

«Beaucoup de patientes n'osent pas en parler»

Au sein de l'Hôpital neuchâtelois, un comité pluridisciplinaire vient d'être formalisé pour traiter les pathologies du plancher pelvien dont font partie les incontinences et les prolapsus.

PAR BRIGITTE REBETEZ

«L'incontinence urinaire est une maladie silencieuse qui dégrade progressivement la qualité de vie. Elle vole la vie socioprofessionnelle de ses victimes. Beaucoup n'osent pas en parler, elles en ont honte. Elles finissent par moins sortir de chez elles, pour éviter de s'exposer à une fuite intempestive», expose le Dr Pascal Talla, médecin adjoint du Département de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital neuchâtelois (HNE). «Certaines femmes pensent qu'en prenant de l'âge, c'est inévitable», ajoute le Dr Roland Chautems, médecin chef de service du département de chirurgie. «En dessous de 70 ans, une patiente est considérée comme jeune. Donc l'âge n'est pas incompatible avec un traitement!»

Tous deux font partie du «board» de périnéologie qui vient d'être formalisé à l'HNE pour prendre en charge les pathologies de plancher pelvien dont souffrent de nombreuses femmes. Le périnée est une zone complexe qui soutient la vessie, l'utérus et le rectum. Différents dysfonctionnements peuvent survenir dans cette région du corps: descente d'organes, pertes urinaires, constipation chronique, incontinence anale. Le «board» pluridisciplinaire réunit des radiologues, gastro-entérologues, physiothérapeutes, voire d'autres médecins spécialistes comme des neurologues.

Au fil du temps, muscles et ligaments du plancher pelvien peuvent se relâcher, provoquant une descente d'un ou plusieurs organes. «Il peut s'agir de la vessie, de l'utérus ou du rectum seuls, voire de l'association des trois à différents degrés... Il y a donc beaucoup de cas de figure», explique le Dr Talla. «Un prolapsus



Si les thérapies proposées s'avèrent insuffisantes, différentes techniques chirurgicales peuvent être pratiquées. SP

peut occasionner un blocage de la vessie; ou alors l'intestin descend comme une chaussette qui se retrousse, avec le risque de créer une difficulté à évacuer», précise le Dr Chautems. «C'est là que nos spécialités se rencontrent, car ces situations nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire». Ces affections sont provoquées principalement par les accouchements, l'obésité, les changements hormonaux à la ménopause et une prédisposition génétique. Avec l'âge, les mictions inopportunes concernent un nombre croissant de personnes. Selon une statistique de l'OFS, 16% des femmes âgées de 65 à 79 ans vivant en ménage privé souffrent d'incontinence urinaire. Une proportion qui

grimpe à 25% chez les plus de 80 ans (respectivement 15% et 18% pour les hommes). Le problème peut revêtir deux formes principalement, l'incontinence par instabilité (contractions anormales de la vessie entraînant un besoin incontrôlable) et celle due à un effort (la perte d'urine survient quand la personne tousse, saute, soulève une charge). La première catégorie représente 22% des cas, la deuxième 49% et la combinaison des deux, 29%.

Traitement sur mesure

Etant donné la diversité des cas de figure, la prise en charge est individualisée. L'équipe soignante met sur pied un traitement sur mesure, dont l'objectif

est de restaurer la qualité de vie. Elle commence par évaluer, avec la patiente, comment l'affection impacte son estime de soi, sa vie sexuelle et sociale, ses activités professionnelles. «Nous établissons des scores», détaille le Dr Chautems, «pour quantifier la gêne avant et après la thérapie».

Le traitement est précédé par une évaluation uro-gynécologique détaillée: entretien avec la personne, examen clinique, contrôle de la force des sphincters, appréciation de la qualité du périnée, échographies, évaluation de la qualité de vie par la patiente elle-même et sa demande de traitement...

«Toutes ces données sont nécessaires pour établir une stratégie thérapeutique efficiente

et des résultats durables», explique le gynécologue-obstétricien. «Il arrive qu'une patiente consulte pour une incontinence urinaire mais que les examens révèlent en fait un prolapsus génital». Dans certains cas, les investigations doivent être complétées par une IRM pour analyser si une maladie neurologique est en cause, comme une lésion de la colonne vertébrale ou un AVC.

La suite dépend du diagnostic. Souvent, des séances de physio-

thérapie sont prescrites pour rééduquer ou tonifier la musculature du plancher pelvien. Des mesures hygiéno-diététiques (restriction de la consommation de boissons gazeuses, café, épices, etc.) et de réduction des facteurs de risque pourront aussi améliorer le problème. «En diminuant un excès de poids, on peut réduire jusqu'à 50% les incontinences urinaires de tout type», constate le Dr Talla. Les médecins peuvent aussi proposer d'autres thérapies, comme un traitement médicamenteux ou des injections de Botox au niveau de la vessie qui agit sur le contrôle nerveux, pour soulager les envies d'uriner intenses.

Agent comblant

Certaines situations cliniques nécessitent l'injection d'un agent comblant au niveau de la jonction vessie-urètre pour réduire le calibre de ce dernier ou la pose d'un pessaire (un dispositif en silicone conçu pour soutenir les organes en cas de prolapsus). Si nécessaire, différentes techniques chirurgicales (lire encadré) peuvent être pratiquées, par voie basse essentiellement pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort. A chacune des étapes, le dialogue avec la patiente est déterminant. Il n'y a qu'elle qui puisse apprécier le niveau de dégradation de sa qualité de vie et à partir de quand elle estime que celle-ci est restaurée.

Cette page est réalisée en collaboration avec l'Hôpital neuchâtelois.

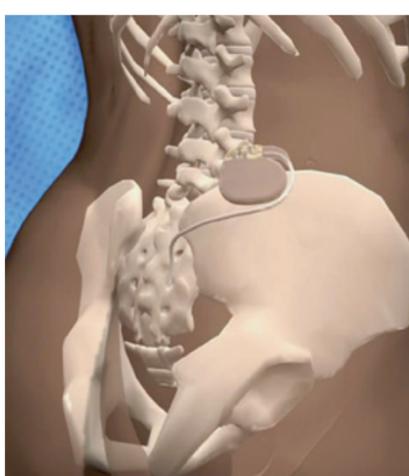
Une bandelette de 8 millimètres pour soutenir l'urètre

Pour traiter les fuites d'urine, les chirurgiens peuvent utiliser différents procédés. L'un des plus courants, c'est la pose d'une bandelette synthétique biocompatible en polypropylène de 8 mm de large sous l'urètre pour endiguer l'incontinence d'effort. Elle consiste à pallier la forte mobilité de la jonction urètre-vessie en insérant un hamac de soutien entre la vessie et le bout terminal de l'urètre. L'intervention est peu invasive, car la bandelette est mise en place par voie basse, à l'aide de petite entaille (1 cm) au niveau du vagin. Le ventre n'est donc pas incisé.

«Nous enregistrons un taux de réussite entre 80 et 90% et les risques de récurrence à dix ans sont de l'ordre de 1,5%»,

observe le Dr Pascal Talla, médecin adjoint du département de gynécologie-obstétrique de l'HNE. Dans certains cas, la neuromodulation peut être proposée pour l'incontinence urinaire (lire encadré).

En cas de prolapsus de la vessie, du rectum ou de l'utérus, les chirurgiens peuvent la remonter, en intervenant par voie basse ou par chirurgie endoscopique. Ils sont en mesure de fixer l'organe sur les ligaments, sans inciser l'abdomen si opéré par voie basse. Un traitement par les deux voies nécessite parfois une hystérectomie (ablation totale ou partielle de l'utérus). Par voie haute, les patientes bénéficient des techniques de chirurgie endoscopique avancées minimalement invasives.



Un dispositif de neuromodulation. SP

Un pacemaker de l'incontinence

Encore plus tabou que les fuites urinaires, l'incontinence anale concerne environ 6% d'hommes et 13% de femmes. Une étude a montré que moins d'un quart des personnes atteintes osent en parler, même en milieu médicalisé. Causes principales? Des traumatismes résultant d'un accouchement, un prolapsus rectal ou des organes pelviens, une dégénérescence des sphincters.

Il existe différentes solutions thérapeutiques, à commencer par un traitement médicamenteux et/ou une rééducation ano-périnéale. «Si un muscle a été lésé ou déchiré, nous pouvons le reconstruire», relève le Dr Roland Chautems, médecin chef de service du département de chirurgie et membre du «board» de périnéologie de l'Hôpital neuchâtelois. En dernier recours, l'incontinence anale peut être traitée par neuromodulation, une technique également utilisée pour traiter certaines formes d'incontinence urinaire et qui fonctionne à la manière d'un pacemaker. Elle consiste à implanter une électrode au niveau des nerfs qui gèrent le fonctionnement des sphincters du canal anal. Les impulsions électriques les stimulent.

L'opération peut être effectuée en ambulatoire, en deux phases. La première vise à s'assurer que l'incontinence diminue d'au moins 50% avec le dispositif avant l'implantation définitive de la batterie.