

Incontinence urinaire après prostatectomie totale

Laurent SALOMON, Michaël PEYROMAURE, Michel SOULIE

avec la participation de :

Alexandre DE LA TAILLE, Elisabeth CASTEL-KREMER, Marc FOURMARIER,
Marian DEVONEC, Christian SAUSSINE
(Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme - AFU)

Après prostatectomie totale, le principal mécanisme de l'incontinence urinaire est l'insuffisance du système de clôture sphinctérienne parfois associée à une hyperactivité du detrusor. Le risque de survenue de cette incontinence est évalué entre 5 et 50% dans la littérature. Cette large fourchette reflète le manque de consensus quant à la définition et aux modalités d'évaluation de cette incontinence qui est évolutive dans les 12 mois (minimum) qui suivent la chirurgie. De nombreuses imprécisions existent dans les publications sur le sujet : statut urinaire et mictionnel pré-opératoire, date de recueil des données par rapport à la chirurgie, absence de fuite urinaire post-opératoire, port d'aucune protection jour et nuit, une protection quotidienne par précaution, une protection obligatoire par jour, deux et plus, etc... Les conditions de recueil des données varient également selon que l'évaluation est faite par les chirurgiens, par les patients, par auto-questionnaire, au téléphone, en consultation, par courrier, etc...

Si ces questions se posent avant traitement, elles se posent également après le traitement de l'incontinence urinaire car les définitions de guérison et d'évaluation des traitements proposés varient d'une étude à l'autre. Les différents traitements de l'incontinence urinaire après prostatectomie totale ont chacun des taux de succès propres qui ne permettent pas de les comparer les uns aux autres. Pour ces raisons, l'indication d'un traitement spécifique pour un type d'incontinence précis ne peut être encore clairement définie et donc recommandée.

I. TRAITEMENT MÉDICAL

Les anticholinergiques n'ont leur place qu'en cas d'hyperactivité vésicale ou du detrusor qui est une circonstance peu fréquente par rapport à l'insuffisance sphinctérienne, mais qui peut être prédominante dans les premières semaines.

La duloxétine est un médicament de la classe des antidépresseurs, inhibant la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et accroissant le tonus urétral et la capacité vésicale. Utilisée initialement dans l'incontinence urinaire de la femme, elle a récemment montré son efficacité dans l'incontinence après prostatectomie totale permettant une diminution de moitié du nombre de protections, avec 35% des patients sans ou avec une seule protection quotidienne [1].

II. RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

Il existe différentes méthodes, technique de KEGEL (contractions du périnée et des muscles élévateurs de l'anus), technique de biofeedback ou électrostimulation par voie endo-anale.. L'ensemble des études avec groupe contrôle montre que la rééducation périnéale est efficace après prostatectomie totale [2, 3].

L'avantage de la rééducation périnéale pré-opératoire est qu'elle est effectuée sphincter en place non « traumatisé », permettant une meilleure prise de conscience du rôle du sphincter dans la continence urinaire. Cette rééducation est encadrée par un kinésithérapeute rompu à la technique (5 séances prescrites sur un mois). Elle est bien acceptée des patients et leur permet une attitude active en attendant l'hospitalisation. De plus, elle permet une récupération de la continence plus précoce avec des résultats à un an identiques [4, 5].

III. SPHINCTER ARTIFICIEL

Le sphincter artificiel est la technique de référence de l'incontinence urinaire sévère après prostatectomie totale par insuffisance sphinctérienne. Certains articles rapportent un taux de succès pour l'implantation du sphincter artificiel de l'ordre de 90% [6]. Mais cette implantation est grevée d'un nombre significatif de complications que sont l'infection de la prothèse, l'érosion de la manchette et l'incompétence mécanique du système [6-8]. Le taux de révision varie entre 32% et 90% dans les 3 ans après la pose et celui d'explantation de la prothèse de 37% à 10 ans [6, 8].

Les complications du sphincter artificiel et les autres types d'incontinence urinaires plus modérées ont fait développer des techniques moins invasives.

IV. INJECTION DE MACROPLASTIQUES

L'indication des injections péri-urétrales est l'incontinence urinaire légère (moins de 2 protections par jour). Elle nécessite plusieurs injections (jusqu'à trois), mais il semble inutile de réaliser plus de deux procédures si le patient n'a pas vu une quelconque amélioration à ce stade [9]. En cas d'incontinence urinaire sévère, le patient recevant des injections de macroplastique, verra le nombre de protections nécessaires diminué de manière significative et sa qualité de vie s'améliorer [10]. Les résultats et à long terme ne sont pas connus.

V. BALLONS PÉRI-URÉTRAUX

Les ballons péri-urétraux ou « adjustable continence therapy » (proACT™) consistent en deux ballons en silicone remplis d'un mélange de sérum physiologique et d'un produit radio-opaque, placés par voie périnéale de part et d'autre de l'urètre le plus près possible du col vésical. Des ports en titane reliés chacun au ballon par une tubulure sont placés sous la peau du scrotum, permettent des ajustements du volume contenu dans chaque ballon par ponction à l'aiguille percutanée et ce à tout moment après la chirurgie.

Ils permettent une absence de protections chez 35% des patients à un an, une amélioration chez 49 et 53 % des patients à un et deux ans et un taux d'échecs de 16 et 12% avec un taux de complications (perforations vésicales et uréthrales) de 6,4% [11]. Les résultats à long terme ne sont pas connus.

VI. BANDELETTES SOUS-URÉTRALES

Les bandelettes sous-urétrales sont parmi les dispositifs les plus développés. Les matériaux utilisés sont assez hétérogènes et le mode de fixation de la bandelette reste aussi sujet de discussion.

Certaines bandelettes sont réajustables [12]. D'autres sont mises systématiquement en per-opératoire de la prostatectomie chez tous les patients [13]. Les reculs restent relativement courts et peu de ces publications abordent le problème de la sélection des patients. Pour certains auteurs, les incontinences légères à modérées dont la définition exacte reste à préciser seraient les meilleures indications.

VII. THÉRAPIE CELLULAIRE

Le principe est d'utiliser des cellules souches prélevées dans un muscle ou des cellules graisseuses capables de se redifférencier en cellules musculaires. Une fois réinjectées dans le sphincter, elles favorisent son développement et améliorent la continence [14-16].

STRASSER a rapporté l'expérience la plus importante : dans un premier temps, une biopsie musculaire était réalisée sous anesthésie locale suivie d'une croissance in vitro. Les fibroblastes étaient ensuite injectés en sous-muqueux et les myoblastes dans le sphincter par échoguidage : par ce procédé, 32 des 45 hommes étaient traités avec succès avec une amélioration significative de la qualité de vie. Le suivi de cette étude est encore trop court pour pouvoir affirmer la stabilité des résultats à long terme et pour éliminer l'effet potentiel lié à l'injection des 2 ml de collagène qui est associée aux myoblastes et aux fibroblastes [15].

REFERENCES

1. Schlenker B., Gratzke C., Reich O., Schorsch I., Seitz M., Stief C.G. : Preliminary Results on the Off-Label Use of Duloxetine for the Treatment of Stress. Preliminary Results on the Off-Label Use of Duloxetine for the Treatment of Stress Incontinence after Radical Prostatectomy or Cystectomy. *Eur Urol.*, 2006 ; 6 : 1-4.
2. Burgio K.L., Goode P.S., Urban D.A., Umlauf M.G., Locher J.L., Bueschen A., Redden D.T. : Preoperative biofeedback assisted behavioral training to decrease post-prostatectomy incontinence : a randomized, controlled trial. *J. Urol.*, 2006 ; 175 : 196-201.
3. Hunter K.F., Moore K.N., Cody D.J., Glazener C.M.A. : Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. The Cochrane database of systematic reviews 2004 issue 2.
4. Parek H., Feng M.I., Kirages D., Bremner H., Kaswick J., Aboseif S. : The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. *J. Urol.* 2003; 170 : 130-133.
5. Van Kampen M., De Weerd W., Van Poppel H., De Ridder D., Feys H., Baert L. : Effect of pelvic floor reeducation on duration and degree on incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *The Lancet.*, 2000 ; 355: 98-102.
6. Hajivassiliou C.A. : A review of the complications and results of implantation of the artificial urinary sphincter. *Eur. Urol.*, 1999 ; 35 : 36.
7. Kowalczyk J.J., Snabsigh R., Scott F.B. : Experience with the artificial urinary sphincter model AMS 800 in 148 patients. *J. Urol.*, 1989 ; 141 : 307.
8. Venn S.N., Greenwell T.J., Mundy A.R. : The Long-term outcome of artificial urinary sphincters. *J. Urol.*, 2000 ; 164 : 702.
9. Kylmala T., Tainio H., Raitanen M., Tammela T.L. : Treatment of post-operative male urinary incontinence using transurethral macroplastique injections. *J. Endourol.*, 2003 ; 17 : 113-115.
10. Imamoglu M.A., Tuygun C., Bakirtas H., Yigitbasi O., Kiper A. : The comparison of artificial urinary sphincter implantation and endourethral macroplastique injection for the treatment of postprostatectomy incontinence. *Eur. Urol.*, 2005 ; 47 : 209-213.
11. Hübner W.A., Schlarp O.M. : Treatment of incontinence after prostatectomy using a new minimally invasive device: adjustable continence therapy. *BJU International*, 2005 ; 96 : 587-594.
12. Sousa-Escandon A., Rodriguez Gomez J.I., Uribarri Gonzales C., Marques-Queimados A. : Externally readjustable sling for treatment of male stress urinary incontinence : points of technique and preliminary results. *J. Endourol.*, 2004 ; 18 : 113-118.
13. Jones J.S., Vasavada S.P., Abdelmalak J.B., Liou L., Ahmed E.S., Zippe C.D., Rackley R.R. : Sling may hasten return of continence after radical prostatectomy. *Urology*, 2005 ; 65: 1163-1167.
14. Chancellor M.B., Yoshimura N., Pruchnic R., Huard J. : Gene therapy strategies for urological dysfunction. *Trends Mol. Med.*, 2001, 7 : 301-306.
15. Strasser H., Berjukow S., Marksteiner R., Margreiter E., Hering S., Bartsch G., Hering S. : Stem cell therapy for urinary stress incontinence. *Exp. Gerontol.*, 2004 ; 39 : 1259-1265.
16. Yiou R., Lefaucheur J.P., Atala A. : The regeneration process of the striated urethral sphincter involves activation of intrinsic satellite cells. *Anat Embryol (Berl.)*, 2003 ; 206 : 429-435.