



Extrait de la journée scientifique
ANAMACaP
du 22 septembre 2012

Cancer de la Prostate :
la prise en charge personnalisée

Retranscription de la journée en audio/diapos
Visible sur Internet à l'adresse url suivante :
<http://anamacap.free.fr/retranscription-AG/2012/index.html>

Dix ans d'avancées dans la prise en charge des séquelles thérapeutiques dues au cancer de la prostate

Professeur François HAAB - chef du service urologie de l'hôpital TENON à Paris - Secrétaire Général de la Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvipérinéologie (SIFUD) depuis 2005. Membre des comités "traitement médical de l'incontinence urinaire" et "recommandations cliniques". 1ere et 2eme consultation internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'Incontinence Urinaire. Membre du conseil scientifique de l'ANAMACaP. (Cf. CV complet dans la version audio/diapo de la journée scientifique 2012.)



Je suis assez spécialisé dans la prise en charge des séquelles urinaires et je vois souvent, en consultation, des patients en colère qui viennent me voir. Ils ont le sentiment d'avoir la double peine :

- le cancer : il a fallu vivre avec, assumer ce diagnostic, assumer les traitements,
- et puis, ensuite, il faut gérer les complications des traitements.

Je note souvent un vécu, un ressenti, parfois difficile, à la fois vis-à-vis du thérapeute qui les a pris en charge, en disant « il y a une erreur, une faute ». Cette notion d'erreur ou de faute ou de « on m'a mal opéré » est souvent une idée reçue. Et puis, parfois je ressens véritablement une colère vis-à-vis des patients eux-mêmes, qui se disent « j'ai fait le mauvais choix, je n'aurais pas dû me faire opérer, j'aurais dû choisir un autre traitement ». C'était probablement le bon choix, parce que, au moment où vous le patient l'a fait, il a jugé utile d'avoir accès à ce type de traitement et, dans l'immense majorité des cas, ce n'est pas une faute du praticien qui l'a pris en charge.

Epidémiologie

La grande difficulté est d'avoir une idée des vrais chiffres sur ce fameux risque d'incontinence urinaire après chirurgie du cancer de prostate. Tous les chiffres circulent.

Deux phases sont à distinguer :

- **La phase du postopératoire précoce (les six premiers mois)**, où ce risque d'incontinence urinaire est très élevé. Probablement plus de la moitié des malades se trouvant dans le postopératoire précoce ont un risque d'avoir une incontinence urinaire à des degrés divers. Cette période sera, fatalement, forcément difficile à vivre, car, hormis la rééducation, on dira le plus souvent au patient d'attendre, parce que le temps, parfois, permet de récupérer cette incontinence urinaire. Or, même si cela est parfois expliqué par le chirurgien avant l'intervention, c'est une chose d'utiliser les mots en disant « vous avez un risque de fuite urinaire » et une autre de vivre avec une incontinence urinaire et de se rendre compte de ce que c'est. Je pense qu'il n'y a que quand on l'a ressenti, expérimenté, que l'on est en permanence mouillé, en permanence dans des protections, que l'on peut se rendre compte de ce que représente ce handicap. L'incontinence urinaire est bien un handicap et non un sujet d'inconfort.
- **Le problème de la récupération et du taux résiduel d'incontinence urinaire.** Ce taux peut être estimé, aujourd'hui, au-delà d'un an, à environ 20 à 25% quand on regarde les études bien conduites sur le risque d'incontinence urinaire. Cela ne veut pas dire qu'un quart des malades aura

une incontinence urinaire totale, mais cela signifie que 20 à 25% des patients auront des fuites d'urine à des degrés variables.

Le risque d'incontinence urinaire totale, qui est souvent celui qui est donné (dès que je me lève, cela se met à couler) est de l'ordre de 3 à 5%. Ce risque a finalement peu varié au cours de ces dernières années, malgré la modification des techniques chirurgicales.

Physiopathologie

Ce risque semble avoir peu varié parce qu'on ne connaît pas, aujourd'hui, de manière absolument certaine, le mécanisme qui conduit à cette incontinence urinaire. Plusieurs pistes sont avancées :

- Lésion musculaire : la première piste, probablement simpliste, est une lésion directe du sphincter (« On m'a raté, on a coupé trop loin »). C'est probablement simpliste, parce que, dans les modèles expérimentaux, lorsque l'on fait des lésions directes du sphincter, ce n'est pas facile de faire des lésions qui créent une incontinence et ces lésions ne donnent pas le même type d'incontinence urinaire.
- Lésion neurologique : on a coupé les nerfs qui vont vers le sphincter. Là aussi, cette piste est trop simpliste parce que lorsqu'on fait des études (là aussi expérimentales) et que l'on sectionne les nerfs, on ne crée pas forcément une incontinence telle que celle que ressentent ou expriment les patients après une chirurgie de la prostate.
- Fibrose urétrale : la vérité est peut-être plutôt auprès de cette troisième piste qui est très difficile à explorer : un problème de la cicatrisation de l'urètre. L'urètre est le conduit qui permet d'uriner. Il s'agit d'un tuyau qui a la propriété particulière d'être extrêmement souple. Il doit être souple pour être facile à comprimer, à écraser. Lorsque l'on suture ce fameux urètre (puisqu'il faut le recoudre, le raccommoder) pour le raccrocher à la vessie après l'ablation de la prostate, l'urètre, parfois, se rigidifie et devient dur. Les Américains, chez les femmes, désignent le terme de « tuyau de pipe » lorsqu'il est impossible à comprimer. En cas de rigidification, l'urètre va être impossible à écraser par le sphincter qui est autour. A ce moment là, fatalement, la fuite va survenir.

L'enjeu ou le risque de survenue d'une incontinence urinaire est donc probablement plus basé sur une problématique de cicatrisation interne que de lésion durant l'intervention. D'où le fait qu'il n'existe aujourd'hui pas de facteur prédisposant à l'incontinence urinaire. Votre chirurgien ne peut pas vous dire à l'avance (hormis quelques exceptions) : « Monsieur, vous avez un risque, moins ou plus important que les autres d'avoir une incontinence urinaire ». Le seul élément que l'on peut prendre en compte, c'est la vessie. On l'oublie trop souvent mais dans la prostate, on peut observer en même temps un cancer mais également observer ce qu'on appelle l'adénome, l'hypertrophie bénigne de la prostate. Quand on est face à un patient qui a un cancer de prostate, on ne parle que du cancer et on oublie qu'il y a peut-être un adénome dans la prostate, qui plus est, symptomatique. Et inversement, quand un patient a un adénome de la prostate, parfois on oublie le cancer. Pourtant, il s'agit du même organe. Les deux pathologies peuvent survenir ensemble. Parfois, l'adénome, l'hypertrophie de la prostate, sont responsables d'une modification du comportement de la vessie. Cela va induire, par l'obstruction, une hyperactivité de la vessie qui va également concourir au risque d'incontinence urinaire. Certains éléments sont à prendre en compte. Quel est le statut du malade avant l'intervention ? Quelle est sa symptomatologie après l'intervention ?

Les modes de prise en charge

Les traitements palliatifs

Il faut d'abord essayer de proposer des traitements conservateurs que l'on va appeler palliatifs :

- **La rééducation pelvi-périnéale** : elle est incontournable dans le postopératoire immédiat et même idéalement débutée avant l'intervention chirurgicale pour que le malade puisse, immédiatement, après l'intervention, débiter son auto-rééducation.

- **Les protections**
- **Les étuis péniens** : ils sont connus depuis des années et sont souvent sous-utilisés dans la prise en charge de l'incontinence urinaire, notamment après chirurgie de la prostate. L'étui pévien est aujourd'hui, s'il est utilisable, probablement, le meilleur mode de drainage et de collection des urines en cas d'incontinence urinaire. Une très belle étude a été conduite dans plusieurs centres en France, pour faire tester par des patients souffrant d'incontinence, les deux modes de prise en charge (d'un côté, les protections, de l'autre, les étuis péniens) en leur demandant leur préférence et ce qui convenait le mieux. Dans plus de 90% des cas, il y a une nette préférence pour l'étui pévien parce qu'il y a une sensation de mieux maîtriser et surtout de ne pas être dans l'humidité. L'étui pévien n'est pas toujours facile à choisir. Certaines infirmières spécialisées, parfois, peuvent aider, et conseiller à trouver le bon produit adapté à chaque patient. Des études sophistiquées de qualité de vie ont démontré, quels que soient les domaines utilisés, que la performance des produits était plutôt en faveur de l'étui pévien.

Les traitements chirurgicaux

Si ces traitements palliatifs n'ont pas fonctionné et que le patient est gêné, on va avoir recours à des stratégies interventionnelles.

- **Les agents injectables** :
 - o le collagène (un des plus anciens)
 - o le silicone macroplastique
 - o les cellules musculaires.

Le principe des agents injectables est de créer une sorte d'œdème permanent du canal de l'urètre. Cet œdème a pour vocation de bloquer des fuites d'urine qui seraient peu importantes, sans bloquer l'évacuation des urines. On crée une espèce de bulle à l'intérieur de l'urètre pour essayer de resserrer le canal urétral. Il existe différentes techniques. Cela peut être fait par voie rétrograde, antegrade. Peu importe, toutes les études internationales vont dans le même sens : les agents de comblement inertes – collagène ou macroplastique – marchent mal. Cela peut aider un certain nombre de patients, pour un court terme. Mais le plus souvent le résultat se dégrade très rapidement, voire parfois, la symptomatologie des fuites est exacerbée par ces injections urétrales, parce que cela va augmenter la rigidité de l'urètre. Comme indiqué tout à l'heure, une des propriétés fondamentales de l'urètre est d'être souple pour pouvoir se fermer. Si vous le rigidifiez avec un agent de comblement, vous risquez, au contraire, d'augmenter le risque d'incontinence urinaire.

On a essayé d'optimiser cette méthode par l'injection, non pas de produits inertes, mais de produits vivants. Il s'agit de cellules musculaires que l'on injecte directement dans le sphincter. Différents travaux ont été menés en France ou aux Etats-Unis. Aujourd'hui, toutes les études qui ont été faites donnent des résultats décevants chez l'homme. Probablement parce que ce que l'on renforce avec ces cellules musculaires ne correspond pas à ce qui a été lésé ou endommagé au cours de l'intervention. Chez la femme, les résultats sont plus intéressants mais c'est un autre sujet. Cette piste n'est pas totalement abandonnée, mais les espoirs la concernant sont plutôt amoindris.

- **Les ballons de compression**. Depuis une dizaine d'années, des ballonnets de pression sur l'urètre ont été mis au point. Il s'agit de la même philosophie de compression urétrale que ces fameux agents de comblement injectables, sauf que ces derniers se faisaient par l'intérieur de l'urètre, et qu'ici, les ballons se mettent à l'extérieur du canal de l'urètre. C'est un peu une prostate gonflable, que l'on injecte de part et d'autre de l'urètre et qui va écraser le canal de l'urètre pour essayer, là aussi, de supprimer la fuite sans compromettre la miction. Le volume de cette prostate gonflable

est adapté à chaque patient par l'intermédiaire de deux extrémités que l'on peut ponctionner sous la peau, par petites piqûres, pour gonfler ou dégonfler les ballonnets en fonction de la réponse décrite par le patient. Différentes études, conduites en France et à l'étranger, montrent une efficacité de l'ordre de 60 à 80% des patients traités à condition de bien sélectionner ces patients, mais surtout de bien positionner ces ballons parce que ce n'est pas simple. La pose des ballons est réalisée par voie périnéale sous contrôle radiologique. On rencontre la même problématique que pour les biopsies : comment optimiser le positionnement des ballons qui se fait par contrôle radiographique en deux plans pendant l'intervention (cf. intervention précédente du Dr Pierre MOZER). Parce que, ce n'est pas très commode et très souvent les ballons sont mis en décalé. De fait, ils ne peuvent pas fonctionner. Ils doivent être mis face à face.

Aujourd'hui, il existe des systèmes d'optimisation de la mise en place des ballons pour s'assurer que ces deux ballons soient bien face à face.

- **Le sphincter artificiel** : c'est le traitement le plus connu et le plus évalué dans la prise en charge de l'incontinence urinaire sévère. Il semble qu'il existe encore beaucoup trop de réticences, de craintes ou d'emphase à son sujet. C'est un produit très simple, et c'est d'ailleurs ce qui en fait son succès. Le sphincter artificiel est comme un brassard à tension. On insère un brassard (appelé manchette) autour du canal de l'urètre et on va laisser cette manchette obturer le canal. Souvent, par méconnaissance, on pense qu'on touche à la vessie dans cette opération alors qu'on n'y touche pas.

Lorsque la vessie est remplie, le patient a envie d'uriner. Pour libérer le passage, il appuie sur une petite pompe cachée dans le scrotum. La vessie se vide et le système se referme automatiquement. Mécaniquement, c'est quelque chose de très intelligent et surtout de très simple. Finalement, pour l'instant, même si des recherches, sont en cours pour essayer d'optimiser ce type de dispositif, son caractère purement mécanique et hydraulique fait que les résultats sont plutôt satisfaisants et assez concordants dans la plupart des études. En termes de résultat, on parle souvent des patients qui utilisent entre zéro et une protection par jour, parce que, sur un sphincter artificiel, quand vous faites un effort très violent, il peut y avoir quelques gouttes qui s'échappent, mais avec des patients qui se disent améliorés à 80 / 90% et qui sont, globalement, très satisfaits. Quasiment dans toutes les études, on observe un taux de satisfaction aux alentours de 75 à 80%.

Toutes ces techniques ont un taux d'échec. On ne doit pas sur-annoncer des résultats en matière de prise en charge. Le sphincter artificiel a des inconvénients. Le premier est qu'il peut tomber en panne et c'est une certitude, il tombera forcément en panne un jour ou l'autre. La durée de vie d'un sphincter artificiel est, en moyenne, entre sept et dix ans. Cela peut être un peu plus ou un peu moins. Vous achetez une voiture chez le meilleur concessionnaire, vous pouvez tomber en panne au coin de la rue ! Cela arrive. Il arrive d'avoir des patients qui, malheureusement, ont une panne précoce, trois mois après la mise en place d'un sphincter artificiel. De la même manière, certains patients vivent pendant quinze ans avec le même sphincter. La bonne nouvelle c'est que le sphincter se répare, on en remet un autre en place. La complication principale est comme, à chaque fois qu'on met une prothèse, l'infection nosocomiale. C'est toujours la crainte du patient et du chirurgien. Ce risque, nous le mesurons de manière très précise dans le service. On sait qu'il est de l'ordre de 0,3%. Ce n'est pas beaucoup, mais, pour le patient à qui cela arrive, c'est forcément trop, puisque cela doit conduire à l'ex-plantation du dispositif et à sa réimplantation dans un deuxième temps.

Autres points. Pendant longtemps, on a considéré que la radiothérapie lorsqu'elle était faite après la chirurgie, était une contre-indication à la mise en place d'un sphincter artificiel. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Cela augmente un peu plus le risque de complication, puisque les tissus sont un peu plus abimés, mais la radiothérapie n'est pas une contre-indication à l'implantation d'un sphincter artificiel. Autre idée reçue : une maladie qui serait encore en train d'évoluer n'est pas une contre-indication à la mise en place d'un sphincter urinaire artificiel ou à un des autres traitements dont on a parlé. Ce n'est pas parce que la maladie carcinologique n'est pas totalement contrôlée que l'on doit laisser le patient avec une incontinence urinaire sévère.

- **La bandelette sous urétrale.** Les bandelettes ont d'abord été mises au point chez les femmes, à la fin des années 1990. Depuis environ sept ou huit ans, on voit le développement et l'évaluation de

ces techniques chez les hommes. Le principe est de mettre une sangle sous le canal de l'urètre, qui permet de réaliser, là aussi, une compression de l'urètre, sans compromettre la miction. Cette technique repose beaucoup sur ce que nous racontent les malades qui souffrent d'incontinence et qui disent que, quand ils sont assis, ils n'ont pas de fuite, uniquement quand ils sont debout. Cela veut dire que la simple pression de l'assise d'un fauteuil suffit à bloquer la fuite. Comme on ne peut pas se promener avec un tabouret sous les fesses, on le met à l'intérieur. La sangle reproduit donc la compression que fait, normalement, l'assise d'un fauteuil. Tout cela a été évalué. On fait une petite incision, en général, sous le canal de l'urètre, entre les testicules et l'anus, et progressivement, on se porte sur le canal de l'urètre pour y glisser cette bandelette (un tissu synthétique qui ressemble à du voile de mariée, à du tulle) et exercer ce phénomène de compression. C'est une intervention d'une vingtaine de minutes et qui, dorénavant, pourrait être faite en chirurgie de jour. Dans le service de l'hôpital TENON, on a maintenant un peu plus de 450 patients qui ont bénéficié de cette technique réservée à des incontinenances urinaires plutôt moyennes à modérées. Une incontinence urinaire totale relève d'un sphincter artificiel. Sur l'étude initiale, on ne parle pas de 100% de patients guéris, ce serait mentir. Mais 63% des malades nous disent ne plus avoir de fuite du tout, 15% des malades disent avoir été très améliorés et 22% des malades nous disent que cela n'a pas fonctionné. On a une expérience à six ans sur cette technique et le risque de dégradation est relativement faible dans le temps. On sait, assez vite, si ça marche ou non. La majorité des malades sont très améliorés ou améliorés. Il s'agit d'une technique qui apporte un vrai bénéfice avec peu de risques puisque nous n'avons quasiment pas déploré de complications très significatives.

Vous pouvez voir sur Internet, notamment sur le site du Journal de la Santé, des vidéos qui ont été réalisées sur le sujet (un lien Internet est également inséré sur le site www.anamacap.fr, rubrique « effets secondaires » - « problèmes de continence » - « [vidéos](#) »).

Le traitement médical

Certains d'entre vous ont accepté de participer à un protocole d'évaluation sur un médicament : la Duloxétine, dont le nom commercial est le « Cymbalta ». Médicament également commercialisé comme antidépresseur et dont on sait qu'il a des propriétés sur le sphincter urinaire. Un essai clinique a pu être mené pour comparer l'effet de ce médicament par rapport à un placebo, et voir, chez les patients souffrant d'incontinence urinaire après chirurgie de la prostate, si on leur apportait quelque chose. Sur le critère principal (le nombre de réductions d'épisodes de fuite), le groupe placebo varie peu, mais le groupe traité à une nette diminution des fuites d'urine. Attention, on est dans un protocole d'étude dans lequel on sélectionne la population. Les patients à qui on a proposé ce traitement avaient des incontinenances de faible intensité. Il est bien évident que l'on ne va pas guérir une incontinence sévère par l'utilisation de la Duloxotine, ce d'autant qu'il s'agit d'une prescription hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans le traitement de l'incontinence urinaire. Ce produit a une AMM pour la dépression et pour les douleurs neuropathiques des diabétiques. En termes de qualité de vie, cette étude est sortie comme significative en faveur du traitement, malgré ses effets secondaires. Ce sont, en effet, des médicaments qui ne sont pas anodins. 20% des patients environ ne supportent pas du tout le traitement qui va être interrompu. Le principal effet secondaire, à l'initiation du traitement, consiste en quelques troubles digestifs, nausées, vomissements et puis une sensation de fatigue.

Pour des traitements au long cours, il faut surveiller les effets secondaires éventuels et en particulier, faire une prise de sang pour vérifier, tous les trois à six mois, la fonction hépatique et que le médicament n'induit pas de problème. Ce traitement ne guérit pas, il bloque les fuites. Le jour où on l'arrête, les symptômes reviennent.

Traitement « sur mesure »


Il existe donc tout un panel de techniques à proposer. Comme pour les biopsies, le but est finalement d'arriver à du sur-mesure. Il n'y a pas une technique qui est forcément meilleure que toutes les autres.


Le critère le plus utile que nous prenons en compte aujourd'hui est de faire peser les protections sur une journée aux patients (en faisant des efforts habituels) :


- Pour de toutes petites fuites quotidiennes, **moins de 30 grammes / 24 heures** : cela ne nécessite probablement pas le recours à la chirurgie mais de la rééducation et une assistance par de la Duloxétine.
- Si les fuites sont plus importantes, **de 30 à 300 grammes / 24 heures** : les bandelettes ou les ballons. Par ailleurs une étude démarre en France pour essayer de comparer ces deux techniques – ballons et bandelettes – et voir laquelle des deux est la plus pertinente, mais elles sont probablement relativement proches.
- Lorsque les fuites sont majeures, **plus de 300 grammes / 24 heures**, c'est probablement le sphincter urinaire artificiel qui reste la technique de référence.


Je vous remercie.


Questions-réponses avec l'assemblée


 **Question d'un membre** : Il existe un moyen mécanique, absolument efficace, qui s'appelle la pince pénienne, dont vous n'avez pas parlé.


 **Réponse Pr François HAAB** : Oui, bien sûr cela fait partie des palliatifs. Les « clans à verge » ont différents modèles. Le plus utilisé en France est l'Uriclip qu'on arrive à trouver dans certaines pharmacies. Quand on regarde dans les études, l'Uriclip a, soit des fans totaux, des *aficionados*, ils sont peu nombreux. La plupart des patients qui l'utilisent, très rapidement, le rejettent. Mais cela fait partie des solutions qui sont tout à fait envisageables et quand cela fonctionne, c'est utile. Nous le prescrivons de temps en temps. On peut l'utiliser notamment quand on a un doute sur la vessie : lorsque les patients ont des incontinences totales qui évoluent depuis des années, on a envie de savoir ce que va donner le sphincter artificiel sur une vessie qui a perdu l'habitude qu'on lui oppose une certaine résistance. Parfois, le clan à verge peut être utile à cet effet, à titre de test thérapeutique. Il y a bien d'autres solutions palliatives dont je n'ai pas parlé. L'ingéniosité des patients n'a pas de limite. On voit parfois des montages plus ou moins rocambolesques, permettant de bloquer les fuites. Chacun essaie de trouver sa solution comme il le peut. En revanche, ce qui est parfois dommage, c'est que les patients attendent des années avant de consulter ou de se faire prendre en charge. Ils ont alors parfois supprimé tout un tas de leurs activités qui leur faisaient plaisir, alors qu'il existe des solutions.

 **Question d'un membre** : C'est pour cela qu'entre une chirurgie lourde et la protection, il existe ces pinces péniennes, j'insiste, qui sont un palliatif à effet immédiat et peu onéreux.

 **Réponse Pr François HAAB** : Non, ce ne sont pas des interventions lourdes. Je ne suis pas d'accord avec ce terme. Quasiment, toutes les interventions dont il a été question ici peuvent se faire en ambulatoire y compris le sphincter artificiel (quelques cas ont été déjà réalisés). Ces interventions durent entre vingt et trente minutes. Il ne s'agit pas de chirurgies lourdes. Il s'agit de chirurgies relativement minutieuses où toute la difficulté est dans l'indication, beaucoup plus que dans la réalisation.

 **Question d'un membre** : Je suis d'accord avec vous. Je pensais principalement aux personnes âgées qui, justement, ne veulent plus de chirurgie.

 **Réponse Pr François HAAB** : Les personnes âgées qui ont eu la chirurgie de la prostate, c'est encore autre chose. Le vieillissement induit d'autres problèmes, notamment sur la vessie. Je l'ai abordé très brièvement en début d'exposé. Le vieillissement vésical s'accompagne de modifications du fonctionnement de la vessie avec beaucoup d'hyperactivité de la vessie et, pour le coup, le clan à verge peut parfois être délétère en créant des problèmes d'hyperpression vésicale qui peuvent poser des difficultés.

 **Question d'un membre** : Ce qui me surprend, c'est que vous avez parlé de 20 à 25% d'incontinents. Or, sur tous les écrits que l'on voit dans le monde entier, on parle de 5%. Idem sur le site d'ANAMACAP.

↳ **Réponse Pr François HAAB** : C'est l'éternel débat. La question que vous soulevez là est à la fois importante et pas importante. On peut faire varier le curseur comme on veut en fonction de la définition qu'on utilise. Le tout c'est de dire exactement comment on a défini son chiffre. Peu importe qu'on dise 5%, 10%, 15%, 20%, 25%, mais que l'on donne alors la définition qu'on a utilisée pour aboutir à ce chiffre. Je suis parfois surpris de voir des publications de certains centres (français, européens ou autres) qui annoncent parfois 0% d'incontinence urinaire, chez eux, en disant : « avec ma technique, on a 0% d'incontinence urinaire », sans expliquer ce qu'ils entendent par 0%. Lorsque l'on fait une étude en population générale chez des patients qui n'ont pas été opérés de la prostate, le taux d'incontinence urinaire se situe entre 5 et 8% environ chez les hommes, voire au-delà, notamment en raison des gouttes retardataires. Donc, si on suivait ces centres jusqu'au bout de leur raisonnement, on se dirait que finalement, l'opération de la prostate protège de l'incontinence urinaire puisqu'ils ont des taux d'incontinence inférieurs à celui de la population générale !

↳ **Question d'un membre** : Comment fonctionne le Cymbalta ?

↳ **Réponse Pr François HAAB** : Le Cymbalta fonctionne par deux effets. C'est un médicament inhibiteur de la recapture de la sérotonine. C'est grâce à cette action qu'il est antidépresseur. Mais il se trouve que la cellule nerveuse qui pilote le sphincter située tout en bas de la moelle épinière, va être également sous l'influence de la sérotonine et d'un autre neuromédiateur sur lequel le Cymbalta joue. Si je schématise, le Cymbalta augmente l'intensité du courant électrique qui va sur le sphincter. Ce médicament a son AMM européenne pour l'incontinence urinaire chez la femme. Il n'avait jamais été évalué chez l'homme avant que nous fassions cette étude. Il n'a pas son AMM chez l'homme, dans cette indication, et il ne n'aura pas. L'étude « pilote » que l'on a faite montre que cela fonctionne mais pour avoir une AMM ou une modification d'AMM, il faudrait une étude de grande ampleur. Le laboratoire ne la fera jamais. Il n'aura donc jamais son autorisation. On restera donc dans le cadre d'une prescription hors AMM. C'est une prescription à faire avec prudence, ce n'est pas un médicament anodin, il demande donc une explication sur son utilisation, sur les effets secondaires, sur le fait qu'il ne faut pas l'arrêter brutalement, puisque c'est un médicament pour lequel il y a un effet de rebond à l'arrêt du traitement. On est dans un accord avec le patient. Ce traitement est pour des incontinenances de faible amplitude, pour les patients qui décrivent une incontinence de fin de journée : « je n'ai rien le matin, je n'ai rien en début d'après-midi, puis, quand commence à arriver la soirée, avec le piétinement, ça commence à lâcher un peu ». Et bien, le médicament a tendance à renforcer ce genre de choses. Mais il y a des ennemis de l'incontinence urinaire. Le premier des ennemis : le Champagne, c'est dramatique. Le Champagne, pour une raison que l'on ignore, de manière précise, exacerbe l'incontinence ! Si vous voulez vous mettre en grande difficulté, allez à un cocktail le soir à 19 h avec du Champagne, c'est sûr que cela va être difficile !

↳ **Question d'un membre** : La chaleur aussi, sûrement ?

↳ **Réponse Pr François HAAB** : Non mais dans les aliments : Champagne et vin blanc sec (on n'en connaît pas la raison précise) sont assez délétères, le vin rouge beaucoup moins.