

ANAMACaP

Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate

17, bis Avenue Poincaré. 57400 SARREBOURG

Sujet présenté par le Professeur François HAAB

∞ Prise en charge de l'incontinence urinaire après les différents traitements du cancer de la prostate

I) INTERVENTION DE SPECIALISTES

a) Prise en charge de l'incontinence urinaire après les différents traitements du cancer de la prostate

(sujet présenté par le Professeur F. HAAB)

Présentation :

L'incontinence urinaire touche 3 millions de femmes entre 18 et 70 ans. Actuellement, nous ne possédons aucune donnée chiffrée pour les hommes. Pour des raisons anatomiques, les femmes sont plus touchées par ce problème que les hommes.

La France est l'un des plus mauvais pays européens concernant la prise en charge de l'incontinence et est l'un des seuls pays européens où les protections (d'un coût relativement élevé) ne sont pas remboursées. Les professionnels de santé ont demandé à l'Etat de baisser la TVA actuel des protections de 19,6 % à 5,5 %. La demande a été rejetée.

Aujourd'hui, les contraintes budgétaires liées à ce problème sont importantes, ce pourquoi la prise en charge est difficile à mettre en place.

L'incontinence chez l'homme : définition de l'incontinence = toute fuite d'urine qui provoque une gêne (gouttes retardataires – envie pressante d'uriner etc...)

Dans notre société, le mot « incontinence » est assimilé à tort à de grosses fuites. Dans la réalité seuls 3 à 5 % des hommes connaissent ce type d'incontinence dont plus d'un tiers ayant plus de 80 ans.

Il existe deux grandes familles d'incontinents dont les traitements respectifs sont radicalement différents.

- **L'incontinence à l'effort** (qui concerne le sphincter : pression abdominale) : provoquée par la toux, l'éternuement, la marche, le changement de position
- **L'incontinence par impériosité** (contraction de la vessie :) : le plus souvent, elle se rencontre chez l'homme avec un adénome de la prostate : envies pressantes etc...
- **L'incontinence mixte** : associe l'incontinence à l'effort et l'incontinence par instabilité vésicale.

Incontinence à l'effort : le sphincter est un muscle et comme tout muscle sollicité en permanence il se fatigue en fin de journée. Toute la problématique aujourd'hui est de trouver comment faire en sorte qu'il ne se fatigue pas. Auparavant, le corps médical était démuné pour faire face aux petites fuites des patients. Désormais, il existe quelques nouveautés.

Incontinence par impériosité : L'adénome (inflammation de la prostate) est la cause la plus fréquente de l'incontinence par instabilité vésicale chez l'homme : gouttes retardataires (car peu ou pas de pression), urgences etc... Le traitement est assez simple via le massage urétral.

Les causes chirurgicales :

- Le traitement de l'adénome prostatique (= résection) : Il existe un risque très faible d'incontinence sévère après résection de la prostate : - 0,5 %.
- Chirurgie ou irradiation du cancer de la prostate : la marge de manœuvre est très faible pour retirer la prostate à cause de sa situation géographique et parce que l'intention première est de retirer la tumeur (le sphincter est très proche de l'apex).
Les chirurgiens sont incapables pour l'instant de déterminer avant l'opération qui sera incontinent ou pas. Les professionnels de santé n'en connaissent pas assez sur le sphincter encore maintenant. Difficultés de l'anastomose (couture entre la vessie et l'urètre).

Prévalence après prostatectomie (enquête réalisée sur 757 patients il y a quelques années aux Etats-Unis).

- 50 % fuites quotidiennes après prostatectomie
- 32 % fuites à distance (plus d'un an après l'opération)
- 6 % traitement chirurgie spécifique (incontinence sévère)

Incontinences sévères (367 patients) : évolution dans le temps

- 0 – 3 mois : 71 %
- 3 – 6 mois : 22 %
- 8 – 12 mois : 4 %
- > 12 mois : 3 %

Les moyens (traitements) :

⌘ **La rééducation périnéale (par les kinésithérapeutes)**

Objectifs :

- diminuer le temps de récupération
- acquérir le contrôle de la musculature périnéale
- renforcer la musculature périnéale (technique de biofeedback : électro-stimulation)

L'association de ces 2 objectifs permet de raccourcir le délai de l'incontinence après opération. Ce traitement a des résultats satisfaisants s'il est réalisé avant l'opération ou dans les 6 mois qui la suivent.

⌘ **Les médicaments**

Il existe des médicaments qui agissent sur la vessie (ex : VESICAIR : très cher et non remboursé)

Contre-indication : existence d'un glaucome (très rare)

Effets secondaires : constipation, bouche sèche. Contre l'effet de bouche sèche, il ne faut surtout pas boire, car cela stimule l'incontinence. La bouche est sèche car les glandes salivaires ne fonctionnent pas. Pour y remédier, il suffit de manger un bonbon sans sucres ou de mâcher un chewing-gum sans sucres.

Il existent également des médicaments pour traiter l'incontinence d'effort : duloxetine.

⌘ **Le sphincter artificiel** (chirurgie de SCOTT : 1974)

Un seul dispositif au monde existe. C'est un dispositif rodé qui a fait ses preuves de manière redoutable contre l'incontinence sévère. Sur une échelle de 0 à 5, le niveau de satisfaction des patients atteint 4,1.

La partie active du sphincter est une sorte de brassard qui gonfle avec de l'eau et qui entoure l'urètre. Le sphincter est entièrement implanté sous la peau et est invisible. Il est dégonflé manuellement pour uriner à l'aide d'un petit bouton implanté sous les testicules.

Sur 68 patients interrogés, 6 % des cas ont connu des complications telles que la perforation de l'urètre. De plus, le dispositif est un mécanisme, donc il peut tomber en pannes au bout de quelques années. Coût du dispositif : 4 800 €.

Les résultats sont de l'ordre de 80 % redevenus socialement continents.

⌘ **Les bandelettes**

Technique employée pour les fuites occasionnelles. Ce système existe pour les femmes actuellement.

Système de plaque, de ruban, fixé avec des vis dans les os et qui va opprimer l'urètre afin de supprimer l'incontinence.

Le Pr HAAB pense que ce système actuel de pose de bandelettes avec fixation sur les os constitue un risque disproportionné (risque plus important d'infection des os) par rapport à la gêne occasionnée. Un autre projet est actuellement en cours dans 4 centres d'évaluation (Autriche, Allemagne, France : Hôpital Tenon à Paris, et Etats-Unis) avec un autre système de fixation qui sera lancé à la fin 2006 (INVANCE).

⌘ **La prothèse** : dispositif PRO-ACT

L'idée est de refaire une prostate avec 2 ballons qui compriment l'urètre. La prothèse permet de comprimer l'urètre (mécanisme intelligent qui permet un meilleur compromis entre le respect de la miction et de compression de l'urètre). Cependant, la pose est difficile. Le risque de ce système est de voir l'incontinence s'aggraver (6 % des cas).

∞ Les traitements futurs

La thérapie musculaire cellulaire est un système de régénération des cellules. 10 % des cellules régénératrices d'un muscle permettent de régénérer un muscle. Dans le cas présent, il s'agit de prélever des cellules lors d'une biopsie sur l'épaule, puis de réinjecter les cellules régénératrices dans le sphincter (qui lui-même est un muscle). Ce traitement ne nécessite aucune hospitalisation et est effectué sous anesthésie locale.

Un essai français est actuellement en cours à l'hôpital TENON à Paris. C'est le premier essai au monde sur la thérapie cellulaire après prostatectomie radicale. Cet essai est financé grâce à l'argent du Téléthon. Il est effectué sur 12 patients. Les résultats sont prévus pour les mois d'octobre / novembre 2006 afin de mesurer les effets secondaires de cette nouvelle technique. En fin d'année, d'autres traitements seront comparés à cet essai afin d'en mesurer l'efficacité.

DIVERS

Le Professeur HAAB conseille l'ANAMACaP de lister les kinésithérapeutes qui pratiquent les techniques spécifiques à l'incontinence.

Le Président MUNTZ souhaite savoir comment valider cette liste.

Le Professeur HAAB suggère de travailler en étroite collaboration avec l'AAPI (Association d'Aide aux Personnes Incontinentes) et éventuellement prendre contact avec le SIFUD-PP (Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie).

Le professeur HAAB pense qu'il faudrait revaloriser ce type de traitements auprès des kinésithérapeutes car les séances demandent beaucoup de temps et ne sont pas bien rémunérées. Cela pousse les kinésithérapeutes à prendre plusieurs personnes nécessitant ce type de traitement en même temps d'où un travail de rééducation qui n'est pas réalisé de manière optimale.

Le champagne, le vin blanc et le café sont les boissons qui excitent le plus la vessie. En cas d'incontinence, il est prudent de les éviter.

L'hôpital TENON est l'hôpital de France qui pratique le plus de pose de sphincters artificiels. Environ 60 par an. De ce fait, l'hôpital TENON dispose d'une liste de personnes ayant pratiqué la pose du sphincter artificiel et qui ont donné leur accord pour témoigner. L'hôpital peut mettre à la disposition des membres de l'ANAMACaP 2 témoignages de patients.

Dernière remarque du Professeur HAAB : La prostatectomie n'est pas le seul traitement du cancer de la prostate qui a pour effet secondaire éventuel l'incontinence. La radiothérapie abîme également la vessie, il en est de même de la curiethérapie. Il faut faire attention aux traitements combinés : exemple : la résection de la prostate combinée à la radiothérapie font mauvais ménage. Plus on combine les traitements, plus le pourcentage d'incontinence augmente.

Le Président de l'ANAMACaP propose au Professeur HAAB, d'être notre expert en incontinence et de faire ainsi partie des membres du Conseil Scientifique de l'Association.