

## HAVI et lésions vésicales non infectieuses.

Mécanismes, évaluation et traitement

A. Ruffion

Urologie Lyon Sud



Hôpitaux de Lyon  
Hospitals of Lyon

Urologie Lyon 1

## Liens d'intérêt

Participe à des essais cliniques ou organise des formations pour

AMS, CL-Medical, Allergan, Ipsen, Sanofi, Takeda, Astra Zeneca, Astellas, Medtronic, Coloplast, CL Medical, Steba, Janssen, Intuitive

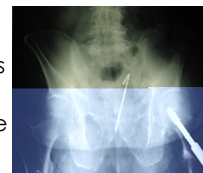


## 3 grands chapitres

- Lésions vésicales induite par des corps étrangers intra-vésicaux/intra urétraux
- Lésion vésicale induite par une intervention urologique (exclu intervention gynéco, chirurgie prostate, radiothérapie)
- Lésion vésicale induite après traitement médical

## HVIA induite par des corps étrangers intra vésicaux/urétraux

- Y penser, même si exceptionnel
- Diagnostic parfois difficile (écho, scanner pas toujours évidents)
- Contexte amène souvent le patient à nier l'introduction du CE
- Populations à risque



## Première population à risque: détenus

- Jusqu'à 2% de la population incarcérée aux USA
- Fréquence en augmentation ces dernières années
- But principal: dissimulation (plutôt ingestion, ou « réservoir » intra rectal)
- CE appareil urinaire:
  - Parfois auto mutilation pour conditions de détention plus clémentes en infirmerie/services hospitaliers, troubles de la personnalité constants (à considérer comme équivalent de TS)
  - Prédominance masculine, plutôt CE urétral
  - Apparition de nouvelles formes d'introduction percutanée vésico-urétrale chez les sujets de sexe féminin

Klein, C. A. (2012). *J Am Acad Psychiatry Law* 40(1): 119-126.

## Deuxième population à risque: patients âgés

- Insertion accidentelle, oubli:
  - Parfois étonnant (un cas de thermomètre « oublié » dans l'urètre)
  - Parfois DIU, pessaire « abandonnés »
- CE pour stimulation auto-érotique (fréquence des fils métalliques)
  - Dans ce contexte, sauf répétition, pas de contexte psychiatrique à rechercher systématiquement



Houlgatte, A., et al. (2004). *Ann Urol (Paris)* **38**(2): 45-51.  
 van Ophoven, A., et al. (2000). *J Urol* **164**(2): 274-287.

## Troisième population à risque: « oublis » de matériel implantable (ou pas...)

- Sonde JJ
- Prothèses endo urétrales
- Fragment de sonde
- Compresses



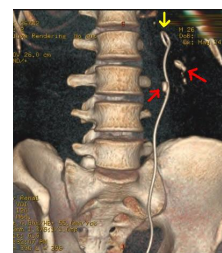
Houlgatte, A., et al. (2004). *Ann Urol (Paris)* **38**(2): 45-51.

## Hyperactivité iatrogène après une intervention urologique

- Evident pour les médecins, mais à expliquer aux patients: hyperactivité vésicale induite par toute intervention urologique
  - REUP/REUV
  - Injection de toxine
  - Urétéroscopies...
- 3 situations à part...

## Situation 1: sondes urétérales

- Drains utilisés pour éviter les CCN après traitements endoscopiques urétéraux
- Le plus souvent bien tolérés sur le long cours
- Parfois à l'occasion de symptômes très gênants (douleurs lombaires/ Hyperactivité vésicale)



## 30 à 40% des patients avec JJ déclarent une HAVI perceptible

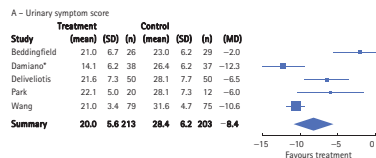
TABLE 1. Patient morbidity with and without indwelling stent after ureteroscopy

	Borboroglu et al <sup>1</sup>	Hynes et al <sup>2</sup>	Chen et al <sup>3</sup>	Cheng et al <sup>4</sup>	Dierdorf et al <sup>5</sup>	Diamant et al <sup>6</sup>	Jiang et al <sup>7</sup>	Neto et al <sup>8</sup>	Srivastava et al <sup>9</sup>
No. pts	53	38	30	29	29	52	33	133	26
Stent	80	32	30	29	29	52	22	182	22
Total	133	60	60	58	58	104	45	265	48
Site operative time	Distal	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Variable	Distal
Operative time (mins)									
Stent	54	42*	34	36	34	42	8.7	64	37
No stent	42*		36	34	37	11.5		45*	32*
Postoperative symptoms									
Stent	30/100†	3/30†	25 Pts*		5/50†	30 Pts*	25 Pts*		16 Pts*
No stent	19/100†	0/30†	4 Pts*		1/50†	24 Pts*	9 Pts*		7 Pts*
Dysuria		1/30†		23 Pts	5/10†	26 Pts	20 Pts		16 Pts*
Stent		0/30†		2 Pts	1/10†	22 Pts	13 Pts		5 Pts*
No stent									
Flank pain									
Stent	40/100†	3/30†	2/30†	19 Pts	4/10†	2/60†	14 Pts		12 Pts*
No stent	19/100†	0/30†	2/30†	6 Pts*	1/10†	3/10†	12 Pts*		3 Pts*
Abdominal/suprapubic pain									
Stent	35/100†	3/30†	2/30†	2/10†	3/50†		4 Pts		2/230†
No stent	19/100†	0/30†	2/30†	1/10†	0/50†		4 Pts		2/450†
Hematuria									
Stent	1/30†			16 Pts		10 Pts	23 Pts		10 Pts*
No stent	0/30†			3 Pts*		8 Pts	15 Pts*		15 Pts*

\* p < 0.05.  
 † Mean (SD) visual analog scale score.

Haleblian, G., et al. (2008). *J Urol* **179**(2): 424-430.

## Alpha bloquants: Améliorent les symptômes urinaires chez les patients porteurs d'une JJ?



- Conclusion d'une méta analyse récente
- Mais:
  - Critères de jugement discutables (score global de symptômes urinaires)
  - Puissance statistique individuelles des études modeste
  - Grande hétérogénéité des études analysées
  - « A confirmer par des études plus puissantes »

Lamb, A. D., et al. (2011). *BJU Int* **108**(11): 1894-1902.

### Situation 2: Patients aux auto sondages

- Premier réflexe: recherche d'une TV
- Deuxième réflexe: penser aux lithiases urinaires:
  - Surtout si contexte de lithiases urétérales à répétition
  - Si SAD de CH<14
  - Si stomie continente et non sondage décline

### Situation 3: vessie vide

- 3 situations:
  - Grande incontinence
  - Sondage permanent
  - Disparition diurèse
- Attention à l'interprétation troubles de la compliance/hyperactivité détrusorienne observés urodynamique

### Exemple des patients insuffisants rénaux

Table 2 The results of video-urodynamic and uroflowmetric examinations in ESRD patients

	ESRD time (years)		Urine volume (ml)		DM		Overall
	≤5	>5	≤50	>50	(+)	(-)	
Patients (n)	36	28	33	31	15	49	64
Mean bladder capacity (ml)	274	183	166	307	267	224	234
Normal (n [%])	34 (94)	17 (60)	22 (67)	29 (93)	14 (93)	37 (75)	51 (80)
Pathological (<100 ml) (n [%])	2 (6)	11 (40)	11 (33)	2 (7)	1 (7)	12 (25)	13 (20)
Mean bladder compliance (cm H <sub>2</sub> O/ml)	23.9	9.3	11.1	24.2	19.5	16.9	17.5
Normal (n [%])	26 (72)	9 (32)	11 (67)	24 (77)	9 (60)	26 (53)	35 (55)
Hypocompliant (<10 cm H <sub>2</sub> O/ml) (n [%])	10 (28)	19 (68)	22 (67)	7 (23)	6 (40)	23 (47)	29 (45)
Mean max. detrusor pressure (cm H <sub>2</sub> O)	60.4	63.7	63.2	60.4	43.7	67.4	61.9
Accumulate detrusor (n)	1	0	0	1	0	1	1 (2.1)
Detrusor external sphincter dysynergia (n)	0	1	0	1	1	0	1 (2.1)
VUR (n [%])	8 (22)	7 (25)	6 (18)	9 (29)	0 (0)	15 (100)	15 (23)
Mean Q <sub>max</sub> (ml/s)	13	14.6	14.1	13.3	12.4	14.1	13.7
Mean PVR (ml)	51	14	33	38	26	38	35
Infravesical obstruction (n [%])	4 (57)	3 (43)	1 (4)	6 (86)	4 (57)	3 (43)	7 (15)

ESRD end-stage renal disease, DM diabetes mellitus, VUR vesicoureteral reflux, Q<sub>max</sub> maximal urine flow, PVR postvoid residual volume.

- Attitude actuelle:
  - Moins de tests de clampage (bladder cycling)
  - Moins d'interventions précablées à la transplantation
  - Plutôt surveillance renforcée post transplantation et intervention si critères VUD ne s'améliorent pas

Turunc, T., et al. (2010). *Int Urol Nephrol* **42**(4): 903-907.

### Lésion vésicale induite après traitement médical

- Traitements par voie générale
  - Cyclophosphamide et ifosfamide
  - Acide tiaprofénique
- Traitements instillés dans la vessie
  - Amétycine
  - BCG

### Cystite dues au cyclophosphamide/ifosfamide

- Classiquement aiguë, hémorragique
- Incidence en diminution (initialement 2 à 4%):
  - Réduction des indications
  - Meilleure utilisation:
    - Hydratation forcée
    - Alcalinisation des urines
    - Utilisation prophylactique de 2 mercapto ethane sulfate de sodium
- Possibilité de développement de cystite chronique amenant à des défauts de compliance

Bramble, F. J., et al. (1997). *Br J Urol* **79**(1): 3-7.

### Cystite à l'acide tiaprofénique

- =Surgam°
- Utilisé dans la polyarthrite rhumatoïde
- 150 cas décrits dans la littérature
- Plutôt avec cette molécule, mais en théorie possible avec tous els AINS
- En cas de prise chronique d'AINS suggérer changement de molécule(?)

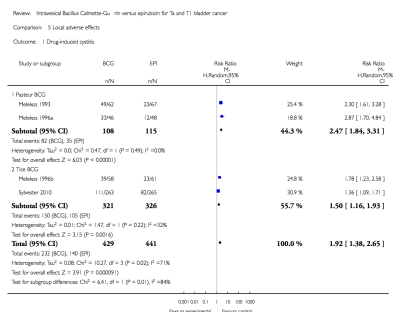
Bramble, F. J., et al. (1997). *Br J Urol* **79**(1): 3-7.

## Instillations endo vésicales

- HVIA immédiate fréquente avec les deux drogues
- Moins bonne tolérance « aigue » du BCG/epirubicine
- Possibilité de cystite chronique avec perte de compliance après utilisation du BCG (epirubicine??)

Shang, P. F., et al. (2011). *Cochrane Database Syst Rev*(5): CD006885.

### Analysis 5.1. Comparison 5 Local adverse effects, Outcome 1 Drug-induced cystitis.



Shang, P. F., et al. (2011). *Cochrane Database Syst Rev*(5): CD006885.

## En conclusion

- HAV: Interrogatoire policier
- Prévoir dans le bilan au moindre doute un ASP (CE)
- Demander systématiquement les CRO
- Lister les traitements associés et discuter, si Tt AINS une modification thérapeutique avec le prescripteur du traitement