

INCONTINENCE URINAIRE

Les hommes aussi sont concernés

L'incontinence urinaire masculine survient essentiellement après un geste chirurgical sur la prostate, soit après adénectomie pour une hypertrophie bénigne, soit, et surtout, après prostatectomie radicale pour cancer. Le point avec le Dr Florence Cour.

AUJOURD'HUI, le diagnostic de cancer de la prostate est posé de plus en plus tôt, le nombre de prostatectomies augmente et les patients sont de plus en plus jeunes.

Après prostatectomie radicale, les fuites urinaires sont relativement fréquentes la première année, mais, souligne le Dr Florence Cour, *«on ne peut parler d'incontinence avérée que si les fuites se prolongent au-delà d'un an. C'est à partir de là qu'il faut envisager des traitements autres que la simple rééducation»*. Et, poursuit-elle, *«si 2 à 10% des patients ayant subi une prostatectomie radicale présentent une incontinence urinaire, la moitié seulement sont gênés et demandeurs d'un traitement. Gardons à l'esprit que cette notion de gêne est très subjective»*. Reste que, généralement, chez l'homme, l'incontinence urinaire est considérée comme un réel handicap. Porter des protections ne fait pas partie de sa culture. *«Quand un patient présente des fuites urinaires importantes et des problèmes d'érection, ceux-ci passent au second plan, souligne F. Cour. C'est une des raisons pour lesquelles les urologues traitent avant tout l'incontinence.»*

Le pad test. Au bout d'un an, un traitement est entrepris s'il y a échec de la rééducation. Celle-ci débute généralement trois mois après la prostatectomie et est inutile avant. Les modalités thérapeutiques dépendent de l'incontinence elle-même et du ressenti des patients. Certains, qui présentent des fuites minimales, considèrent que leur vie est un véritable cauchemar ; d'autres, pour des fuites importantes, s'adaptent facilement au port de protections. Pour mesurer l'importance des fuites, précise le Dr Cour, *«on dispose de tests standardisés, les "pad tests". Le principe en est simple: on pèse la couche sèche d'un patient, on lui demande de boire 500ml d'eau, on lui fait effectuer divers exercices standardisés pendant une heure, puis on pèse à nouveau la couche. On note en grammes la différence de poids. Une différence de 10g signe une réelle incontinence»*.

Des techniques mini-invasives.

Il y a quelques années, le seul traitement possible de cette incontinence était le sphincter artificiel urinaire. *« Certes, souligne Florence Cour, c'est une thérapeutique qui donne entre 90 et 95% de bons résultats, mais elle est relativement lourde. Aujourd'hui, nous disposons de techniques mini-invasives qu'on peut proposer de façon plus ou moins empirique à des patients qui ont des fuites modérées. Un patient qui présente 80g de fuite se verra conseiller un sphincter artificiel, mais celui dont les fuites se situent aux alentours de 10g peut bénéficier de ces méthodes mini-invasives »*. La première de ces méthodes fait référence à une technique relativement ancienne, celle de la pose d'une bandelette sous-urétrale, tendue entre deux points d'ancrage situés symétriquement sur les branches ischio-pubiennes. Le principe est, en quelque sorte, de mettre le patient en dysurie. L'intervention est rapide et ne nécessite qu'une petite incision périnéale. *«Cette technique est encore en cours d'évaluation, souligne le Dr Cour, les premiers résultats montrent 60% de guérison totale (aucune fuite, quel que soit l'effort), mais, dans 25% des cas environ, les patients signalent des douleurs postopératoires persistantes, probablement liées aux vis dans l'os ischio-pubien.»*

Quant à la pose de bandelette sans tension, dont la technique est également en cours d'évaluation, elle adopte le même principe que la technique précédente, mais sans vissage. Les douleurs postopératoires n'existent donc plus, mais la bandelette, une fois posée, ne peut plus être retendue.

La troisième technique mini-invasive est proposée aujourd'hui dans certains centres d'investigation. Elle consiste en la pose, de part et d'autre de l'urètre, sous la vessie, de ballons gonflables, contenant un produit de contraste. L'acte est simple, la pose se fait par voie percutanée périnéale, et une petite tubulure est glissée dans le scrotum. Si, après le premier gonflage, le patient n'est pas parfaitement continent, il est possible de regonfler à nouveau les ballons sous anesthésie locale et d'injecter le produit jusqu'à ce que le patient devienne continent. *« Dans notre première série, qui comprend plus de 70 patients, précise Florence Cour, un seul regonflage a été nécessaire, et plus de 60% de malades étaient guéris avec cette méthode qui est toujours en cours d'évaluation, mais qui semble prometteuse. Sauf, précise-t-elle, en cas de radiothérapie où les tissus fibreux gênent l'expansion des ballons.»*

Quelle que soit la technique, il faut penser à la réversion du processus. Et si l'ablation des ballons est aisée sous anesthésie locale, ce n'est pas le cas des bandelettes qui s'incrudent dans les tissus.

Après radiothérapie, le mécanisme de l'incontinence peut être sphinctérien, mais aussi lié à une cystite radique. Les patients sont généralement pollakiuriques et souffrent de fuites sur urgence. *«Les traitements sont alors difficiles, note le Dr Cour, et les anticholinergiques sont indiqués en première intention.»*

Quant aux patients en curiethérapie, ils peuvent présenter des troubles mictionnels importants dans les six semaines suivant l'implantation des aiguilles. Ces troubles mictionnels, qui sont d'ordre irritatif, peuvent entraîner des fuites passagères à moyen terme.

« Il est essentiel, conclut Florence Cour, que le traitement ne soit entrepris qu'après exposition de tous les moyens thérapeutiques au patient, avec, pour chacun, leurs avantages et inconvénients; le conseil de l'urologue doit être dicté par l'importance de la pathologie, mais aussi par la personnalité et les souhaits d'un patient bien informé.»

>Dr BRIGITTE MARTIN

D'après un entretien avec le Dr Florence Cour, service du Pr François Richard, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

VESSIES NEUROGENES

Un outil pour améliorer la prise en charge

Le 100e congrès de l'AFU a été l'occasion pour le Pr Emmanuel Chartier-Kastler (Paris) et le Dr Alain Ruffion (Lyon) de présenter un rapport sur la prise en charge urologique des vessies neurogènes.

LE DERNIER rapport sur les vessies neurologiques, ou neurogènes, datait de 1974 et il avait été écrit par Jean-Pierre Archimbaud. En analysant la littérature selon la méthodologie des niveaux de preuve recommandée par la HAS, les auteurs ont élaboré un rapport qui permet à la fois une actualisation des connaissances des urologues et qui leur fournit un outil utilisable en pratique quotidienne afin d'améliorer la qualité des soins et de l'information donnée aux patients.

« On désigne sous le terme de vessie neurologique, tout dysfonctionnement vésico-sphinctérien en rapport avec une affection neurologique. Le modèle clinique caractéristique est celui du blessé médullaire mais la neuro-urologie a aujourd'hui étendu son champ d'intérêt à la prise en charge des troubles mictionnels en général, quel que soit le type d'atteinte neurologique. Dans le domaine du handicap, l'objectif de l'urologue n'est pas de lutter contre la maladie, mais d'adapter ses conséquences urologiques aux désordres fonctionnels du patient tout en protégeant sa fonction urinaire. La prise en charge par une équipe multidisciplinaire permet un conseil adapté à l'état pathologique propre de chaque patient», analyse le Dr Alain Ruffion.

En France, le nombre de traumatisés médullaires, paraplégiques et tétraplégiques est en baisse sensible en raison de la diminution du nombre des accidents de la route. En revanche, l'allongement de l'espérance de vie des patients atteints de troubles neurologiques entraîne une augmentation des troubles vésico-sphinctériens dans cette population. Les premiers chapitres du rapport permettent de mieux appréhender l'ensemble des pathologies qui peuvent être concernées par une prise en charge neuro-urologique. Outre les traumatismes médullaires, les spina bifida ou méningocèles, les neuropathies périphériques, les hernies discales, la question des troubles vésico-sphinctériens est abordée dans d'autres pathologies : sclérose en plaques, diabète sucré, conséquences de la chirurgie gynécologique, de la chirurgie d'incontinence d'effort ou de troubles de la statique pelvienne, syndromes parkinsonniens, accidents vasculaires cérébraux, syndromes dégénératifs encéphaliques. Enfin, la problématique des vessies neurologiques non neurogènes, encore qualifiées de dysfonction mictionnelle, est aussi traitée.

Pour chacune de ces pathologies, les principales données physiopathologiques sont abordées. Par exemple, dans le chapitre syndrome dégénératif encéphalique, il est précisé que la démence n'est pas synonyme d'incontinence urinaire et que l'apparition de ce type de symptômes dans la maladie d'Alzheimer doit être considérée comme un signe d'aggravation de la maladie. L'interrogatoire des patients et l'examen clinique doivent s'attacher à rechercher des causes facilement curables d'incontinence qui peuvent être liées au patient, mais aussi à ses conditions de vie ou au comportement de l'entourage. L'utilisation, chez ces patients, d'outils standardisés tels que les questionnaires ou les calendriers mictionnels, est particulièrement intéressante du fait des fréquentes difficultés d'interrogatoire.

Le chapitre suivant détaille les risques évolutifs des vessies neurologiques en prenant pour exemple le traumatisé médullaire : lithiase, insuffisance rénale, cancer de la vessie, complications urétérales, prolapsus génital, troubles de la compliance vésicale. La question des infections urinaires est traitée de façon précise puisque tous les patients porteurs de vessie neurologique sont fortement exposés à ce risque. Il est donc important d'éliminer un maximum de facteurs aggravants tels que les pressions élevées à l'intérieur de la vessie, le reflux ou les lithiases. En ville comme à l'hôpital, le choix du mode mictionnel optimal est un élément clé.

La colonisation bactérienne sans signes cliniques ne doit pas être traitée et de nombreuses pistes préventives au long cours sont actuellement explorées (acide ascorbique, jus de canneberge, antibioprofylaxie cyclique, compétition bactérienne). L'infection urinaire symptomatique sans fièvre doit bénéficier d'une cure d'antibiothérapie courte en privilégiant les antibiotiques bien tolérés à faible pression de sélection. D'autre part, les infections urinaires fébriles peuvent se compliquer et les signes de gravité être sous-estimés (obstacle, abcès, septicémie). Elles doivent bénéficier au plus vite d'explorations biologiques et d'imagerie.

Enfin, un chapitre concerne la thérapeutique et notamment la prise en charge des lithiases vésicales, des reflux vésico-urétéraux. Il détaille longuement les différents modes mictionnels en neuro-urologie : miction réflexe, miction par manoeuvre de Crede ou Valsalva, sondage intermittent propre, sonde à demeure, cathéter sus-pubien. Au sein de ces différentes options, les auteurs insistent sur le fait que le sondage intermittent doit être considéré en France, en 2006, comme le meilleur mode mictionnel chez ces patients. Ses modalités pratiques doivent être mieux connues des urologues, mais aussi de tous les praticiens prenant en charge les patients avec vessie neurologique.

> Dr E. L.

D'après un entretien avec le Dr Alain Ruffion, hospices civils de Lyon.

La toxine botulique en injection intra-détrusorienne

Il s'agit d'un traitement destiné aux patients ayant une pathologie neurologique et vidant leur vessie par cathétérisme intermittent. Ces patients peuvent présenter des fuites entre les sondages liées à des contractions intempestives de la vessie. L'injection de toxine à l'intérieur de la vessie à la dose de 300 U de Botox (ou 750 U de Dysport) permet dans 80 % des cas une disparition de ces contractions qui a pour effet de faire totalement disparaître les fuites urinaires durant environ 6 mois. Actuellement des essais sont en cours pour analyser l'effet des injections de toxine botulique chez des patients sans pathologie neurologique qui peuvent avoir des fuites urinaires liées à des contractions vésicales entre les mictions. Il faut cependant souligner que pour l'instant aucune étude randomisée contre placebo n'est disponible dans cette indication particulière. Le risque de rétention urinaire chronique dans cette population de patients est notamment mal connu.