

## **Actualités sur la prise en charge de l'incontinence - v**

**par le professeur François HAAB, urologue au groupe Hospitalier Croix Saint Simon de la Diaconesses à Paris, membre du conseil scientifique de l'ANAMACaP**

Cf. les interventions précédentes sur le même sujet sur notre site [www.anamacap.fr](http://www.anamacap.fr), rubrique « effets secondaires », « prise en charge de l'incontinence »

Bonjour à toutes et à tous. C'est toujours un plaisir de venir ici. En dehors de l'urologie, j'ai quelques activités politiques et j'ai régulièrement l'occasion de citer l'ANAMACAP comme étant un modèle de ce que devrait être, dans notre organisation sanitaire, le rôle des patients. Un seul reproche à vous faire mon Cher Président, j'ai vu les élections de votre Conseil d'Administration tout à l'heure : il n'y a pas la parité dans votre association. Il faut fusionner avec l'association pour le cancer du sein.

Toutes plaisanteries mises à part, nous allons traiter quelques nouveautés sur la prise en charge de l'incontinence urinaire.

### **L'incontinence urinaire après prostatectomie radicale : une séquelle**

L'incontinence urinaire après chirurgie de la prostate est exceptionnellement une faute chirurgicale. Il ne s'agit pas d'une complication mais d'une séquelle. Les mots sont importants. On parlait d'indemnisation, tout à l'heure. Quand un patient a une incontinence urinaire après chirurgie de l'adénome de la prostate, cela est très souvent dû à une complication, quelque chose n'a pas fonctionné correctement. Quand un patient a une incontinence urinaire après chirurgie du cancer de la prostate, c'est une séquelle. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'une complication. Parfois, l'intervention chirurgicale se déroule dans des conditions effroyables mais le patient est totalement sec, parfois l'opération se passe dans les meilleures conditions mais le patient est totalement incontinent. Il est impossible pour le chirurgien de prédire la continence du patient à l'ablation de la sonde ou au-delà.

### **L'incontinence urinaire en France**

Je reste stupéfait du délai qu'il a fallu pour certains patients, hommes ou femmes, à venir en consultation, qui ont gardé ce problème par devers eux, qui n'ont même pas osé en parler aux médecins et qui ont minimisé le problème.

#### **4 Français sur 10 disent avoir des problèmes de fuites urinaires**

L'an passé, j'ai eu l'occasion de conduire un sondage avec un grand institut nommé IPSOS, afin de recueillir la perception des Français vis-à-vis de l'incontinence urinaire. C'est un vrai sujet tabou. Plus de 1000 personnes ont été interrogées par cet institut de sondage. Des hommes et des femmes de la population française.

Au cours de cette enquête, quatre Français sur dix disent avoir des problèmes de fuites urinaires, dont environ 25 % d'hommes. Certains chirurgiens annoncent des taux de continence très élevés après chirurgie de la prostate et disent qu'après leur opération, leurs patients sont tous secs. Ces taux nous font parfois sourire. Qu'est-ce qu'ils nous racontent ces chirurgiens ? Alors qu'en population générale ce n'est déjà pas le cas. Cela signifierait que l'opération protégerait de l'incontinence urinaire ? Qu'ils feraient mieux que la population générale ? Un peu de sérieux.

### 1/3 seulement en parle à un professionnel de santé

L'incontinence urinaire est un problème fréquent et très gênant. Les patients souffrent véritablement, et bien qu'ils en souffrent, ils n'en parlent pas. Parmi tous ces patients qui ont une incontinence urinaire, un tiers seulement en a parlé à un professionnel de santé. Les autres ont gardé cette gêne pour eux, n'ont pas osé ou pensent qu'il n'existe pas de solution, parce que, parfois, quand le patient s'adresse au médecin : « J'ai des fuites d'urine, peut-on faire quelque chose ? » Le Médecin répond : « Monsieur, vous avez été opéré de la prostate ? Et bien, mettez une protection. ». Ça suffit, non aux protections, faites quelque chose, traitez-vous !

### Plan psychologique

Dans un rapport que j'avais réalisé en 2007 pour le Ministre de la Santé, on avait retenu le terme de « handicap urinaire. » L'incontinence urinaire est un handicap. Parfois on constate un malentendu sur la notion d'information préalable. Je vois régulièrement des patients qui en veulent à leur chirurgien en disant : « Il ne m'a pas prévenu. ». Je n'imagine pas qu'en 2016 un chirurgien ne prévienne pas du risque d'incontinence avant une chirurgie pour cancer de la prostate. Le problème, c'est la manière dont on délivre l'information. Le chirurgien dit : « vous aurez peut-être des fuites. » Le patient, en préopératoire, est surtout préoccupé par sa survie. Il entend l'information mais ne l'écoute pas forcément. Mais, surtout, il ne réalise pas ce que c'est. Pour s'en rendre compte et pour donner une information véritable, il faudrait que le patient s'achète une protection au supermarché, verse une carafe d'eau dedans, se promène avec, puis lui dire « Voici ce qui risque de vous arriver. Au moins pour quelques mois... ». A ce moment là, on aurait « un vrai consentement ». D'où, souvent, cette incompréhension du patient qui pense ne pas avoir été prévenu. Seules les personnes qui ont vécu cette incontinence sont capables d'en parler. C'est pour cette raison que je récuse les termes de confort et de qualité de vie. Il s'agit du traitement d'un véritable handicap.

## Score de qualité de l'incontinence urinaire après prise en charge du cancer de la prostate

Deux mois après chirurgie du cancer de la prostate, un patient sur deux a des fuites assez significatives. Ces patients vont récupérer essentiellement dans les six premiers mois. Puis, on constate un petit gain de récupération entre six et douze mois. Ensuite, le taux de continence ne varie plus. C'est pour cela que sur toutes les techniques dont on parlera ensuite, notamment chirurgicales, il n'est pas question d'intervenir avant le sixième mois après prostatectomie. On peut avoir des récupérations très importantes entre le post opératoire immédiat et le sixième mois, en revanche, à partir de six mois, si l'incontinence est très sévère ou à partir de douze mois, si elle reste gênante, il est licite d'intervenir, puisque la récupération ne progressera plus. Ce n'est pas la peine d'attendre deux, trois, quatre ou cinq ans...

## Connait-on la cause de cette incontinence après ablation de la prostate ?

Plusieurs paramètres ont été étudiés.

- La cause la plus évidente : on se dit qu'on a **abîmé le sphincter au cours de l'opération**, puisqu'il a fallu couper entre la prostate et le sphincter. Finalement, c'est assez rarement le cas. Quand on a réalisé des études de mesure de l'oppression, voire même endoscopique, on s'est aperçu que le sphincter était bien là. D'ailleurs, ces patients concernés par l'incontinence, lorsqu'ils serrent les fesses, qu'ils essayent vraiment de bloquer, ils parviennent à retenir leurs urines. Cela signifie que le sphincter fonctionne.
- Deuxième piste possible : une **lésion neurologique**. Le sphincter est un muscle, pour fonctionner il a besoin de courant électrique. Le muscle est comme une ampoule, il faut qu'un fil arrive pour qu'elle s'allume. Pour que le muscle se contracte, il faut qu'il y ait de l'électricité qui arrive. Existe-t-il une lésion neurologique ? Peut-être. Là aussi, les études ne montrent pas d'évidence.

- En revanche, une troisième piste est de plus en plus considérée, et c'est probablement ce qui explique que la cause n'est pas opérateur-dépendant. Il s'agit d'une **lésion du canal**. Quand on opère, le conduit de l'urètre va avoir une petite cicatrice puisqu'on a raccommodé l'urètre à la vessie. Comme n'importe quelle cicatrice, elle est plus ou moins dure, plus ou moins épaisse, plus ou moins fibreuse. Si le patient a la malchance d'avoir une cicatrice interne qui rend le conduit très dur, le muscle qui fait garrot autour de cette cicatrice n'arrivera pas à l'écraser et des fuites vont se produire. J'en suis dorénavant convaincu, très souvent et dans la majorité des cas, l'incontinence urinaire n'est pas tant un problème de sphincter, qu'un problème de rigidité de la cicatrice interne. C'est un facteur très individu-dépendant. Certains patients, cicatrisent bien et d'autres cicatrisent mal. Si vous rajoutez de la radiothérapie après l'opération, vous augmentez le facteur de rigidité et donc vous allez décompenser. Et si, en plus, il y a eu un rétrécissement de la couture et qu'on a dû réopérer pour ouvrir le rétrécissement, on augmente encore le facteur de rigidité. Dans ces cas là, on retrouve tous les facteurs de risque de l'incontinence urinaire. C'est pour cette raison également que les patients ont une récupération dans les trois premiers mois, parce que la couture s'assouplit progressivement, comme une cicatrice sur la peau : en post opératoire, elle est rouge et dure, et puis, trois à six mois après, elle devient beaucoup plus fine. C'est identique à l'intérieur sauf que la cicatrice est invisible. Le facteur de risque essentiel est probablement là. Il est individu-dépendant, beaucoup plus qu'opérateur-dépendant.
- Autre cause possible, qui n'est pas exclue, **la vessie**. Avant l'ablation de la prostate, il peut y avoir une hypertrophie de prostate, symptomatique, associée au cancer. Cette hypertrophie de prostate peut retentir sur la vessie et créer ce que l'on appelle une hyperactivité de la vessie. La cause de l'incontinence après ablation de la prostate peut être soit le verrou qui est ouvert (le sphincter), soit le réservoir (la vessie) qui est hyperactif. Pour chacune de ces deux cibles les traitements sont différenciés.

## Les traitements de première intention

- Les aliments à éviter
- La rééducation périnéale
- Les mictions programmées (aller vider sa vessie régulièrement).

### Mode de vie, les aliments à éviter

Quelques aliments sont connus pour augmenter l'excitation de la vessie (pour les hommes ou les femmes) : le vin blanc ; le Champagne est ce qu'il y a de pire (le vin rouge n'agit quasiment pas sur la vessie, pour des raisons que l'on ignore encore de manière précise).

### La rééducation périnéale

**En préopératoire** : c'est bien de commencer la rééducation périnéale avant l'intervention, quand le patient a encore son « schéma corporel intègre », au moment où il est plutôt en forme. Il s'agit de deux à trois séances d'éducation, pour apprendre à se servir de son périnée, cela permettra d'être plus efficace juste après l'intervention. On va gagner du temps.

**En postopératoire** La rééducation périnéale est essentielle après l'intervention. En générale, elle est reprise assez rapidement, rarement dès le premier mois car après l'opération, les patients sont un peu fatigués et n'ont pas forcément envie de se rendre deux ou trois fois par semaine chez le kinésithérapeute. Cela est possible, mais souvent, durant le 1<sup>er</sup> mois postopératoire, le patient fait de l'auto rééducation s'il l'a apprise avant l'intervention.

**Principe** : Deux techniques sont principalement utilisées :

- le biofeedback pour apprendre à serrer les fesses
- et l'électrostimulation : on insère une petite sonde intra anale délivrant un courant électrique qui vient stimuler le muscle sphinctérien afin qu'il serre un peu plus le canal de l'urètre. On essaie d'augmenter la stimulation même si le conduit est rigide. Le patient va chez un kinésithérapeute deux séances par semaine en moyenne. Cela ne sert à rien d'augmenter le rythme des séances hebdomadaire au risque d'épuiser le sphincter. Conseil : essayer de faire les séances de rééducation en fin d'après-midi pour que le sphincter se repose la nuit. Si les séances sont faites le matin, le sphincter va se fatiguer et le patient aura des fuites accentuées sur le reste de la journée.

### **Evaluation de la rééducation et rééducation à domicile**

Après quinze à vingt séances, il faut réévaluer les pertes. Pourquoi ce chiffre ? Parce que je ne veux plus voir d'hommes en consultation qui viennent après cent cinquante ou deux cents séances de kinésithérapie. C'est proprement scandaleux. Les séances sont devenues une sorte de rituel, un rendez-vous social. Il faut arrêter ! Si cela ne fonctionne pas, voyons autre chose. D'autre part, une fois que les séances sont terminées avec le coach kinésithérapeute, il est possible de faire de l'auto rééducation à domicile en faisant des exercices de contraction. On contracte le périnée, on compte jusqu'à cinq, on relâche, on compte jusqu'à cinq, on contracte, pendant quelques séries, le soir, avant de se coucher. Ce sera au moins aussi efficace que d'aller chez le kinésithérapeute. L'électrostimulation peut se faire également à domicile. Certains appareils le permettent et sont pris en charge par l'assurance maladie. Jusqu'à présent, ils nécessitent tous une sonde intra anale.

### **Etude sur un nouvel outil de rééducation**

Un nouvel appareil de rééducation périnéale sans sonde anale vient d'arriver. C'est un nouveau concept, un peu innovant, où le patient (ou la patiente) mets deux espèces de cuissardes qui ne sont pas reliées l'une à l'autre, mais qui vont communiquer entre elles et où une sorte de courant interférentiel entraîne une contraction de l'ensemble du périnée. C'est un tout nouveau système développé par une société très importante qui produit des appareils de rééducation, de stimulations musculaires en général. Cette société a adapté leurs appareils de stimulation au périnée et une étude allemande montre que cela fonctionne. Mais nous n'allons pas nous contenter d'une étude allemande. Avec Roland Muntz et Olivier Cussenot, nous avons rencontré des responsables de cette société et nous allons mener une étude avec les membres de l'ANAMACAP. Nous venons de valider le protocole. Une cinquantaine de patients qui souffrent d'incontinence urinaire seront inclus dans cette étude scientifique purement observationnelle. Les critères d'inclusion sont très précis. Les hommes qui seront retenus dans le cadre de cette étude recevront l'appareil à domicile et auront, en contre partie, à remplir des questionnaires. Il s'agira de nous dire de la manière la plus fiable possible si cela fonctionne ou pas. C'est une grande responsabilité pour ceux qui accepteront de participer à l'étude. Si cela fonctionne, il faudra diffuser cette technique. Mais si cela ne fonctionne pas, il faudra le dire aussi. C'est une des premières fois que nous allons réaliser en France une étude de ce type, par une association de patients pour des patients.

## **Les traitements médicamenteux**

### **Nouveau médicament**

Les fuites peuvent être dues à une contraction excessive de la vessie. Cela donne une envie absolument urgente et intempestive. Aujourd'hui, une seule classe médicamenteuse est prescrite dans ce contexte : les anticholinergiques (Vesicare, Ceris, Toviaz – ils donnent la bouche sèche). Depuis cette année, une nouvelle classe médicamenteuse est arrivée. Elle agit directement sur le muscle de la vessie. Le médicament s'appelle Betmiga, il relaxe la paroi de la vessie et va lui donner plus de souplesse. L'avantage essentiel est qu'il n'a aucun effet secondaire décrit à ce jour, à une seule condition : le patient ne doit pas avoir d'hypertension artérielle non contrôlée. Il faut donc mesurer la tension artérielle et traiter le patient si besoin. En France, le produit est sur le marché depuis le mois de janvier, il est vendu au Japon depuis presque trois ans, aux États-Unis et en Angleterre depuis deux ans. Un bémol : Il n'est toujours pas pris en charge même pour un patient en ALD.

## La toxine botulique

La toxine botulique est un puissant relaxant du muscle dans le corps entier (raison pour laquelle on l'utilise pour les rides). C'est un autre traitement possible, peu proposé, indiqué dans les cas d'hyperactivité vésicale pour relaxer la vessie. Il n'est jamais proposé en première intention (en dehors des contre indications), mais en deuxième intention après échec des traitements médicamenteux. Pour les patients dont les vessies sont devenues très petites, très hyperactives, on va faire ces injections de toxine botulique directement dans la vessie. L'urologue fait une endoscopie, une cystoscopie et il va injecter le produit. Ce n'est pas une opération chirurgicale, l'injection est faite sous anesthésie locale. C'est un médicament, donc il faut le répéter (tous les six mois en moyenne). Il n'a pas d'effets secondaires à distance.

## Les traitements chirurgicaux

Différentes techniques existent pour les incontinences urinaires importantes à l'effort

### Techniques abandonnées

- **Les injections de collagène dans l'urètre.** Certains pays, à l'étranger, utilisent encore cette méthode. En France, elle a été abandonnée parce que cela ne fonctionnait pas. Le résultat se dégradait très rapidement.
- **La thérapie cellulaire.** Il y a quelques années, nous avons essayé de remplacer le collagène par de la thérapie cellulaire (injection de cellules musculaires). Malheureusement pour l'instant, les résultats de la thérapie cellulaire ne sont pas probants chez l'homme. Peut-être parce que, comme indiqué précédemment, le sphincter lui-même est finalement fonctionnel. Quand on lui réinjecte des cellules musculaires, on renforce probablement quelque chose qui n'a pas besoin de l'être. Le problème est sûrement plus lié à cette rigidité de l'urètre. La thérapie cellulaire fonctionne mieux chez la femme.

### Le sphincter urinaire artificiel

Le gold standard reste le sphincter urinaire artificiel. Il s'agit d'un garrot hydraulique. On insère ce garrot autour de l'urètre (pas à l'endroit où l'urètre a été rigide), sur une zone saine, où le conduit peut-être écrasé. Lorsque le patient souhaite uriner, il lui suffit d'appuyer sur la petite pompe cachée dans le testicule pour dégonfler le garrot et évacuer sa vessie. Le système se referme spontanément. C'est une intervention qui fonctionne bien et sur laquelle nous avons beaucoup de recul.

La première question que me posent les patients « Que fait-on si le sphincter est en panne ? » Si le dispositif est en panne, les fuites reviennent, le patient ne sera jamais bloqué. Cette méthode fonctionne très bien et se répare très bien. Aujourd'hui, l'opération a été simplifiée : elle se fait en ambulatoire. L'avantage est que le patient repart chez lui, dans son écologie, dans ses propres microbes, donc le risque d'infection nosocomiale est réduit de manière très importante. L'opération dure une quarantaine de minutes. La mise en route du sphincter se fait un mois après l'intervention. Au bout d'un mois, en consultation, nous apprenons au patient à faire fonctionner le dispositif. Comme tout dispositif mécanique, il tombera un jour en panne. Sept ans en moyenne après l'implantation. Au bout de sept ans, la moitié des patients a dû être réopérée pour changer tout ou partie du dispositif.

Voici une autre technique chirurgicale réservée aux incontinences urinaires moyennes à modérées.

**Les bandelettes.** On met en place une petite sangle en polypropylène dont la texture ressemble à du tulle de mariée mais est un peu plus rigide. Ce voile va venir écraser, appuyer sur le canal de l'urètre pour réaliser un effet de sangle, un effet de support. Le principe a été inventé chez les femmes puis a été étendu chez les hommes. On fait une petite incision sur le périnée. On vient mettre la bandelette sous le canal de l'urètre pour appuyer dessus et réaliser un effet de compression. Très souvent, les patients nous disent qu'ils n'ont pas de fuites lorsqu'ils sont assis. La bandelette remplace le fauteuil sur lequel le patient est assis. A ce jour, j'ai implanté un peu plus de six cents malades avec cette technique.

Profil du patient type pour cette méthode : le matin, ça va, et puis en fin de journée, ça ne va plus. Une espèce de fatigue s'installe. La bandelette vient compenser cette fatigue. La sélection des patients est extrêmement importante. Le meilleur test consiste à demander au patient de peser les protections pendant 24 heures. On fait peser la protection sèche puis lorsqu'elle est changée.

Voici ce que répondent les patients à des questionnaires. Après la pose de bandelettes, ils se sentent globalement mieux, voire beaucoup mieux. Il existe tout de même un petit risque de se sentir moins bien. Quand certains patients viennent me voir avec des micros fuites, je les récuse systématiquement. Il est plus facile de passer de 200 grammes de fuite à 10, que de 10 grammes à zéro. Je n'opère jamais un patient avec 5 grammes de fuite, dans ces cas, il existe d'autres solutions. Notamment un médicament, la Duloxetine, qui peut permettre d'améliorer la situation ([cf. compte-rendu de notre journée scientifique 2012](#)). Donc, on n'opère pas quelqu'un qui est déjà proche quasiment de « la normale » (cf. étude sur la population générale).

Pour les patients qui ont plus de six ans de recul après la pose de bandelettes, 67 % d'entre eux disent « je vais mieux grâce à cette opération »; 17 % disent « finalement, avec le recul, je suis revenu dans la situation antérieure » ; 6 % disent « cela ne m'a rien apporté, voire même, c'est peut-être un peu moins bien. »

## Conclusion

L'incontinence est bien un handicap, il ne s'agit pas d'un problème de confort. C'est une séquelle post opératoire pas une complication. Il existe de nombreuses solutions.

L'incontinence est toujours plus difficile à traiter si de la radiothérapie s'est ajoutée à la chirurgie parce que le conduit est plus rigide, la vessie est plus petite et va éventuellement saigner un peu.

Nous avons besoin de vous, parce que c'est vous qui devez nous dire ce que donne les traitements que nous vous proposons et ce qu'ils vous apportent en termes de résultats, à court, moyen et long terme.

Je vous remercie.