

INCONTINENCE A L'EFFORT APRES PROSTATECTOMIE

Définition :

Un des effets secondaires redoutés de la prostatectomie radicale pour le cancer de la prostate est l'incontinence et l'impuissance. Cela ne doit pas être considéré comme une faute professionnelle en ce qui concerne l'incontinence, mais est lié au fait que la continence chez l'homme - contrairement à la femme - repose principalement sur l'urètre proximal, qui est victime de parties considérables d'une salle d'opération. Cela ramène l'homme sur son plancher pelvien, ce qui prend du temps pour faire son nouveau travail. La situation est différente avec l'impuissance, qui entraîne également des lésions vasculaires dans le cas d'une prostatectomie avec épargnes nerveuses et devrait plutôt être considérée comme un événement multifactoriel.

Epidémiologie et incidence :

Selon le RKI (Robert Koch Institute) et le rapport Gekid[1] , le cancer de la prostate avant le côlon et le calcium bronchique est le cancer masculin le plus fréquent et est responsable de plus de 26,1% de tous les nouveaux cas de cancer en Allemagne .], un peu moins de 60 000 en 2013 [3] (environ 239 000 [4]). Selon les données de l'Office fédéral de la statistique, exactement 25 561 prostatectomies radicales ont été réalisées en 2012 [5] .

Incidence de l'incontinence à l'effort (SUI)

L'incidence de l'incontinence post-prostatectomie varie significativement entre 1 et 90% [6] , [7] , [8] , en fonction de la définition de l'incontinence, de la technique chirurgicale, de la source de l'étude et des intérêts mesurée en postopératoire. Parce que le degré d'incontinence d'effort est le plus élevé immédiatement après la chirurgie. Par exemple, après l'ablation postopératoire de la sonde urinaire, environ 90% des patients sont atteints d'incontinence, 70% à 81% en postopératoire et 35% à 44% trois mois après l'intervention [9] , [10] .

Après seulement un an, seulement <5% des patients souffriraient de symptômes d'incontinence [11] . Seule cette image change si les patients ne sont pas interrogés personnellement par questionnaire mais personnellement: Ici, le taux d'incontinence est encore 1 an plus tard, toujours entre 6 et 18,8% [12] , [13] , [14] . Les patients du groupe d'âge compris entre 75 et 79 ans ont des résultats de continence nettement moins bons que les plus jeunes.

Les différences entre l'évaluation subjective des patients et une évaluation objective des résultats découlent également de l'affirmation de pouvoir se déplacer sans restrictions dans son environnement social. Dans quelle mesure cela peut être déterminé avec une prophylaxie à physiothérapie simple et peu coûteuse de 20 minutes [15] , mais on peut en douter.

Physiologie :

Pour mieux comprendre les effets d'une prostatectomie radicale, il est nécessaire de mieux comprendre les conditions anatomiques. La prostate normale en bonne santé entoure l'urètre postérieur, dont la longueur de fermeture fonctionnelle est d'environ 2,5 à 3 cm [16], mais dans un élargissement de la prostate jusqu'à 7 cm. La "pression" de la prostate crée une constriction dans l'urètre et crée ainsi un système de fermeture supplémentaire, différent de celui de la femme. Le muscle sphincter interne (muscle lisse) est situé dans la région du col de la vessie et est involontairement contrôlé par le système nerveux autonome. Ces muscles musculaires lisses incluent le col de la vessie, la prostate et irradient également dans la vessie, une partie de l'urètre ("muscles de l'urètre"). Cela signifie que l'urètre lui-même agit également comme un système de fermeture additif. Le sphincter urétral externe (rhabdosphincter), quant à lui, se situe juste sous la prostate et fait partie des muscles du plancher pelvien. Il se compose de parties musculaires striées et est donc délibérément contrôlé [17].

Causes de l'incontinence à l'effort après une prostatectomie radicale

Dans le cadre de la prostatectomie rétropubienne radicale, le sphincter interne est généralement éliminé en plus de la prostate. Logiquement, cela affecte également les muscles musculaires lisses rayonnant dans la partie supérieure de l'urètre. Juste en éliminant la prostate, la constriction naturelle de l'urètre liée à la prostate est également atténuée, ce qui affecte une partie du système d'incontinence masculine. Il est également rarement mentionné dans les brochures des patients que la résection de la prostate nécessite également le retrait de la pièce urétrale correspondante. En conséquence, la section fonctionnelle de l'urètre diminue de 1,5 à 2,5 centimètres en raison de la chirurgie [18]. Bien entendu, la transmission de pression nécessaire à l'urètre (voir ci-dessous) est également nécessaire après qu'une longueur d'urètre de 2 cm soit normalement requise pour le maintien de la continence. En définitive, la continence postopératoire dépend principalement du sphincter externe, c'est-à-dire que la préservation peropératoire de ce sphincter est prioritaire [19].

Malgré cette constatation, les dommages à la fonction sphinctérienne à la suite d'une prostatectomie radicale restent très répandus [20], ce qui peut se produire à la fois par traumatisme chirurgical et par lésion nerveuse. Une autre cause est la faiblesse des réflexes de contraction des muscles urétraux et des autres muscles pelviens. La faiblesse du sphincter peut également jouer un rôle important dans l'hypermobilité postopératoire de l'urètre membraneux.

Suivre

Si le sphincter est endommagé (c.-à-d. Que le sphincter ne peut plus le contrôler correctement) et que la pression de la vessie dépasse la pression de fermeture de l'urètre due à l'augmentation de pression passive, une décharge involontaire d'urine se produit. Ceci est basé sur le modèle dit de transmission de la continence, selon lequel la pression d'une augmentation de la pression intra-abdominale est transmise de manière passive à l'urètre et une contraction réflexe active des muscles du plancher pelvien intensifie cette transmission passive [21].

Effet QRS Pelvicenter rPMS

L'efficacité et la valeur de la rPMS ont déjà été remarquablement démontrées dans le traitement de l'incontinence féminine à l'effort. La cause de l'incontinence à l'effort après une prostatectomie radicale n'est cependant pas une faiblesse générale du plancher pelvien, mais un effondrement du système naturel d'incontinence de l'homme. Les facteurs importants influençant l'incontinence comprennent le raccourcissement de l'urètre, la perte du sphincter interne et un affaiblissement de la pression de transmission sur l'urètre. Ainsi, un entraînement se concentrerait sur le sphincter externe, ce qui, bien sûr, n'est pas efficace après que les déficits de continence ont finalement été largement absorbés par une contraction du plancher pelvien bien entraînée. Le sphincter réagit également aux contractions du plancher pelvien après sa connexion avec le fascia.

Cependant, la continuité est toujours un processus cérébral qui commence dans le cortex sensoriel et moteur et transporte des signaux à travers et à partir d'une variété de fibres nerveuses afférentes et efférentes. Après une prostatectomie, les connexions synaptiques du programme de continence au centre de la représentation du SNC se dissolvent très rapidement, c'est-à-dire que l'organisme doit trouver des mécanismes de contrôle complètement nouveaux, ce qui n'est finalement possible que par l'inclusion du plancher pelvien. Il convient également de garder à l'esprit que le rPMS forme le sphincter externe ainsi que tous les autres muscles non lésés du plancher pelvien. Comme les potentiels d'action sont toujours basés sur le principe du "tout ou rien", l'entraînement au spinker fait partie du potentiel normal du rPMS. Cela est particulièrement vrai pour le système Pelvicenter, avec son motoneige contrôlable, le solénoïde peut également «alterner» le périnée.

Portée du traitement et période de traitement

En raison d'un effet d'entraînement significativement plus important que les exercices actifs du plancher pelvien, 16 à 20 traitements (2 à 3 fois par semaine) suffisent pour obtenir un résultat de continence correspondant à plusieurs mois d'entraînement du plancher pelvien. Cependant, pour l'observance du patient et l'optimisation de l'entraînement, il est recommandé de combiner le traitement par rPMS avec des exercices légers du plancher pelvien à domicile. Selon une étude à trois bras (voir étude) comparant l'entraînement du plancher pelvien, la stimulation électro- et magnétique [\[22\]](#), les rPMS ont montré un net avantage après 4 semaines par rapport aux exercices actifs.

Attente de succès

En raison de l'évolution spontanée connue de l'incontinence après prostatectomie (confirmée par ladite Cochrane Review, après laquelle les symptômes d'incontinence s'améliorent même sans entraînement du plancher pelvien), le succès d'un rPMS n'est pas mesuré par l'amélioration significative des symptômes 1, 3, 6 ou 12 mois, mais l'effort thérapeutique et la durée du traitement, avec lesquels une amélioration de l'incontinence peut être obtenue.

Selon les résultats de la situation d'étude encore restreinte, il est évident que la récupération de la continence au moyen du rPMS peut être réalisée beaucoup plus rapidement qu'avec

l'entraînement du plancher pelvien conventionnel. Bien que l'électrostimulation montre également de bons résultats, bien que n'étant pas tout à fait liés au rPMS, seuls quelques patients sont éligibles à cette forme de traitement en raison de sa procédure douloureuse et désagréable. Un autre avantage de la rPMS est le traitement d'une incontinence résistante au traitement, c'est-à-dire que malgré un entraînement actif du plancher pelvien, même après un an, aucun succès significatif n'a été obtenu. Ainsi, même après des années grâce au rPMS, des améliorations claires des symptômes peuvent être obtenues.

Lieu d'étude

Étude 1: Comparaison entre le rPMS et l'électrostimulation (FES) et l'entraînement normal du plancher pelvien actif (PFT) [\[23\]](#)

Dans l'une des rares études, une comparaison entre le rPMS et l'électrostimulation (FES) ainsi qu'un entraînement normal du plancher pelvien actif chez les hommes prostatectomisés ont eu lieu. L'application FES a été réalisée au moyen d'électrodes anales.

Résultat:

24 heures après le retrait du cathéter, le poids de tampon urinaire sur 24 heures était de 684 g pour le FES, de 698 g pour l'ExMI et de 664 g pour le PFT. À un mois, le poids était de 72 g (FES), 83 g (rPMS) et 175 (PFT), après 2 mois 54 g (FES), 18 g (rPMS) et 92 g (PFT). Dans l'ensemble, les auteurs considèrent l'électrostimulation et le rPMS comme un moyen utile de rétablir rapidement l'incontinence urinaire après une prostatectomie.

Étude 2: Étude multicentrique croisée contrôlée par placebo [\[24\]](#) , [\[25\]](#)

Une affiche a présenté le résultat intermédiaire d'une étude multicentrique croisée randomisée et contrôlée contre placebo. Les patients ont été enrôlés chez qui la reprise de la continence n'a pas progressé même après 3 mois postopératoires. À cette fin, ils ont été divisés en un groupe de rPMS et un groupe placebo. À cette fin, un blocage de champ magnétique a été installé dans le dispositif simulé. Traitement deux fois par semaine (20 minutes) à 5 et 50 Hz chacune sur 6 semaines, suivi d'un passage croisé.

Résultat:

Le poids des plaquettes est passé d'une moyenne de 3,36 g à 0,88 après la semaine 8. À la sixième semaine, l'incontinence (protocole d'exercice standard) s'est améliorée par rapport au placebo. En outre, la perte d'urine après une provocation sévère (par exemple, toux répétée) était plus faible que dans le groupe témoin, c'est-à-dire que tous les patients recevant un placebo ont perdu leur urine chez seulement 45% des patients actifs.

Étude 3: Entraînement actif du plancher pelvien (EFP) contre "attendre et voir" [\[26\]](#)

Une étude italienne a comparé l'entraînement du plancher pelvien actif (PFT) avec l'attente après une prostatectomie radicale. En outre, PFT versus rPMS. La PFT a réalisé 87 patients et le groupe rPMS a eu 23 patients. 22 ont refusé de prendre des mesures et les ont comptées dans le groupe de contrôle.

Résultat:

Après trois mois, les «scores de symptômes de la prostate internationaux» ont été réduits dans les deux groupes actifs (PFT et rPMS) par rapport au groupe témoin. Après 6 mois, cependant, il n'y avait pas de différences. Dans une comparaison directe entre la PFT et le rPMS, 32,73% ont perdu moins de 10 g d'urine par jour - 63,88% dans le groupe de rPMS. La conclusion serait qu'un PFT a du sens jusqu'au troisième mois après la prostatectomie. Et: rPMS améliore le problème de fuite d'urine plus rapidement que l'entraînement actif du plancher pelvien.

Étude 4:rMSP après **une formation au plancher pelvien active infructueuse** [\[27\]](#)

Dans cette étude, les patients ont été traités avec une rMSP dans laquelle l'entraînement actif du plancher pelvien n'a pas réussi. La prostatectomie radicale a été réalisée chez 9 patients il y a 1 an. Chez 4 patients, l'incontinence a duré inchangée pendant 4,0 à 7,5 ans. La plupart des patients étaient sous différents stades d'incontinence ou avaient une forme mixte. 1 patiente avait une incontinence urinaire uniquement, une autre avait une incontinence urinaire à l'effort. Protocole d'étude: 2 fois par semaine pendant 2 mois / 10 Hz pendant 10 minutes, suivi d'une pause de 1 minute. Puis 50 Hz pendant encore 10 minutes.

Résultat:

Le nombre d'épisodes d'incontinence est passé de 9,15 à 5,85. Le nombre de pertes individuelles d'urine par jour a également diminué de 10,45 à 9,17. La capacité fonctionnelle de la vessie est passée de 243,46 à 289,23 ml. Les scores de UDI-6 et IPSS sont passés de 7,15 à 5,31 et de 4,00 à 2,77. Les patients de moins de 70 ans ont tiré un plus grand bénéfice du traitement.

Étude 5: Formation sur rPMS versus Bebo [\[28\]](#)

Dans ce cas, 32 patients ont reçu soit du rPMS (20 minutes deux fois par semaine pendant 8 semaines), soit un exercice du plancher pelvien (PFT) après l'opération (1 semaine après le retrait du cathéter). Suivi régulier après 1 semaine et après 1, 2, 3 et 6 mois.

Résultat:

Après enlèvement du cathéter, le poids du tampon dans le groupe rPMS était de 655 g et dans le groupe PFT de 646 g. Après 1 mois, il est tombé à 147 g (rPMS) et 187 g (PFT) et après 2 mois à 33 g contre 81 g, après 3 mois à 9 g et 45 g et après 6 mois, le poids était inférieur dans les deux groupes 10 g. Le nombre de coussinets utilisés après le tirage du cathéter était de 4,2 versus 4,1. Après un mois, il est tombé à 1,5 contre 1,8 après 2 mois 0,6 contre 0,9 après 3 mois 0,1 contre 0,6. Après 6 mois, le nombre de tampons était respectivement de 0,0 et 0,1. Les scores du questionnaire (I-QoL) se sont améliorés dans les deux groupes. Ainsi, le traitement par rPMS entraîne une récupération plus rapide de la continence.

Résumé

L'incontinence après une prostatectomie radicale affecte jusqu'à 90% de tous les patients dans les premiers jours et les premières semaines. Pour la plupart des hommes, cela semble être seulement une séquence d'opérations sociale temporaire, mais perturbatrice. Cependant, les taux d'incontinence rapportés dans la littérature de <5% et 2%, respectivement, ne correspondent pas complètement à un an postopératoire, puisque jusqu'à 18% des patients se plaignent de symptômes persistants d'incontinence lors d'entretiens personnels.

Bien que le système de continence typique du mâle soit en grande partie éliminé par une résection au niveau de l'urètre proximal et du sphincter externe et un traumatisme au sphincter externe, le plancher pelvien, avec un entraînement approprié, peut assumer largement cette nouvelle fonction et réhabiliter le sphincter.

Pour l'entraînement du plancher pelvien, il y a l'utilisation d'un traitement par rPMS, car il contribue beaucoup plus rapidement et avec moins d'efforts pour restaurer la continence, en raison de leur efficacité inhérente systémique, comme forme d'entraînement habituelle. Même dans les cas réfractaires (entraînement normal du plancher pelvien), la SPPM peut entraîner des améliorations significatives des symptômes d'incontinence, même des années plus tard.

Bibliographie :

- [1] Société des registres épidémiologiques du cancer en Allemagne (Gekid)
 - [2] Facilement H et al. opérations de la prostate.
 - [3] Institut Robert Koch (éd.): Cancer en Allemagne 2009/2010. Fréquences et tendances, Berlin 2013
 - [4] Seal R, Naishadham D, Jemal A. Statistiques du cancer, 2013. CA Cancer J Clin. 2013; 63: 11-30
 - [5] Prostatectomie radicale (EPR) dans le cancer de la prostate. Rapport final. Institut scientifique WID de l'AOK. Berlin 2014
 - [6] Bauer RM et al. Incontinence post-prostatectomie: tout sur le diagnostic et la prise en charge. Urologie Européenne. 2009; 55 (2): 322-333
- Wei JT, Dunn RL, Sandler HM et al.: Comparaison complète de la qualité de vie liée à la santé après les traitements contemporains du cancer de la prostate localisé. J Clin Oncol 2002; 20 (2): 557-66

- [8] Agricoltore RM, Bastian PJ, Gozzi C, Stepped CG. Incontinence post-prostatectomie: tout sur le diagnostic et la prise en charge. *EurUrol* 2009; 55: 322-233
- [9] Wille S, Sobottka A, Heidenreich A, Hofmann R. Exercices du plancher pelvien, stimulation électrique et biofeedback après prostatectomie radicale: résultats d'un essai randomisé prospectif. *The Journal of Urology*, 2003; 170 (2 Pt 1): 490-493
- [10] van Kampen M. de Weerd W. Van Poppel D. de Ridder D. Feys H. Baert L. 2000. Effet de la rééducation du plancher pelvien sur la durée de l'incontinence après une prostatectomie radicale: un essai contrôlé randomisé. *The Lancet*, 355 (9198): 98-102
- [11] Peyromaure M, Ravery V, Boccon-Gibod L. La gestion de l'incontinence urinaire à l'effort après une prostatectomie radicale. *BJU Int* 2002; 90: 155-161
- [12] Catalona WJ, Basler JW. Après la prostatectomie rétropubienne radicale. *J Urol* 1993; 150: 905-7
- [13] Hautmann RE, Sauter TW, Wenderoth UK. Prostatectomie rétropubienne radicale. morbidité et continence urinaire dans 418 cas consécutifs. *Urologie* 1994; 43 (Suppl. 2): 47-51
- [14] McHorney CA, Kosinski M, Ware JE Jr. Comparaison des coûts et de la qualité des normes pour l'enquête de santé SF-36 collectée par courrier versus entretien téléphonique: résultats d'une enquête nationale. *Med Care* 1994; 32: 551-67
- [15] Machold S, J Weber, Kleinhans G et al. Mesure objective de la force de l'incontinence urinaire. *Pt.ZeitschriftPhysiotherapy* 2008; 60 (11): 1198-1207
- [36] Réunion conjointe de l'Association bavaroise des urologues et de la Société autrichienne d'urologie / d'androgologie, 10-12. Juin 2010, Munich. Signaler Reno Barth
- [17] Atiemo HO et al. Évaluation et prise en charge de l'incontinence urinaire après prostatectomie: au-delà des plaquettes et des couches. *"Cleveland Clinic J Med* 2007; 74 (1): 57-63
- [18] Buse S et al. Traitement conservateur de l'incontinence masculine à l'effort. *L'urologue* 2007; 46 (3): 240-243
- [19] Incontinence à M. Zellner après prostatectomie radicale et cystectomie. *Urologue* 2011; 4: 433-444
- [20] Raz S. Physiopathologie de l'incontinence masculine. *Urol Clin North En* 1978; 5: 295-304
- [21] Myers R. Anatomie sphinctérienne urétrale masculine et prostatectomie radicale. *Urol Clin North Am.* 1991; 18 (2): 211-227
- [22] Yokoyama T, J Nishiguchi, Watanabe T et al.: Etude comparative de l'innervation magnétique extracorporelle versus stimulation électrique de l'incontinence urinaire après prostatectomie radicale. *Urologie* 2004; 63 (2): 264-267
- [23] Yokoyama T et al. Etude comparative de l'innervation magnétique extracorporelle contre la stimulation électrique de l'incontinence urinaire après prostatectomie radicale. *Urologie* 2004; 63 (2): 264-267
- [24] Nehra A et al. Analyse intermédiaire d'une étude multicentrique de l'innervation magnétique extracorporelle (ExMI) pour le traitement de l'incontinence urinaire à la suite d'une prostatectomie radicale. Affiche présentée au symposium international sur la vessie, Washington, DC, du 8 au 11 mars 2001
- [25] Nehra A et al. Analyse intermédiaire d'une étude multicentrique de l'innervation magnétique extracorporelle (ExMI) pour le traitement de l'incontinence urinaire à la suite d'une prostatectomie radicale (plan croisé randomisé n ° 22 sur 60) Présenté par EAU Genève, Suisse Avril 2001
- [26] Terzoni S et al. Réduction des fuites urinaires après prostatectomie rétropubienne radicale: exercices du plancher pelvien, innervation magnétique ou absence de traitement. Une étude quasi expérimentale. *Rehabil Nursing* 2013; 38 (3): 153-60

[\[27\]](#) Chang PC, Wu CT, Huang ST et al. L'innervation magnétique extracorporelle augmente la capacité fonctionnelle de la vessie et la qualité de vie chez les patients présentant une incontinence urinaire après une prostatectomie radicale assistée par un robot. *UrolSci*. 2015; 26: 250-253

[\[28\]](#) Koo D, So SM, Lim JS. Effet de la thérapie extra-corporelle par innervation magnétique (ExMI) du traitement du plancher pelvien sur l'incontinence urinaire après une prostatectomie radicale. *Coréen J Urol* 2009; 50 (1): 23-27