

Incontinence urinaire après prostatectomie radicale.

Quels sont les critères de décision
d'une stratégie et les
recommandations,
avant et après?

Philippe Grise
CHU Rouen

Incontinence urinaire PPR

- Perte involontaire d'urine par effort et/ou par urgenturie
- Classification en **fonction de sa sévérité et critère:**
- **Activité (Stamey):** Grade 0 : pas IU
Grade 1 : IU à la toux ou à la poussée
Grade 2 : IU aux changements de position ou à la marche
Grade 3 : IU totale et permanente
- **Garnitures:** IU légère < 3 g. par jour,
modérée: 3 à 5, sévère > 5
- **Pad Test des 24h**= volume de fuites
modérées/légères < 400g de pertes/24h, sévères > 400g

- **Questionnaires**

symptômes incontinence: ICIQ-UI SF, SF 36,
MHU, USP, SUFU

Q de vie: I-QOL ...

- **Bonne corrélation**

entre questionnaire (SUFU) et pad Test des 24h.

Nitti J Urol 2014;192:836–42

- **Prévalence selon modalité d'évaluation et définition.**

1 an après RP: IU 4 à 31%

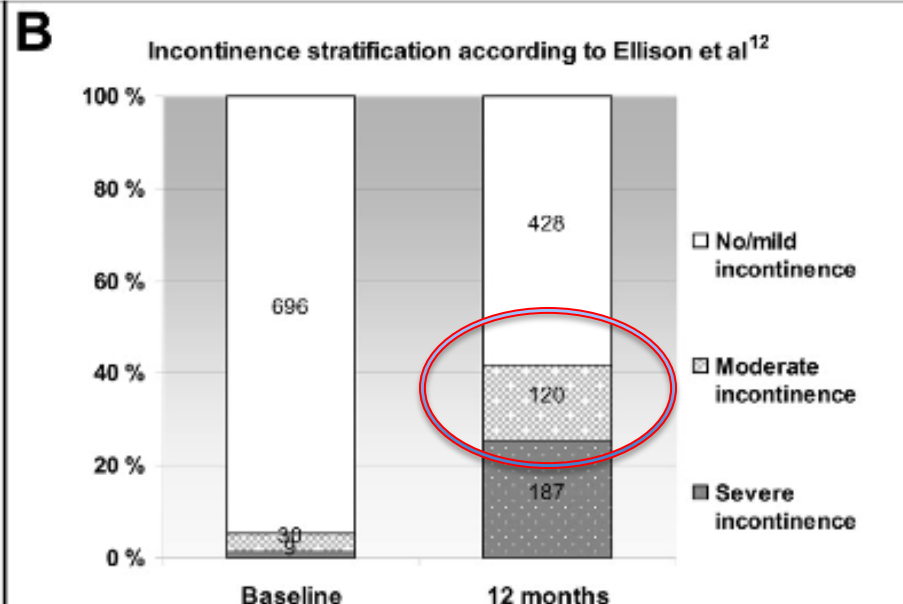
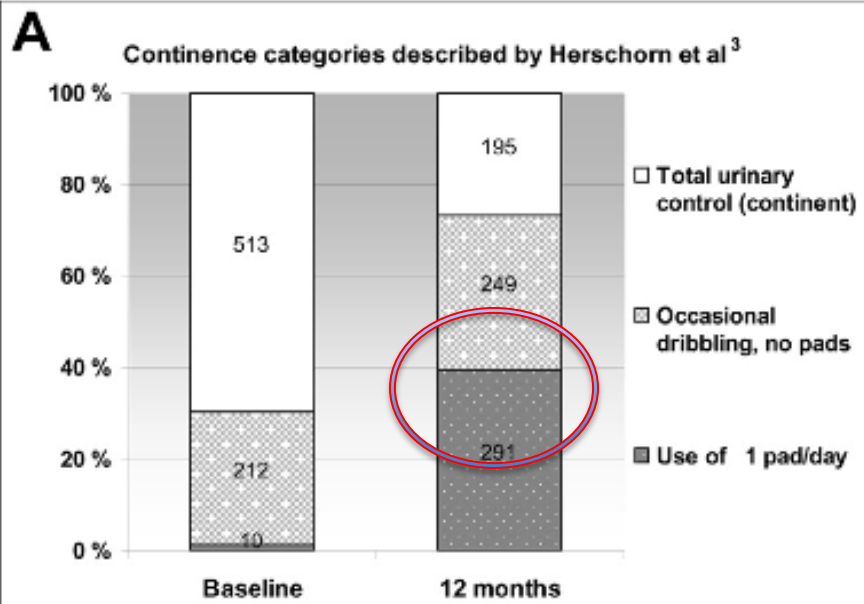
Contenance totale 33 – 87%

fuites occasionnelles sans garniture 2/3 patients

En pratique 5% de patients nécessitent une prise en charge chirurgicale.

22000 PR en France en 2010

→ 1000 patients/an.



Baseline:	12 months:			Total
N (%)	Total control	Dribbling, no pads	≥1 pad/day	
Total urinary control	166 (32)	162 (32)	185 (36)	513 (100)
Dribbling, no pads	28 (13)	84 (40)	100 (47)	212 (100)
Use of ≥1 pad/day	1 (10)	3 (30)	6 (60)	10 (100)
Total	195 (27)	249 (34)	291 (40)	735 (100)

Baseline:	12 months:			Total
N (%)	No/mild incontinence	Moderate incontinence	Severe incontinence	
No/mild incontinence	415 (60)	113 (16)	168 (24)	696 (100)
Moderate incontinence	10 (33)	7 (23)	13 (43)	30 (100)
Severe incontinence	3 (33)	0 (0)	6 (67)	9 (100)
Total	428 (58)	120 (16)	187 (25)	735 (100)

Pad per day

UID score: 0-49 severe, 50-69 moderate, 70-100 mild/no.

Prévalence de l'incontinence avant et après prostatectomie chez 735 patients norvégiens

H. V. Holm J. Urol 2014 ;192, 1155-1161

Facteurs de risque Incontinence PP

Reliés

- Age et co-morbidités
- Education et statut socio-economique
- Obésité
- Sténose col vésical
- Dysfonction preopératoire vessie / sphincter
- Préservation neurologique
- Stade (peut-être lié à technique chirurgicale)

Non relié

- Chirurgie ouverte versus laparoscopie versus robot
Thorsteindottir et al. Scand J Urol Neph 2011; 5:102-12)

Quelle stratégie?

- Selon incontinence: type-importance, retentissement, recul post-op.
- Première année: rééducation (6 mois si IU M)
- Si persistance:

Bilan: uréthroscopie (absence de sténose),

BUD (*recommandé mais sans valeur prédictive d'efficacité*

thérapeutique: HAD, compliance, PCU

Information patient des différentes options

(Bandelettes, pro ACT, SA)

Rééducation périnéo-sphinctérienne

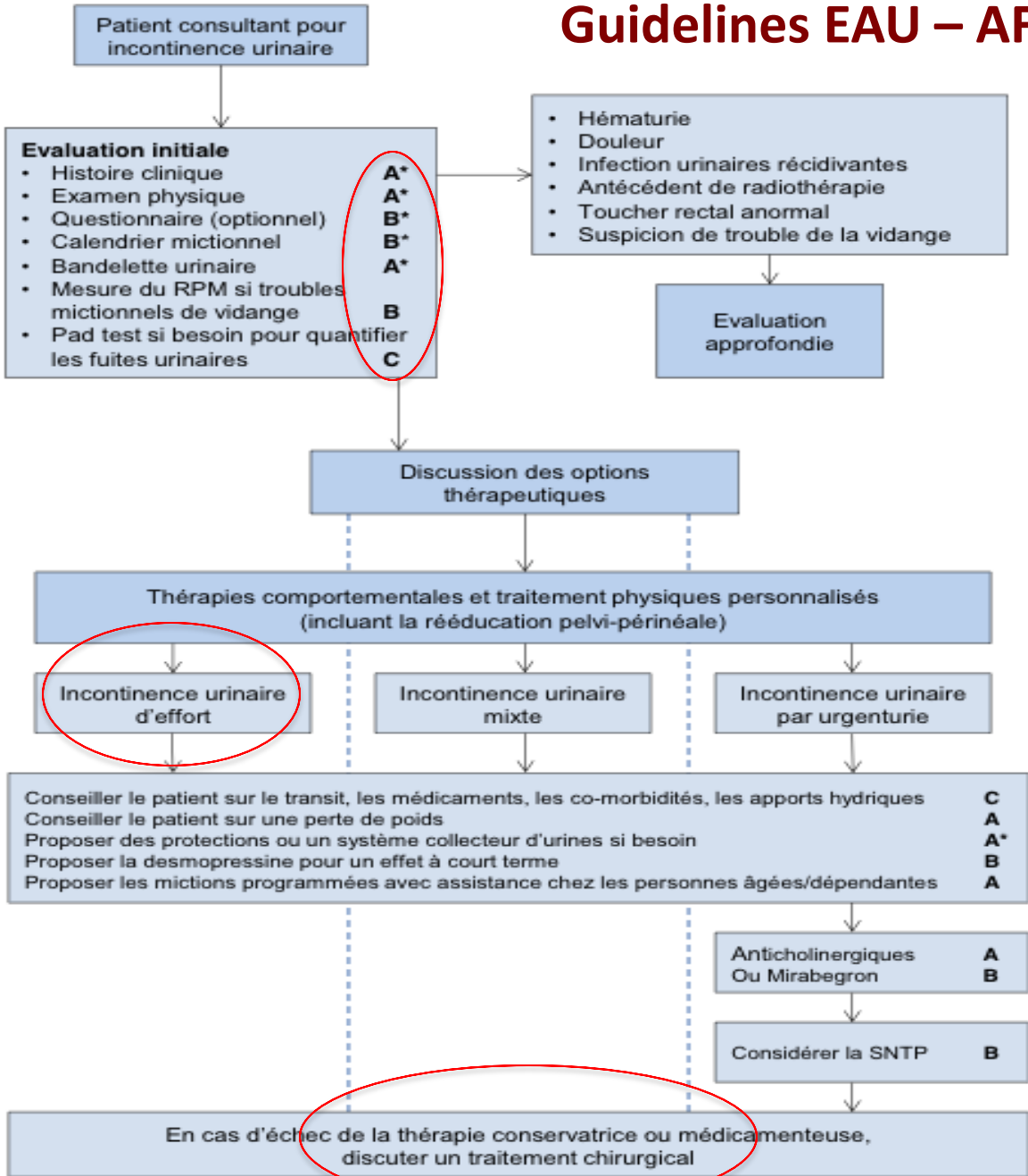
- Techniques non standardisées (BFB – Training musc.)
- Améliore la qualité de continence et le délai de retour.
peu d'études randomisées
- Rééducation pré-op: peu ou pas d'effet IU (Geraerts Eur Urol 2013)
- Avec rééducation ou sans :
différence maximum est à 3 mois mais pas évidente à 1 an

Ribeiro J Urol 2010, Tienforti BJU Int 2012

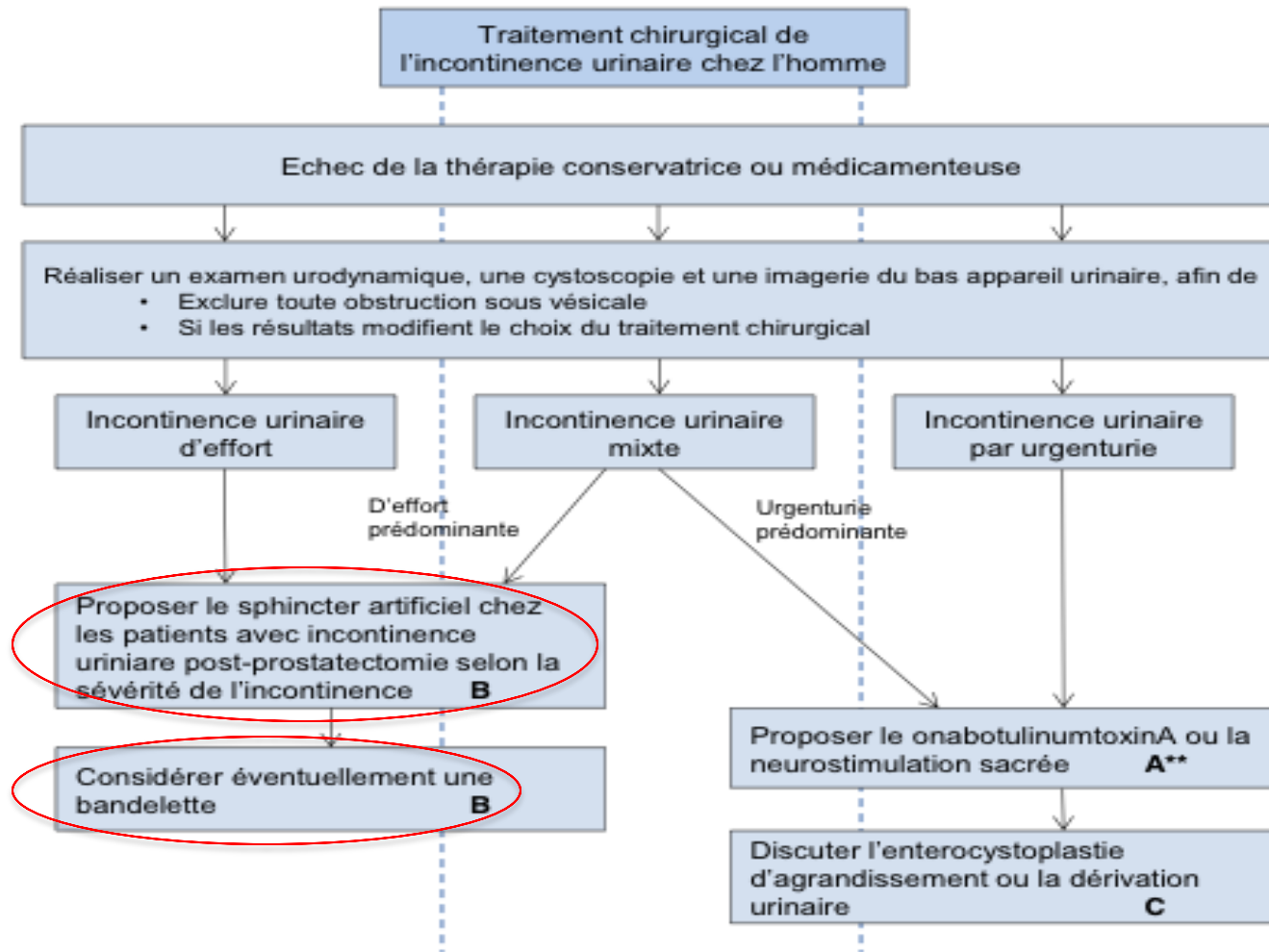
Cochrane Rev 2012 (33 études)

Bénéfice pour 8 études (10% IU versus 32% groupe contrôle) mais non confirmées par études avec pad test.

Guidelines EAU – AFU 2015



Guidelines EAU – AFU 2015



**Les données disponibles concernant les injections intradétrusoriennes de toxine botulique et la neuromodulation sacrée sont surtout disponibles chez la femme

Proposition d'algorithme SIFUD PP 2015

