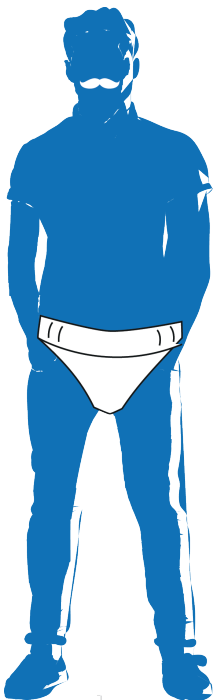


DOSSIER DE PRESSE

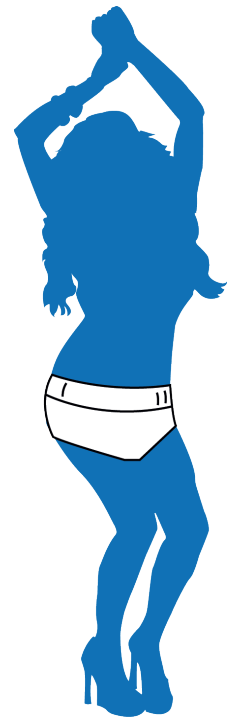
La couche n'est pas une solution !

Spécial Semaine de la continence 20 – 26 mars 2017

DOSSIER DE PRESSE
MARS 2017



Twitter : [@AFUrologie](https://twitter.com/AFUrologie)
[Facebook.com.Urofrance](https://www.facebook.com/Urofrance)



SOMMAIRE

Et si vous découchiez maintenant ?	p.3
Incontinence : les couches, ça suffit !	
A) <u>Les trois incontinenances</u>	p.4
B) <u>Incontinence d'effort, il y a toujours des solutions !</u>	p.5
C) <u>Impériosité, parité respectée</u>	p.7

Et si vous découchiez maintenant ?

Des millions d'hommes et surtout de femmes sont victimes d'incontinence urinaire. Année après année, la Semaine de la continence vise à aider celles et ceux qui sont victimes de fuites urinaires à briser le tabou et oser en parler à leur médecin. Trop souvent encore, les patients souffrent en silence et considèrent leur trouble comme une fatalité. Or, il existe une large gamme de solutions pour venir à bout de toutes les formes d'incontinence. Même les plus rebelles.

À l'occasion de la quatorzième semaine de la Continence qui se tiendra du 20 au 26 mars prochain, l'AFU (Association Française d'Urologie) se mobilise pour faire connaître très largement ces solutions. Autour d'un thème volontairement *accrocheur* ("les couches, ça suffit"), l'AFU rappelle qu'il est aujourd'hui inconcevable de voir sa vie gâchée par des fuites. Les protections périodiques ne doivent être qu'un "dernier recours", ou une solution temporaire. Toute incontinence nécessite de faire l'objet d'un bilan approfondi qui en déterminera l'étiologie et permettra de proposer la solution thérapeutique la plus adaptée. Avec les progrès de la médecine, nous devrions tous être continents.

Incontinence. Les couches, ça suffit !

Il ne viendrait à l'idée à personne de se contenter de colmater une fuite et d'éponger régulièrement quand il est possible de réparer la tuyauterie. Et pourtant, c'est cette attitude qui perdure chez beaucoup de patients souffrant d'incontinence urinaire : au lieu de soigner le trouble, ils "vivent avec" et se contentent de parer aux risques de fuites en utilisant des protections périodiques. Une attitude à bannir car, quels que soient le type d'incontinence, son ancienneté et son intensité, il existe toujours des solutions pour la résorber.



A) Les trois incontinences

Dans une maison, les fuites sont essentiellement dues à deux causes, un problème de tuyauterie ou de robinet ou encore un problème de pression. En matière d'incontinence urinaire la situation est assez proche.

- Il peut s'agir d'une **incontinence d'effort** caractérisée par des fuites dans des situations particulières. *"Chez certaines personnes, seul un effort violent, comme une toux ou un éternuement sont susceptibles de provoquer un écoulement involontaire d'urine. Chez d'autres, le simple fait de se tourner dans le lit, peut être responsable de fuites"* explique le Dr Loïc Le Normand, urologue au CHU de Nantes et responsable au sein de l'AFU du CUROPF (Comité d'Urologie et de Périnéologie de la Femme).

Ces accidents sont dus soit à une **insuffisance du muscle sphinctérien** (le robinet), soit à un **déficit des moyens de retenue de l'urètre** (la tuyauterie). Ce canal qui va de la vessie au méat urinaire étant alors hypermobile et hyperlaxe, il tire sur la vessie au risque de provoquer une ouverture du col vésical.

En raison des différences anatomiques (fragilité du plancher pelvien, manque de tissu de soutien de l'urètre), l'incontinence d'effort est **beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme**.

- La seconde catégorie regroupe les **incontinences par impériosité ou urgences mictionnelles**. Elles sont dues à une hyperactivité de la vessie qui se contracte à des moments où elle ne le devrait pas, créant un phénomène de **surpression** responsable de fuites. Celles-ci se manifestent par des envies pressantes, urgentes, qui impactent lourdement la qualité de vie.

Les vessies hyperactives peuvent être des vessies **"neurologiques"**, c'est-à-dire que l'absence de contrôle vésical est dû à une pathologie neurologique : paraplégie, traumatisme médullaire, SEP, Parkinson, certains diabètes... Néanmoins dans l'immense majorité des cas, les impériosités sont dites **"idiopathiques"**, un mot savant pour exprimer qu'on ne connaît pas la cause du trouble !

- Enfin les incontinences sont souvent **mixtes**, c'est-à-dire qu'elles associent les deux processus (fuites à l'effort et impériosité).

En chiffres

Des fuites difficilement mesurables

La fréquence de l'incontinence féminine varie selon les études entre 10 et ... 57 %. En France on estime qu'environ 3 millions de femmes seraient concernées à des stades divers, la prévalence augmentant avec l'âge. Une étude norvégienne* dont les résultats peuvent raisonnablement être extrapolés à la France estime ainsi que l'incontinence urinaire toucherait :

12 % des femmes de 20 à 29 ans,
25 % de celles âgées de 60 à 69 ans,
32 % des femmes de plus de 80 ans.

Tous âges confondus, les incontinences d'effort féminines représenteraient plus de la moitié des cas, 10 à 20 % sont des incontinences par impériosité, le reste des incontinences mixtes.

* Etude EPINCONTES

┌ " Le plus important, c'est le bilan initial ! Il faut bien examiner le patient, l'interroger... Le calendrier mictionnel est fondamental et l'examen clinique capital. Il faut prendre son temps pour bien analyser les choses avant tout traitement. Souvent l'échec est dû au fait qu'on a proposé une technique inadaptée. Par exemple, pour certaines incontinences mixtes, la pose d'une bandelette peut, paradoxalement, aggraver l'hyperexcitabilité de la vessie ! Traiter l'incontinence n'est pas si simple que cela. Mais il faut garder en mémoire que même pour les cas les plus difficiles, il y a toujours une solution." Dr Le Normand. └

B) Incontinence d'effort, il y a toujours des solutions !

- La **rééducation périnéale**, pour renforcer les muscles du plancher pelvien, est toujours le traitement de première intention. Lorsqu'elle est bien conduite, elle permet de **venir à bout de plus de la moitié des troubles**. À ce détail près qu'il faut continuer les exercices après qu'on a retrouvé la continence pour maintenir l'efficacité de la rééducation.

L'outil le plus moderne, c'est la main !

Stimulations électriques, biofeedback, dispositif intravaginal... De nouvelles approches se sont développées pour aider les femmes à muscler leur périnée. A ce jour, seule la rééducation manuelle, pendant laquelle le kiné ou la sage-femme guide la rééducation en faisant prendre conscience au patient des contractions de son périnée, a montré son efficacité. Les autres méthodes sont certes intéressantes, mais elles ne peuvent être que des compléments.

En cas d'échec de la rééducation, d'autres approches sont tentées.

- Dans certains pays, un traitement médical est parfois prescrit. Le cymbalta (Duloxétine), un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de recapture de la sérotonine a montré chez l'animal une efficacité sur le renforcement musculaire des sphincters. Néanmoins, le bénéfice est modéré et ces médicaments possèdent des effets secondaires parfois lourds. La France n'a pas octroyé d'AMM dans cette indication.

- Lorsque la rééducation est insuffisante et si l'examen clinique a permis de confirmer qu'il s'agit bien d'une incontinence d'effort, l'urologue ou le gynécologue proposent une chirurgie. La plus courante consiste à poser une **bandelette sous-urétrale (TVT ou TOT)**. Cette bandelette renforce les tissus de soutien de l'urètre et guérit l'immense majorité des incontinences dues à une hypermobilité et une hyperlaxité de l'urètre. "**Nous avons 80 à 90 % de bons résultats** lorsque l'indication est bien posée", rassure le Dr Le Normand. Le bénéfice est durable.

L'intervention peut aussi être bénéfique lorsque les deux causes d'incontinence d'effort sont associées (hypermobilité de l'urètre et fragilité sphinctérienne).

"La très grande majorité des incontinences d'effort sont éligibles au traitement par bandelette sous-urétrale", rassure le Dr Le Normand.

- Pour les cas où la bandelette n'est pas indiquée ou pas suffisante, il existe encore des **solutions de recours**. Ces solutions nécessitent d'être réalisées dans des centres experts car ce sont des chirurgies plus délicates.

- **Le sphincter artificiel urinaire (SAU).** Cet implant en silicone doté d'un anneau gonflable est posé autour du canal de l'urètre pour renforcer (et non pas remplacer) le sphincter naturel. Il est relié à une télécommande placée chez la femme au niveau des grandes lèvres. Quand l'anneau est gonflé, le sphincter est fermé. Lorsque la patiente veut uriner, elle appuie sur la pompe et la manchette se dégonfle. Elle se regonfle ensuite en quelques minutes ce qui assure l'étanchéité du dispositif. Les résultats sont excellents confirme le Dr Le Normand avec **"90 % de continence complète chez les femmes appareillées."**
- L'ACT (adjustable continent therapy) ou **"ballonnet ajustable"** est une technique d'apparition plus récente précise le Dr Le Normand qui, dès 2002, a participé avec d'autres urologues aux premiers protocoles. Ces petites prothèses en silicone sont posées de chaque côté de l'urètre par chirurgie mini-invasive tandis qu'un port d'injection est créé sous la peau des grandes lèvres. Les ballonnets sont reliés par un petit tuyau à cette chambre d'injection. Au départ les ballonnets sont très peu gonflés, mais après environ six semaines, quand tout est cicatrisé et qu'une petite enveloppe s'est formée autour de la prothèse, le chirurgien "ajuste" la continence : il pique dans la chambre d'injection pour gonfler les ballons. L'opération est répétée tous les 15 jours jusqu'à trouver le bon équilibre. Il faut en effet que les ballons appuient suffisamment sur l'urètre pour assurer la continence mais pas trop afin que la miction reste possible. Les ballonnets sont une solution intéressante pour les personnes victimes d'incontinence sévère, non éligibles à la pose d'un sphincter artificiel.

Des stratégies thérapeutiques adaptées à l'homme

Chez l'homme, la chirurgie de la prostate est la principale cause d'incontinence d'effort. Pour soulager ces incontinenances, les mêmes techniques peuvent être proposées, moyennant quelques aménagements. Comme pour les femmes, la rééducation périnéale est le traitement de première intention. En cas d'échec, des bandelettes ont été développées, spécialement adaptées à la morphologie masculine. On peut également utiliser des ballons ajustables comme pour la femme (proACT). La pose d'une prothèse sphinctérienne s'adresse aux incontinenances sévères. La pompe est alors placée dans la peau sous les bourses, la manchette (l'anneau qui est gonflé pour l'urètre) est inséré au niveau de l'urètre bulbaire, près du périnée. C'est une chirurgie plus facile que pour la femme.

Environ 800 sphincters artificiels sont posés chaque année en France, plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Savoir entendre la plainte

L'incontinence d'effort peut aller de quelques gouttes seulement et de façon épisodique, à des pertes beaucoup plus importantes. Paradoxalement, *"la gêne n'est pas proportionnelle au poids d'urine perdu. Certaines personnes sont très affectées par une incontinence minime, d'autres au contraire supporteront assez bien des pertes régulières et importantes"*, constate le Dr Le Normand. Le bilan ne doit donc pas être seulement médical, il doit aussi tenir compte du retentissement dans la vie du patient.

Il y a toujours des solutions pour guérir une incontinence d'effort.

- La rééducation vient à bout de plus de la moitié des incontinenances d'effort.
- Les bandelettes guérissent 80 à 90 % des incontinenances d'effort insuffisamment soulagées par la rééducation
- Si la bandelette ne suffit pas, il reste des options thérapeutiques !

C) Impériosité, parité respectée

Si l'incontinence d'effort est nettement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, les incontinenances par impériosité touchent de façon équivalente les deux sexes. Des approches simples permettent souvent de venir à bout des troubles. Lorsque ces approches sont insuffisantes, les médicaments ou la chirurgie sont proposés. Dans tous les cas – ou presque –, le traitement permet de retrouver une continence satisfaisante.

- On élimine les causes médicales...

Dans l'immense majorité des cas, la cause de ces urgences mictionnelles est inconnue. Toutefois, **le fait de ne pas savoir pourquoi l'incontinence survient n'empêche nullement de traiter le problème.** *"On commence par un examen très complet pour vérifier qu'il n'existe pas d'affection sous-jacente comme un cancer de la vessie ou une pathologie urologique. Une fois que tous les autres diagnostics sont éliminés, on peut envisager le traitement."*

- On recherche des facteurs comportementaux.

Première étape : la réalisation d'un calendrier mictionnel. Ce calendrier vise à noter sur trois jours et trois nuits, les heures et les volumes d'urine ainsi que tous les éventuels symptômes associés. *"C'est un outil fondamental, y compris pour les incontinenances urinaires d'effort car on découvre souvent une cause très simple et très facile à traiter : l'abus d'apports hydriques."* Ainsi n'est-il pas rare que ce premier test montre que le patient urine jusqu'à 4 ou 5 litres par jour. C'est trop, beaucoup trop, et témoigne d'une consommation de liquides excessive. Pas étonnant que cette vessie toujours pleine, toujours distendue, soit hyperréactive ! **Le simple fait de retrouver une hydratation normale (autour de 1,5 l/jour) suffit en général à guérir !**

- On recherche une incontinence d'effort associée.

Une fois qu'on a éliminé une pathologie urologique et une cause comportementale, on investigate pour savoir si l'impériosité est isolée ou s'il s'agit d'une incontinence mixte car la prise en charge ne sera pas la même dans les deux cas.

La rééducation est souvent proposée. Non seulement elle va soulager une incontinence d'effort associée mais elle est également bénéfique pour lutter contre l'impériosité.

En effet par mécanisme réflexe, chaque fois que l'on serre les muscles sphinctériens, cela inhibe la commande au niveau de la vessie. **En réduquant cette zone sensible on parvient donc à mieux contrôler ses envies d'uriner.**

- On stimule le nerf tibial !

Un autre traitement de première ligne mérite d'être tenté : **la stimulation tibiale postérieure** (stimulation du nerf tibial) Pourquoi ce nerf ? Parce qu'il véhicule des afférences proches des afférences vésicales. Le principe de cette thérapie est simple. On pose une électrode au niveau de la cheville, en arrière de la malléole interne. Avec un petit stimulateur externe, on stimule pendant 20 mn ce nerf afin de moduler la perception du besoin d'uriner au niveau cérébral. **Pour certains patients une seule stimulation quotidienne de 20 mn suffit à maintenir une continence pendant 24 h.** Cette technique est sans effet secondaire. Le patient n'encourt qu'un seul risque : que cela ne marche pas ! Les séances peuvent être réalisées durant la vie quotidienne, pendant qu'on travaille assis à son bureau ou en regardant la télévision.

- On propose des traitements médicamenteux.

La première ligne de traitement est constituée par les anticholinergiques (antimuscariniques). Ils sont efficaces mais ont quelques effets secondaires gênants car ils agissent aussi sur les glandes salivaires (bouche sèche), la production de larmes (œil sec) et sur les sécrétions de mucus au niveau du côlon (constipation) ; ils peuvent également induire des vertiges.

Si le médicament fonctionne et qu'il est bien toléré, l'incontinence est sous contrôle. Sinon une autre classe thérapeutique peut être tentée qui agit sur les récepteurs beta agonistes (mirabégron).

Ces médicaments "relaxent" la vessie. En France, contrairement aux autres pays, ils ne sont pas tous remboursés.

- En cas d'échec il reste des solutions.

Après les traitements de premières lignes viennent les **traitements de recours**, à commencer par la **neuromodulation des racines sacrées**. Concrètement, il s'agit de stimuler de manière permanente ces racines nerveuses. Une première intervention chirurgicale vise à poser une électrode au contact des racines sacrées. Le patient teste tout d'abord l'efficacité de la méthode avec un stimulateur externe. Si la neuromodulation fonctionne, le chirurgien implante, dans un second temps, un petit pacemaker sous la peau. La stimulation est réglée au seuil de sensibilité du patient. Au départ, il la ressent discrètement, puis au bout d'un certain temps, il ne la perçoit plus. **Le taux de positivité est très élevé (de l'ordre de 60 à 70 %) pour des gens qui sont réfractaires à toutes les autres approches !**

Quand même la neuromodulation est en échec, le chirurgien peut encore proposer des options thérapeutiques. Récemment, **les injections intravésicales de toxine botulique A** se sont développées. Utilisée depuis une quinzaine d'années pour paralyser la vessie des patients neurologiques en fauteuil qui n'ont plus aucun contrôle de leurs urines, la toxine botulique A est désormais prescrite à des dosages moindres chez des patients moins atteints, pour "calmer" l'hyperexcitabilité vésicale. Ces injections se réalisent sous anesthésie locale. L'effet du Botox débute environ 8 jours après l'injection et persiste peu ou prou 6 mois.

Le seul effet secondaire à craindre est une trop grande efficacité du produit. Il peut arriver que la dose paralyse trop la vessie et que la miction devienne impossible. Par sécurité les patients apprennent à se sonder avant que soient tentées les injections. La rétention urinaire survient chez environ 6 % des patients et dure au maximum 3 mois. En France, l'AMM préconise de commencer par injecter 50 unités et de n'augmenter la dose que progressivement. Dans la plupart des autres pays la dose initiale est de 100 U.

Si les injections de toxine sont efficaces, **il suffit alors de renouveler le traitement tous les six mois et l'incontinence est sous contrôle.**

Enfin, pour les quelques cas résistants à tout, il existe encore des possibilités d'intervention. *"Lorsque l'hyperactivité vésicale est très très rebelle, on peut recréer une vessie chirurgicale à partir d'un morceau d'intestin. Il est heureusement exceptionnel qu'on soit contraint à en arriver là",* rassure le Dr Le Normand.

Des hyperactivités vésicales sans fuite.

Chez l'homme, on observe fréquemment des hyperactivités vésicales sans incontinence associée. Elles se manifestent par des levers réguliers la nuit pour aller uriner. Souvent le patient incrimine la prostate. Elle n'est pas toujours coupable ! C'est bien la vessie qui est en cause. Malgré l'hyperpression vésicale, la continence est maintenue car les moyens de rétention sont solides (sphincter et plancher périnéal). Même si elles n'entraînent pas d'incontinence, traiter ces hyperactivités vésicales peut changer la vie du patient.