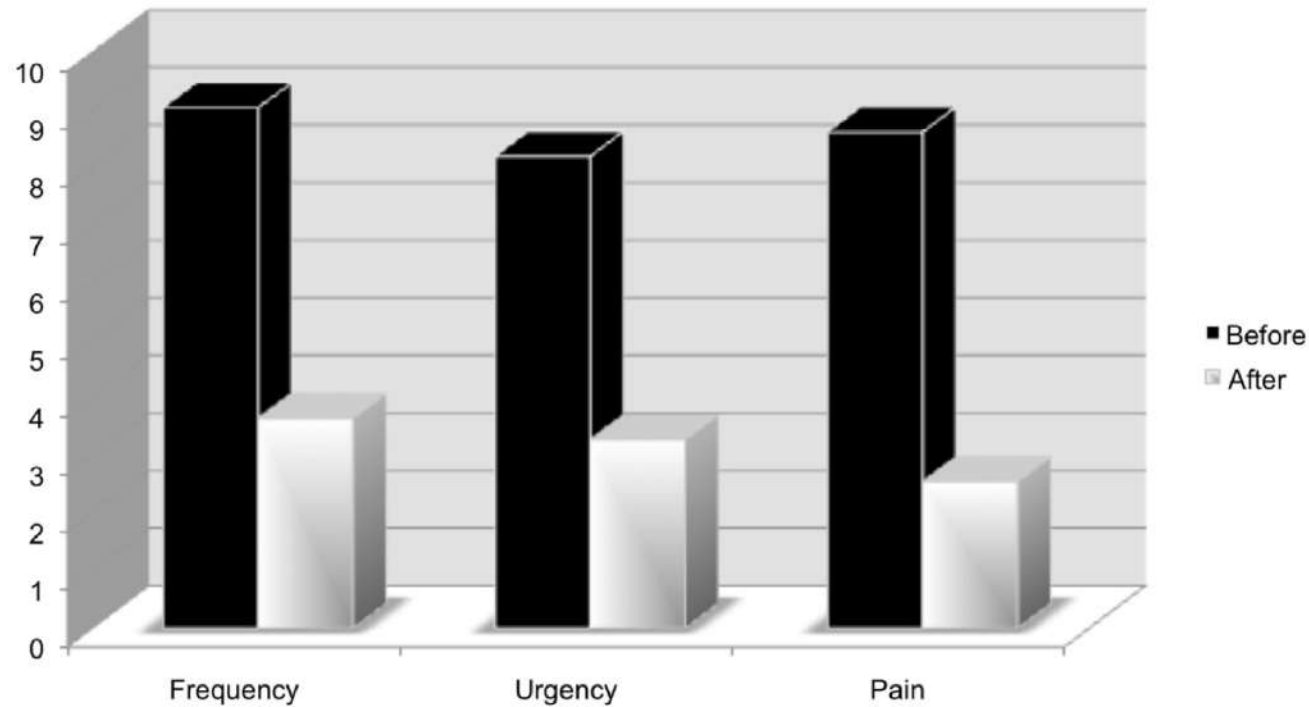
| Voiding Diary                             | Population<br>(n = 87) | Capacity ≤ 400 mL<br>(n = 30) | Capacity >400 mL<br>(n = 57) | <i>P</i> |
|---|------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------|
| Mean total frequency                      | 18                     | 22                            | 16                           | .0023    |
| Mean daytime frequency                    | 13                     | 15                            | 12                           | .011     |
| Mean night time frequency                 | 5                      | 7                             | 4                            | .00088   |
| Mean minimum voiding volume               | 35                     | 32                            | 37                           | .5       |
| Mean maximum voiding volume               | 237                    | 150                           | 283                          | .00011   |
| Mean voiding volume                       | 111                    | 81                            | 126                          | .0082    |
| Standard deviation of mean voiding volume | 55                     | 30                            | 68                           | <.000001 |
| Mean prevoiding NRS                       | 4.8                    | 4.5                           | 4.9                          | .49      |
| Mean postvoiding NRS                      | 2.9                    | 2.9                           | 2.9                          | .82      |

# INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE CYSTOSCOPIE POUR SDV: HYDRODISTENSION



| Reference                   | Age  | Range | Outcome measure  | Definition of success                           | Outcome  |
|-----------------------------|------|-------|--|---|--|
| Niimi et al. [14]           |      |       | Freq-volume chart<br>OLS                               | Time to therapeutic failure                     | No difference in the long term<br>(100 months)   |
| Tomoe [15]                  | 57   | 28-78 | Visual analogue pain score<br>Freq-volume chart<br>OLS | Total OLS score improvement                     | 100%   |
| Manning et al. [16]         | 53   |       | Visual analogue pain score<br>OLS                      | Total OLS score improvement                     | No significant benefit   |
| Cole et al. [17]            | -    | 16-84 | Subjective change                                      | Any improvement                                 | 5% (pooled over groups)  |
| Berger et al. [18]          |      | 31-47 | Subjective change                                      | Any improvement                                 | 56% improvement with moderate/<br>severe symptoms<br>29% improvement normal/mild symp-<br>toms |
| Hsieh et al. [19]           | 46.1 |       | Subjective change                                      | Any improvement                                 | Pain/urgency 57%   |
| Glemin et al. [20]          | 56   | 23-78 | Subjective change                                      | Pain reduction to tolerable<br>levels           | 22-57%   |
| Yamada et al. [21]          | 56   |       | Any subsequent treatment                               | 3 years treatment free<br>1 year treatment free | 10%<br>58%   |
| Erickson et al. [22]        |      |       | University of Wisconsin symptom<br>score               | >30% score improvement                          | 36%  |
| Ottens and Teichman<br>[23] | 40   |       | Subjective change                                      | Any improvement                                 | 56%  |
| Hanley et al. [24]          | 36   | 21-52 | OLS  | Change in mean score                            | Symptoms 8.5-7.0<br>Problem 8.9 to 6.7   |
| Aihara et al. [25]          | 54   | 25-76 | OLS<br>Urodynamic changes                              | Any improvement<br>N/A                          | Symptoms 71%, problem 71%<br>60 ml increase in average voided<br>volume                        |
| Lentz et al. [26]           | 36   | 23-48 | Subjective change                                      | Any improvement                                 | 87%  |

# INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE CYSTOSCOPIE POUR SDV: FULGURATION DES ULCÈRES DE HUNNER



Chennamsetty, Urology 2015

Improvements in hallmark interstitial cystitis symptoms after electrocautery ( $P < .001$ ).

Offer transurethral resection (or coagulation or laser) of bladder lesions, but in BPS type 3 C only.

Strong

# PHÉNOTYPAGE DU SYNDROME DOULOUREUX VÉSICAL

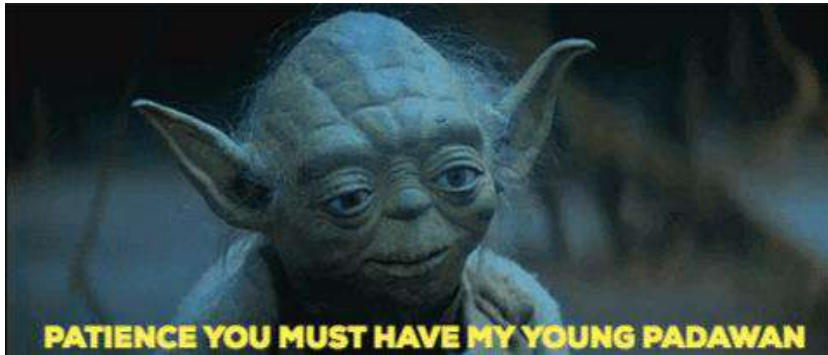
|   | Phénotype vésical   | Phénotype systémique |
|---|---|----------------------|
| <b>Pollakiurie</b>  | Diurne et nocturne  | diurne               |
| <b>Association à d'autres syndromes douloureux (fibromyalgie, migraine, syndrome de l'intestin irritable,...)</b> | Rare  | Fréquente            |
| <b>Capacité vésicale fonctionnelle</b>  | diminuée  | normale              |
| <b>Capacité vésicale sous AG</b>  | ≤ 400 ml  | > 400 ml             |
| <b>Aspect endoscopique</b>  | Ulcères Hunner, glomérulations                                  | Normal               |
| <b>Lésion histologique</b>  | Mastocytose, fibrose intrafasciculaire, infiltrat inflammatoire | Aucune               |

# CONCLUSION

- Interrogatoire et examen physique: éléments clés de l'exploration des troubles pelvi-périnéologiques
- Calendrier mictionnel et questionnaires: aides précieuses
- Mesure RPM: systématique pour la quasi-totalité des SBAU et prolapsus
- La prescription d'autres examens complémentaires doit toujours être individualisée et réfléchie



# LA CLÉ: PRENEZ VOTRE TEMPS!



# ET N'ARRÊTEZ JAMAIS D'APPRENDRE

Lifelong  
Learning

