

INCONTINENCE URINAIRE MASCULINE

Bien que moins prédisposé, pour des raisons anatomiques, à l'incontinence que la femme, l'homme est parfois victime de fuites dans des proportions plus faibles que la femme.

Il existe plusieurs formes d'incontinence chez l'homme :

- l'incontinence par hyperactivité de la vessie, contraction désordonnée de la vessie aboutissant à des fuites ou par envie irrésistible. Cette situation peut être liée à une hyperplasie de la prostate ou à une vessie neurologique.
- l'incontinence par incompétence du sphincter, le plus souvent liée à une intervention chirurgicale pour cancer de la prostate.
- l'incontinence par regorgement liée à une rétention chronique d'urines par un obstacle (hyperplasie bénigne de la prostate) ou par une mauvaise commande neurologique de la vidange.

Il ne faut pas considérer comme fuite urinaire les gouttes retardataires présentes à la fin de la miction liée à l'évacuation plus tardive de l'urètre qui surviennent quand « le patient se rhabille ».

Certaines maladies telles que le diabète, les maladies neurologiques telles que les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson peuvent occasionner une incontinence urinaire, le traitement de ces maladies améliore l'incontinence et évite la dégradation vésicale.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Moins fréquente que l'incontinence urinaire féminine, l'incontinence survient chez 3 à 5 % des quadragénaires et augmente ensuite avec l'âge pour concerner 10 % des hommes de 60 ans et 30 % après 90 ans.

SIGNES

Les fuites urinaires sont caractérisées par la perte involontaire d'urine. Elles surviennent, soit à l'effort, soit par envie très urgente et peuvent parfois s'aggraver dans la journée.

Le port de protections est parfois nécessaire et le nombre de protections est un reflet de l'importance des fuites.

DIAGNOSTIC

L'interrogatoire cherchera à identifier les antécédents, les pathologies associées, les interventions sur le bassin, les traitements pris, les circonstances de survenue de ces fuites et l'importance des fuites. Des questionnaires de qualité de vie sont parfois utilisés.

La palpation des fosses lombaires, le toucher rectal, la palpation abdominale à la recherche d'un globe seront réalisés par votre médecin. Un dosage biologique du PSA et une mesure de la fonction rénale viendront compléter le bilan.

Des examens complémentaires sont parfois nécessaires pour rechercher des facteurs irritatifs (tumeur de la vessie, corps étranger, calculs intravésicaux) par cystoscopie et cytologie urinaire, pour rechercher un obstacle (endoscopie du canal urétrorprostatique ou radiographie), pour identifier le

tonus du sphincter (profilométrie uréthrale lors d'un bilan urodynamique) ou pour mettre en évidence une hyperactivité vésicale (cystomanométrie lors d'un bilan urodynamique).

TRAITEMENT

Le traitement dépend essentiellement de la cause.

Incontinence par insuffisance sphinctérienne

La rééducation représente la première approche. Elle vise par des contractions répétées du périnée à renforcer les muscles du plancher pelvien.

Tout comme chez les femmes, les bandelettes sous uréthrales occupent une place intéressante dans l'arsenal thérapeutique tout en contraignant à une incision du périnée afin de fixer la bandelette.

Récemment, des ballons sous la vessie autour de l'urètre pour le comprimer ont été proposés (ballons ACT), adaptables en consultation puisque l'on peut gonfler ou dégonfler le ballon en cas de besoin. Cette technique est encore récente et reste en phase d'évaluation.

Enfin, le sphincter artificiel est indiqué en cas d'incontinence grave ou rebelle aux différents traitements si le sphincter est très affaibli. Cette prothèse est un manchon en silicone implanté autour de l'urètre. Elle est actionnée par une petite pompe placée sous la peau des bourses. La continence est restaurée dans plus de 95 % des cas mais des révisions peuvent être nécessaires.

Incontinence liée à une hyperplasie bénigne de la prostate obstructive et/ou irritative

Un traitement médical peut être proposé : la phytothérapie (Pygeum Africanum - Serenoa Repens), les alpha-bloquants (Tamsulosine, Alfuzosine, Doxazosine) qui agissent sur le tonus de la prostate et les inhibiteurs de la 5-alpha réductase (Finastéride ou Dutastéride) diminuant le volume de la glande. En cas d'échec, un traitement chirurgical devra être réalisé.

Incontinence par rétention chronique

Le traitement repose sur la levée de l'obstacle s'il est identifié : résection ou adénomectomie prostatique ou section de sténoses uréthrales. En cas de vessie neurologique, des auto sondages ou un sondage chronique sont parfois envisagés.

Incontinence liée à une hyperactivité vésicale

Un traitement symptomatique peut être envisagé par les anticholinergiques et la cause, si elle est identifiée, doit être traitée.

De nouvelles solutions comprennent la neuromodulation, pose de stimulateurs implantés sur les racines nerveuses (pace maker vésical) qui donnent de bons résultats chez les patients bons répondeurs au test qui a été réalisé en première étape. Le taux de succès est 2/3 des cas et il se maintient pour la majorité au cours des années ultérieures. Le principe consiste à stimuler en continu le nerf sacré qui commande la vessie pour restaurer le contrôle mictionnel, grâce à une électrode introduite par ponction au bas du dos et reliée à une pile.

Les injections de toxine botulique A (Botox), connue pour ses vertus relaxantes, peut traiter efficacement l'hyperactivité de la vessie à raison d'une injection tous les 6 à 12 mois. Il convient de renouveler les injections lorsque l'effet s'épuise. Ce traitement est encore en phase d'étude clinique, il peut entraîner un blocage des mictions et la nécessiter de faire des sondages.

***Mots clés :** incontinence par regorgement, adénome, anticholinergiques, bandelette sous uréthrale, toxine botulique, neuromodulation, ballon ACT, sphincter artificiel*

***Date de publication :** 08/03/2011*