

Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez l'homme

Dr KEVIN STRITT^a, Dre SOFIA REALE^a, Pr BEAT ROTH^a et NUNO GRILO^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 2282-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.806.2282

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez l'homme est fréquente et a comme cause principale la prostatectomie radicale (PR). Malgré les progrès des techniques chirurgicales, les taux d'IUE se situent entre 5 et 48%. La prise en charge débute par des méthodes non invasives et conservatrices. Le traitement chirurgical comprend l'implantation d'un sphincter urinaire artificiel, d'une bandelette sous-urétrale ou de ballonnets péri-urétraux. Dans cet article, nous résumons les traitements chirurgicaux de l'IUE chez l'homme.

Surgical treatments for male stress urinary incontinence

Stress urinary incontinence (SUI) in men is common, radical prostatectomy (RP) remaining its main cause. Despite improvements in surgical techniques, SUI rates range from 5% to 48%. Management begins with non-invasive and conservative methods. Surgical treatment includes implantation of an artificial urinary sphincter, a suburethral sling or periurethral balloons. This article summarizes the surgical treatments for male SUI.

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est une fuite involontaire d'urine due à une augmentation de la pression abdominale. La prévalence de l'incontinence urinaire chez les hommes atteint 39% et elle augmente avec l'âge.¹ La cause la plus fréquente de l'IUE chez les hommes adultes est la prostatectomie radicale (PR), le traitement standard du cancer de la prostate localisé. L'incontinence postopératoire est l'une des complications les plus redoutées de la PR, avec un impact majeur sur la qualité de vie. En raison du nombre croissant de PR réalisées pour le traitement du cancer de la prostate, un nombre important et croissant de patients souffrent d'IUE postopératoire. Malgré le progrès des techniques chirurgicales, les taux d'IUE rapportés se situent entre 5 et 48%.¹ Une récente étude basée sur près de 3000 réponses à un questionnaire en ligne par des hommes atteints d'un cancer de la prostate dans toute l'Europe (EUPROMS study)² rapporte une prévalence d'IUE de 18,2% après PR, avec 22% des patients rapportant porter au moins une protection par jour. Les principaux facteurs de risque sont la présence d'une incontinence préopératoire, l'absence d'épargne nerveuse durant la chirurgie (nerve-sparing surgery), l'âge avancé, un antécédent de radiothérapie pelvienne et l'obésité.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

La première étape de l'évaluation diagnostique doit inclure les antécédents médicaux, une évaluation objective des symptômes, un examen physique et des examens complémentaires comprenant une analyse d'urine et une échographie pour mesurer le résidu postmictionnel. L'évaluation diagnostique comprend également l'utilisation de questionnaires spécifiques pour quantifier l'incontinence urinaire, un calendrier mictionnel et un pad test. Une urétrocystoscopie et un examen urodynamique peuvent fournir des informations supplémentaires et être utiles dans la décision éclairée à prendre parmi les différents traitements chirurgicaux. En outre, il faut évaluer l'influence du diagnostic sur la qualité de vie et le désir de traitement du patient.

La prise en charge non invasive et conservatrice de l'IUE postprostatectomie comprend des interventions sur le mode de vie, l'entraînement des muscles du plancher pelvien avec ou sans biofeedback et l'entraînement de la vessie (bladder training). Chez certains patients présentant des symptômes supplémentaires d'hyperactivité vésicale, un traitement médicamenteux par anticholinergique ou agoniste des récepteurs bêta-3-adrénergiques est recommandé pour l'incontinence précoce dans les 6 à 12 premières semaines postprostatectomie.¹ Il existe également des dispositifs d'aide pour l'incontinence urinaire chez l'homme comme les protections pour incontinence, la pince à pénis et l'étui pénien.

Chez les patients présentant une IUE postprostatectomie persistante, le traitement chirurgical est recommandé après échec du traitement conservateur non invasif. Il n'existe cependant pas de directives concernant le moment du traitement chirurgical dans la période postopératoire. La continence peut s'améliorer de manière significative au cours de la première année après l'opération et certaines études montrent des bénéfices continus dans les 2 premières années.³ En général, une intervention chirurgicale doit être proposée si l'incontinence est stable et qu'aucune amélioration de la continence ne peut être obtenue par un traitement conservateur. Jusqu'à 10% des patients souffrant d'incontinence postprostatectomie finissent par avoir besoin d'un traitement chirurgical.⁴ Le traitement chirurgical comprend l'implantation d'un sphincter urinaire artificiel (SUA), d'une bandelette sous-urétrale ou de ballonnets péri-urétraux (tableau 1).

Sphincter urinaire artificiel

Le mécanisme de continence du SUA repose sur trois composants: une manchette qui occlut l'urètre de manière circonscrite

^aService d'urologie, Département des Services de chirurgie et d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
kevin.stritt@chuv.ch | sofia.reale@chuv.ch | beat.roth@chuv.ch | nuno.grilo@chuv.ch

TABLEAU 1

Recommandation de l'EAU concernant l'IUE chez l'homme

EAU : Association européenne d'urologie; IUE : incontinence urinaire d'effort.

Méthode	Recommandation de l'EAU (résumé)
Sphincter urinaire artificiel	Traitement chirurgical de choix de l'IUE postprostatectomie, en cas d'incontinence modérée à sévère
Bandelette sous-urétrale	Traitement chirurgical de l'IUE postprostatectomie légère à modérée
Ballonnets péri-urétraux	Traitement chirurgical de l'IUE postprostatectomie légère à modérée. Ne pas proposer aux hommes qui ont subi une radiothérapie pelvienne
Agents de comblement	Ne pas proposer aux hommes souffrant d'IUE postprostatectomie

rentielle, un ballon régulateur de pression généralement placé dans l'espace rétropubien et un mécanisme de contrôle par une pompe placée dans le scrotum. La pompe fait office d'interface utilisateur, ce qui permet au patient de contrôler sa continence.

D'après les directives de l'Association européenne d'urologie (EAU), le SUA reste le traitement de choix pour l'IUE persistante modérée à sévère.¹ Les taux de réussite du SUA sont toujours plus élevés que toutes les autres options thérapeutiques de l'IUE postprostatectomie. Ces résultats sont durables dans le temps, avec des taux de réussite allant jusqu'à 90% à long terme.⁵ L'implantation d'un SUA après une radiothérapie a montré des taux de réussite plus faibles et des taux de révision plus élevés dans certaines études, en raison d'une incidence plus élevée d'infection et d'érosion.⁶ L'âge ne doit pas être un critère d'exclusion pour les implantations de SUA.⁷

Malgré un bon taux de réussite, le SUA est coûteux et comporte un risque de complications telles que l'érosion, la défaillance mécanique et les infections. En effet, des révisions périodiques peuvent être nécessaires. Les taux de révision dus à une défaillance mécanique seraient de 8 à 45%. Ceux dus à des raisons non mécaniques comme l'érosion, l'atrophie urétrale et les infections vont de 7 à 17%.⁸ Cependant, la satisfaction des patients est associée au niveau de continence après l'implantation d'un SUA et non au nombre de révisions. En outre, les patients doivent faire preuve de dextérité pour manipuler le dispositif. Ces contraintes ont amené au développement de techniques alternatives pour le traitement de l'IUE chez l'homme. Ces techniques ont fait leur preuve dans des cas bien sélectionnés.

Bandelette sous-urétrale (male sling)

Les bandelettes sont des filets, le plus souvent synthétiques, placés au niveau sous-urétral afin de repositionner ou comprimer l'urètre bulbaire. Trois différents modèles ont été décrits, incluant des types ajustables et non ajustables. Les bandelettes non ajustables sont fixées par voie rétropubienne ou transobturatrice et ne peuvent pas être repositionnées après l'intervention. Les bandelettes ajustables, en revanche, peuvent être repositionnées après l'intervention afin d'ajuster la tension sur l'urètre. Enfin, les bandelettes autologues consistent à placer, lors de la PR, le canal déférent ou le fascia

du muscle grand droit au niveau sous-urétral afin de prévenir une IUE en postopératoire.

Selon les recommandations de l'EAU, les bandelettes sous-urétrales peuvent être proposées pour l'IUE légère à modérée.¹ Leur efficacité est non inférieure au SUA, avec des taux de continence similaires ainsi qu'une amélioration significative de la qualité de vie.⁹ Il n'existe pas de preuve de non-infériorité pour les cas d'IUE sévère.¹⁰ En ce qui concerne les bandelettes autologues, il n'existe actuellement pas d'évidence de leur efficacité. Comme pour les SUA, l'implantation de bandelettes sous-urétrales après une radiothérapie pelvienne représente un facteur prédictif d'échec du traitement, tout comme les antécédents d'autre chirurgie pelvienne et une IUE de grade sévère.¹¹ L'âge n'est pas un critère d'exclusion pour l'implantation de bandelettes sous-urétrales.

Parmi les possibles complications précoces, on note les douleurs pelviennes postopératoires, qui sont spontanément résolutive dans la majorité des cas, les infections du site opératoire, ainsi qu'un trouble de la vidange vésicale transitoire, qui touche jusqu'à 21% des patients. Concernant les complications tardives, les bandelettes sous-urétrales sont associées à des taux d'érosion très bas, avec seulement quelques cas rapportés dans la littérature, l'explantation de la bandelette n'étant nécessaire que très exceptionnellement. L'implantation d'un SUA après explantation d'une bandelette sous-urétrale est possible, avec de bons résultats.¹²

Ballonnets péri-urétraux

Le mécanisme de continence des ballonnets péri-urétraux repose sur le positionnement de deux ballonnets par voie percutanée, de part et d'autre du col vésical, et de deux ports d'injection sous-cutanés au niveau scrotal, permettant d'ajuster le volume des ballonnets selon la nécessité.

Les recommandations de l'EAU valident l'implantation des ballonnets péri-urétraux pour une incontinence légère à modérée mais ne conseillent pas l'implantation chez les patients ayant subi une radiothérapie pelvienne, en raison du risque élevé de migration et de fibrose.¹

Les taux de complications sont plus élevés que pour les SUA, avec notamment 2% d'infections du site opératoire, 1,5% de rétention urinaire et 5% de perforation de la vessie. De plus, les taux de révision sont supérieurs, s'élevant à 22% durant les 3 ans suivant l'implantation des ballonnets péri-urétraux, en raison d'érosion, de défaillance mécanique ou de migrations.¹³

Agents de comblement

L'injection d'agents de comblement au niveau sphinctérien représente une option de traitement à proposer uniquement aux patients présentant une IUE légère et ne pouvant pas bénéficier d'un traitement invasif.

En effet, les recommandations de l'EAU déconseillent l'utilisation des agents de comblement en raison de leur inefficacité chez l'homme.¹ Une étude récente comparant les agents de comblement au SUA a montré un taux d'efficacité à long

terme de 23% pour les agents de comblement et de 73% pour le SUA.¹⁴

En ce qui concerne les complications, le risque de rétention urinaire varie entre 3 et 17%, nécessitant dans la majorité des cas des autosondages intermittents, avec une reprise des mictions spontanées par la suite.¹⁵

CONCLUSION

L'IUE postprostatectomie est une pathologie bien plus fréquente que ce que l'on pense. Souvent, de nombreuses années s'écoulent avant que les patients bénéficient du traitement adéquat. Les options thérapeutiques sont nombreuses et efficaces, avec des taux de complication acceptables. Le traitement standard de l'IUE modérée à sévère reste le SUA. Cependant, les autres techniques peuvent être proposées dans le contexte d'une IUE légère à modérée. Selon les recommandations de l'EAU, la prise en charge chirurgicale de

l'IUE chez l'homme devrait être réalisée uniquement dans les centres experts pouvant offrir aux patients la totalité des traitements existants, afin de proposer le traitement le plus adapté et pouvoir gérer les possibles complications.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez l'homme est fréquente et sa cause principale est la prostatectomie radicale (PR)
- La prise en charge débute par des méthodes non invasives et conservatrices. Souvent, de nombreuses années s'écoulent avant que les patients bénéficient du traitement adéquat
- Le traitement chirurgical comprend l'implantation d'un sphincter urinaire artificiel, d'une bandelette sous-urétrale ou de ballonnets péri-urétraux

1 **Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol.* 2011 Mar;59(3):387-400.

2 Europa Uomo. The EUPROMS study. 2021. Disponible sur : www.europa-uomo.org/who-we-are/quality-of-life-2/the-euproms-study/

3 Lepor H, Kaci L. The impact of open radical retropubic prostatectomy on continence and lower urinary tract symptoms: a prospective assessment using validated self-administered outcome instruments. *J Urol.* 2004 Mar;171(3):1216-9.

4 Penson DF, McLerran D, Feng Z, et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol.* 2005 May;173(5):1701-5.

5 Fulford SC, Sutton C, Bales G,

Hickling M, Stephenson TP. The fate of the 'modern' artificial urinary sphincter with a follow-up of more than 10 years. *Br J Urol.* 1997 May;79(5):713-6.

6 Gomha MA, Boone TB. Artificial urinary sphincter for post-prostatectomy incontinence in men who had prior radiotherapy: a risk and outcome analysis. *J Urol.* 2002 Feb;167(2 Pt 1):591-6.

7 O'Connor RC, Nanigian DK, Patel BN, et al. Artificial urinary sphincter placement in elderly men. *Urology.* 2007 Jan;69(1):126-8.

8 Raj GV, Peterson AC, Toh KL, Webster GD. Outcomes following revisions and secondary implantation of the artificial urinary sphincter. *J Urol.* 2005 Apr;173(4):1242-5.

9 *Chen YC, Lin PH, Jou YY, Lin VC. Surgical treatment for urinary inconti-

nence after prostatectomy: A meta-analysis and systematic review. *PLoS One.* 2017 May 3;12(5):e0130867.

10 Abrams P, Constable L, Cooper D, et al. Outcomes of a non-inferiority randomised controlled trial of surgery for men with urodynamic stress incontinence after prostate surgery (MASTER). *Eur Urol.* 2021 Jun;79(6):812-23.

11 Da Silva LA, Simonetti R, da Silva EMK. Adjustable sling for the treatment of post-prostatectomy urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo).* 2019 Sep 23;17(4):eRW4508.

12 Zeif HJ, Almallah Z. The male sling for post-radical prostatectomy urinary incontinence: urethral compression versus urethral relocation or what is next? *Br J Med Surg Urol.* 2010 Jul 1;3(4):134-43.

13 Larson T, Jhaveri H, Yeung LL. Adjustable continence therapy (ProACT) for the treatment of male stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2019 Nov;38(8):2051-9.

14 Toia B, Gresty H, Pakzad M, et al. Bulking for stress urinary incontinence in men: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* 2019 Sep;38(7):1804-11.

15 Nguyen L, Leung LY, Walker R, et al. The use of urethral bulking injections in post-prostatectomy stress urinary incontinence: A narrative review of the literature. *Neurourol Urodyn.* 2019 Nov;38(8):2060-9.

* à lire

** à lire absolument