

Incontinences urinaires – vessies neurologiques

Incontinence Urinaire à l'effort : perte des urines à la toux, au rire, à l'éternuement, à la verticalisation, à la fatigue (marche prolongée etc..).

Chez l'homme

Souvent secondaire à des gestes chirurgicaux, l'incontinence urinaire de l'homme fait d'abord l'objet de rééducation périnéosphinctérienne par kinésithérapie.

En cas de gêne persistante malgré ce traitement, notre équipe réalise deux types de traitements chirurgicaux :

Les ballonnets péri urétraux proACT. Pour les incontinences légères à modérées. Il s'agit de deux prothèses en forme de ballon, reliés à une tubulure se terminant par un port d'injection. Implantées par voie périnéale au bloc opératoire (AG ou Rachinesthésie), ces prothèses doivent être lacées de part et d'autre de l'urètre immédiatement au dessus du sphincter. Ces prothèses font l'objet d'ajustements mensuels successifs par le port d'injection à l'aide de quelques ml de sérum physiologique. Plusieurs ajustements sont nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant . 1/3 des patients ne seront pas améliorés.

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU). :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/ballonnets-latero-uretraux-pose-de.html>

Le sphincter urinaire artificiel. Pour les incontinences modérées à sévères. Il s'agit d'une prothèse à 3 corps (ballon-pompe-manchette) placée sous anesthésie générale par 2 cicatrices (une dans l'aîne, l'autre sur les organes génitaux externes ou le périnée). Cette prothèse hydraulique consiste à cravater l'urètre et à le comprimer suffisamment pour la continence. C'est le traitement de référence de l'incontinence par insuffisance sphinctérienne. Il n'est pas un choix de première intention car nécessite la participation manuelle du patient à chaque miction (appui sur une pompe sous la peau des bourses pour uriner. D'autre part, le système peut être victime de pannes, et/ou d'infection justifiant une reprise au bloc opératoire. Une complication majeure est l'érosion de l'urètre.

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU). :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/sphincter-artificiel-pour-le-traitement-dune-incontinence-urinaire-masculine-apres-chirurgie-pro.html>

Chez la femme

Parfois post-oprétatoire, l'incontinence d'effort chez la femme est souvent le fait d'une hypermobilité de l'urètre. La rééducation garde malgré tout sa place, en complément de la chirurgie.

Notre équipe réalise :

Pose de bandelettes sous uréthrales (TOT principalement, TVT dans certains cas). Il s'agit de corriger, par voie vaginale à l'aide d'une bandelette en polypropylène, l'hypermobilité urétrale. Souvent réalisée en ambulatoire, sous AG ou sous rachianesthésie, un repos physique d'une semaine à 10 jours est demandé en post opératoire, ainsi qu'une abstinence de 21 jours.

Très souvent efficace, les échecs surviennent, et des récurrences secondaires sont observées.

Des douleurs post opératoires et difficultés urinaires peuvent (rarement) rendre nécessaire une ablation de la bandelette.

Attention : 30 % des patientes décrivent des urgences urinaires après cette intervention, rendant parfois nécessaire la mise en route d'un traitement médicamenteux.

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/bandelette-tot-pour-cure-dincontinence-urinaire-deffort-chez-la-femme.html>

Le sphincter urinaire artificiel : posée autour du col vésical par voie ouverte ou par coelioscopie. La pompe est alors sous la peau d'une grande lèvre.

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/cure-dincontinence-urinaire-de-la-femme-par-implantation-dun-sphincter-urinaire-artificiel.html>

Les ballonnets ACT : (comme chez l'homme, mais par voie vaginale, avec des ports d'injection sous la peau des grandes lèvres).

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/ballonnetts-latero-uretraux-pose-de.html>

Incontinence urinaire par urgences, ou « par impériosité » ou par « hyperactivité » ou « argenturie ».

Elle concerne hommes et femmes. Elle se caractérise par des fuites soudaines en dehors des efforts, jour comme nuit, avec des facteurs déclenchant divers.

Le bilan urologique se doit d'être complet (examen clinique, imagerie, endoscopies vésicales, bilan urodynamique parfois).

Quand une cause est retrouvée, le traitement de la cause (tumeur de vessie par exemple, ou corps étranger intravésical) est indispensable, et souvent suffisant.

Le traitement est médicamenteux dans un premier temps (médicaments anticholinergiques ; bêta3-adrénergiques..). En cas d'échec, des injections de toxine botulique (BOTOX) dans la paroi vésicale peuvent être proposées, mais exposent au risque de rétention d'urines. Un apprentissage des auto sondages est alors réalisé.

Des techniques de TENS , neurostimulation transcutanée du nerf tibial postérieur, sont également proposées. Leur apprentissage est réalisé au CHD par les infirmiers(ères).

Vessies neurologiques

Un grand nombre de pathologies neurologiques provoquent des effets sur le fonctionnement de la vessie et du sphincter urinaire.

Nous recevons en consultations ces patients, pour la plupart dans les suites d'un AVC, atteints de syndromes parkinsoniens, de sclérose en plaques (SEP) et autres pathologies neurodégénératives.

Cette prise en charge du bilan clinique, urodynamique, la surveillance et les apprentissages d'auto sondages et autres chirurgies sont réalisés en partenariat avec les centres de rééducation et de soins de suite de Vendée. Là aussi les médicaments de l'hyperactivité sont utilisés, puis le BOTOX.

Pour en savoir plus:

Liens vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/auto-sondage-urinaire.html>

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/toxine-botulique-injection-dans-la-paroi-vesicale.html>

Dans un certain nombre de cas, des interventions sont nécessaires, avec les agrandissements de vessie coelioassistés ou les dérivations des urines à la peau (stomie) selon Bricker avec ablation partielle de vessie coelioassistées.

Pour en savoir plus:

Liens vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/cystectomie-et-derivation-non-continent-de-type-bricker-pour-vessie-neurologique-2.html>

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/enterocystoplastie-agrandissement-de-la-vessie-2.html>

Les patients blessés médullaires étant pris en charge dans leur centre de référence au CHU de Nantes-Saint Jacques, nous n'en assurons pas le suivi.

Service de chirurgie urologique
Centre Hospitalier Départemental Vendée
secretariat.urologie@chd-vendee.fr

02 51 44 61 46

www.chd-vendee.fr