

# Réducation de la continence – on peut toujours essayer

Age avancé, « vessie sénile » caractéristique : pas de quoi faire renoncer à l'entreprise d'une réhabilitation vésicale. En effet, les modalités spécifiques de l'entraînement sont à même d'améliorer le déroulement de la miction – à condition que la mise en place de la technique de rééducation soit adaptée à l'indication et au patient.



vario-press / Jürgen Meiers

Imaginez la libération physique et psychique que ressent le patient qui retrouve le contrôle, du moins partiel, de la miction grâce aux traitements comportementaux. Déjà et surtout, son indépendance a une chance d'être préservée. Mais ne nous leurrions pas, le succès de l'entraînement dépend de certaines conditions préalables.

Un point crucial à respecter, l'incontinence doit potentiellement répondre aux mesures de réhabilitation ; cela dépend de son type et de son degré. C'est généralement le cas dans les formes légères d'incontinence d'effort ou par impériosité, ou d'incontinence « mixte » – associant les deux types précédents, et souvent synonyme de « vessie sénile ». Outre ce réapprentissage, il faudra envisager, dans l'incontinence d'effort, l'instauration d'une rééducation du plancher pelvien dont l'affaiblissement est également à corriger.

Si toutefois des lésions avancées du plancher pelvien ou du système sphinctérien, un prolapsus utérin ou d'autres maladies de l'appareil urogénital (tumeurs vésicales ou l'élargissement prostatique) sont impliqués, on peut s'épargner la peine des essais d'entraînement. C'est la cause qu'il faut alors traiter de toute urgence. Il convient également d'éliminer ou de mener à guérison toute infection des voies urinaires ou cystite qui aggrave les symptômes d'urgence mictionnelle et rend la rééducation très pénible. La présence d'urine résiduelle augmente aussi la fréquence des mictions, car le volume déclenchant la sensation d'urgence est plus rapidement atteint. On comprendra la nécessité de veiller à ce que la vidange vésicale soit la plus complète possible.

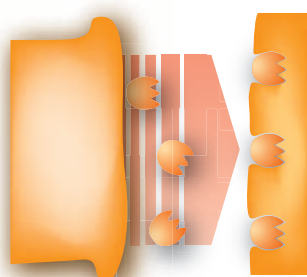
L'évaluation diagnostique de l'incontinence urinaire étant terminée, d'autres questions subsistent néanmoins. Quelles sont les ressources du patient ? Est-il suffisamment motivé ? Sera-t-il capable, physiquement et mentalement, de participer à la rééducation ? N'oublions pas que, même avec la « meilleure volonté du monde », il n'est pas facile, surtout pour la personne âgée, de tenir jusqu'au bout d'une telle entreprise. Rappelons, en outre, que la motivation des soignants – professionnels ou non – est essentielle. L'impératif est avant tout de reconnaître que les traitements comportementaux, s'ils sont couramment ressentis comme « pénibles », vont aider les deux parties. Contrairement aux idées reçues, ils ne représentent pas de surcharge de travail lorsque la journée est bien planifiée et organisée.

## Mécanismes d'action des médicaments sur la miction impérieuse

Le remplissage de la vessie et l'approche du besoin d'uriner font naître des signaux véhiculés par les voies nerveuses. La paroi vésicale est essentiellement constituée d'un muscle, le détrusor. Lorsque la réponse arrive à son tour à la vessie, de l'acétylcholine est libérée à la jonction neuromusculaire (plaquette motrice). Le neurotransmetteur se diffuse et se fixe sur des « récepteurs » spécifiques, telle une clef qui rentrerait dans un trou de serrure (A). Cette liaison aux récepteurs provoque la contraction des cellules musculaires. Lorsque ce processus s'étend à la totalité du muscle vésical, la contraction évacue l'urine.

Un groupe particulier de médicaments – les anticholinergiques – ont la propriété de pouvoir rentrer, eux-aussi, dans les « trous de serrure » de la paroi vésicale, et donc de les obstruer. L'acétylcholine « envoyée » par le corps reste alors inefficace (B) ; la contraction vésicale diminue et les intervalles entre les mictions s'allongent.

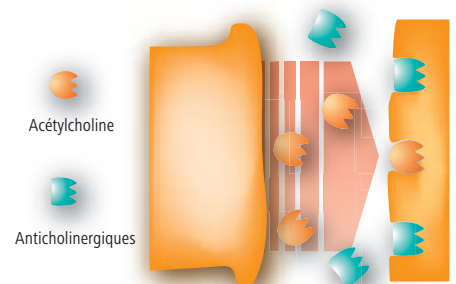
**A L'acétylcholine « s'arrime » à la paroi vésicale et provoque sa contraction**



Terminaisons nerveuses

Membrane d'une cellule musculaire de la vessie

**B Les anticholinergiques empêchent l'acétylcholine de s'arrimer**



Terminaisons nerveuses

Membrane d'une cellule musculaire de la vessie

## Prévenir un remplissage vésical critique en allant aux toilettes

En pratique, le réapprentissage à se rendre aux toilettes n'est rien d'autre que l'adaptation du rythme de vidange de la vessie à la capacité vésicale. Autrement dit, le but de cette mesure est de prévenir, par la vidange précoce – quasi « prophylactique » – un état de remplissage vésical critique. Cet entraînement repose sur l'agenda mictionnel (voir l'encadré). Lorsque la personne âgée n'est plus capable de le tenir elle-même, la famille ou le personnel soignant doivent s'en charger.

Les données consignées dans cet agenda permettent de calculer les intervalles entre les mictions. Une certaine régularité dans le besoin de se rendre aux toilettes se dégage fréquemment de ces informations. En outre, il devient souvent apparent que le patient retarde les visites aux W.C. et ne tente d'y aller rapidement que lorsque l'urgence urinaire débute : hélas, il y arrive rarement à temps.

L'étape suivante est consacrée à la constitution d'un planning des visites aux toilettes « prophylactiques », et cela individuellement pour chaque patient, sur la base de son agenda mictionnel. En effet, tout ce travail préparatoire serait inutile si, purement pour des raisons d'organisation, on menait le patient aux toilettes à un autre moment que celui qui correspond à son rythme personnel. Le rôle du soignant, dans cette rééducation est donc de rappeler au patient de se rendre aux toilettes au bon moment ou de l'y accompagner. Il devra persévérer jusqu'à ce que la personne ait assimilé ce nouveau rythme et qu'elle aille, de sa propre initiative, uriner à des moments fixés à l'avance – même (ce qui est de prime importance) si elle ne ressent pas encore l'urgence urinaire.

## L'entraînement pour un espacement actif des mictions

L'objectif de cette rééducation est la maîtrise du réflexe de miction. Simultanément, les intervalles trop courts entre les épisodes d'évacuation de l'urine s'allongent et la capacité vésicale s'accroît.

La vessie signale par la sensation d'urgence la nécessité d'uriner, mais non qu'il faille le faire sur-le-champ. Normalement, on bénéficie d'assez de temps pour se rendre aux toilettes. Les personnes souffrant de symptômes d'urgence associés au vieillissement ou à une maladie éprouvent de plus grandes difficultés : l'urgence apparaît avec une rapidité et une violence telles, qu'il est pratiquement impossible de se retenir jusqu'à l'arrivée aux W.C. C'est ici qu'intervient le réapprentissage de la miction. Il vise à motiver les personnes tourmentées par cette symptomatologie afin qu'elles gardent leur calme lorsque l'urgence urinaire se fait sentir et que, avec une concentration intense, elles arrivent à se retenir. Pendant cet effort pour maîtriser l'urgence urinaire, le patient trouvera fort utile d'avoir appris à contracter la musculature du plancher pelvien. La tension de ce groupe de muscles empêche non seu-

## La création d'un agenda mictionnel

Pendant une durée déterminée – d'un minimum de deux jours – on note dans un journal tous les événements en rapport avec la miction : d'une part les vidanges contrôlées ou non (C et NC), de l'autre les apports en liquide. Il est également souhaitable, d'estimer, la quantité d'urine évacuée à chaque miction. La colonne « Observations » permet de noter les circonstances des vidanges NC (par exemple, urgence forte, en toussant, en marchant, etc.) ; ces renseignements peuvent indiquer la forme d'incontinence. Les habitudes des apports en liquide y seront aussi documentées. Rappelons que les personnes souffrant d'incontinence de symptomatologie évoquant une forme impérieuse ont souvent tendance à limiter volontairement leurs boissons afin d'éviter les accidents fâcheux. Toutefois, cela ne résout en rien le problème, et en aucun cas le volume de liquide ingéré ne doit être inférieur à environ 2 litres par 24 heures.

lement la perte imminente d'urine mais provoque également la relaxation de la vessie.

Un traitement médicamenteux visant à relaxer la vessie peut apporter un véritable soulagement à la personne souffrant d'une fréquence mictionnelle élevée et ainsi soutenir la rééducation. Le tableau de gauche explique le mécanisme d'action de ces médicaments.

Le patient éprouve un besoin singulier d'être rassuré durant ce réapprentissage. L'utilisation de produits d'incontinence fiables et absorbants qui lui épargneront des « accidents gênants » s'inscrit dans cette logique. La préférence doit être donnée aux produits facilement maniables, même si la personne souffre d'un handicap physique, afin de raffermir son sentiment de responsabilité et d'assurer son indépendance.

La sensation de sécurité renforce la motivation à poursuivre le travail entrepris. Il convient alors d'allonger graduellement les intervalles entre l'apparition de l'urgence urinaire et la miction – d'environ 20 minutes après chaque période de trois à quatre jours – jusqu'à l'atteinte d'une capacité vésicale et d'intervalles entre les vidanges appropriés en relation avec l'âge du patient. Pour remédier au problème d'une vidange incomplète, on peut tenter de faire uriner le patient encore une fois environ 20 minutes après la miction. Cette « double » vidange peut sensiblement faire diminuer le volume d'urine résiduelle.



Le renforcement de la fonction de support des muscles du plancher pelvien, par un entraînement adéquat, est fort utile dans les formes légères d'incontinence d'effort ou mixte et peut largement contribuer au succès des traitements comportementaux.



## Soins ciblés, confiance et sérénité retrouvés

Aujourd'hui, avec les protections modernes, l'incontinence perd de son emprise sur la vie des patients. Toutefois, même les meilleurs produits ne pourront redonner confiance à l'incontinent que s'ils répondent précisément à ses besoins. Les avantages potentiels méritent bien quelques efforts.

Il n'y a pas si longtemps que les seuls produits destinés à absorber les pertes d'urines étaient des couches en cellulose, difficiles à mettre en place. Sont alors apparues les premières protections d'incontinence anatomiques qui ont complété cette gamme de couches en forme de bande, garnies de cellulose et de pulpe. Cependant, c'est l'arrivée des changes complets qui a vraiment marqué le début d'une ère nouvelle dans la prise en charge des personnes incontinentes.

Les soignants disposent, à présent, d'un large éventail de protections d'incontinence, aux capacités d'absorption variées. Ces produits sont désormais d'une

telle maturation technologique qu'ils garantissent un maximum de sécurité contre les fuites, la protection de la peau et le confort de port. Avoir le choix, c'est aussi pouvoir offrir une prise en charge ciblée – c'est-à-dire adaptée aux besoins particuliers du patient. On évitera ainsi l'utilisation de matériel inadéquat et on réduira la charge de travail.

### Choisir la taille d'une protection

Le patient ne sera vraiment satisfait que si la protection est adaptée à la forme d'incontinence dont il souffre et à son degré de sévérité. Autrement dit, il faut non seulement calculer le volume d'urine perdu par unité de temps, mais également identifier les caractéristiques de ces pertes – par exemple, en goutte à goutte, ou en flot comme dans les mictions impérieuses. Le diagnostic du type et du degré d'incontinence sera souvent facilité par les informations consignées dans l'agenda mictionnel. La mesure du poids de la protection permet elle de déterminer la quantité d'urine évacuée.

Les conditions de vie ont, de surcroît, un impact important sur la prise en charge de l'incontinent, et il conviendra de s'interroger sur un certain nombre de points avant d'effectuer le choix du produit. Le patient est-il encore actif, mobile et capable de manier lui-même le produit ? Est-il dépendant de soignants en raison d'un handicap physique qui s'oppose à l'utilisation indépendante du produit ? Est-il incapable, en raison d'une maladie démentielle, de comprendre son incontinence ? Est-il grabataire ? Souffre-t-il de problèmes dermatologiques ou d'incontinence fécale simultanée ?

Tout un travail, en fait. L'étude de cette problématique implique l'assimilation de connaissances suffisantes des types de protections et de leurs recommandations d'utilisation. Mais la peine sera bien récompensée, puisque le succès de la prise en charge profite aux deux parties : le patient retrouvera un élément essentiel de sa qualité de vie, car les expériences gênantes, l'insécurité et l'indisposition lui seront épargnées ; le soignant éprouvera la satisfaction d'avoir accompli son travail au mieux des exigences de sa profession. En outre, une prise en charge ciblée dès le départ limitera les efforts plus tard.



### Superabsorbant pour une super absorption

Les granules superabsorbants – superabsorbant polymers (SAP), en termes techniques – s'imprègnent aisément de liquide, jusqu'à 48 fois leur propre masse. Il ne faut donc que 4,2 g de granules pour retenir efficacement 200 ml d'urine. Les SAP sélectionnés pour les produits d'incontinence HARTMANN sont d'une telle qualité qu'ils assurent le transport du liquide même lorsqu'ils sont déjà saturés (voir illustration). Ces produits ont une force et une capacité d'absorption ainsi qu'un pouvoir de rétention de l'humidité difficiles à surpasser. De même, le problème des mauvaises odeurs a été résolu. Les SAP utilisés par HARTMANN contiennent des molécules auxiliaires (CyDex) qui emprisonnent les odeurs, infailliblement et définitivement.

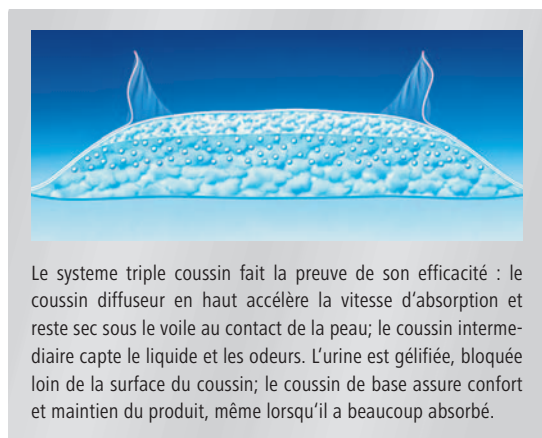


### Confiance : des protections anatomiques fiables

Afin de mieux répondre aux besoins de chaque individu, les protections anatomiques sont disponibles en plusieurs finitions et capacités d'absorption. Elles sont autant destinées aux grabataires qu'aux personnes actives et mobiles. Les personnes âgées qui ont une autonomie de mouvement limitée trouveront Confiance faciles à mettre et à changer sans assistance. Existe en deux lignes : Confiance Secure et Confiance Sensitive.

Confiance Secure (1), c'est l'innovation en 2004. Ses qualités ont été améliorées, et il serait difficilement envisageable de renoncer à ce produit. Elle possède un voile « Dry Plus » en non-tissé, un triple coussin renforcé à l'entrejambes, des barrières latérales anti-fuites intégrales, des « barrières bleues » intraversables à l'avant et à l'arrière et un indicateur d'humidité. Confiance Secure est performante à tous les degrés d'incontinence, car elle existe en trois capacités d'absorption. Elle se porte avec un slip de maintien Molipants.

Confiance Sensitive (2) est une protection sûre et discrète pour les pertes légères, comme dans l'incontinence d'effort. Son voile externe 100 % micro-aéré assure une très bonne tolérance cutanée, démontrée



Le système triple coussin fait la preuve de son efficacité : le coussin diffuseur en haut accélère la vitesse d'absorption et reste sec sous le voile au contact de la peau; le coussin intermédiaire capte le liquide et les odeurs. L'urine est gélifiée, bloquée loin de la surface du coussin; le coussin de base assure confort et maintien du produit, même lorsqu'il a beaucoup absorbé.

par des testes dermatologiques. Les hommes atteints d'incontinence légère – causée, par exemple, par des troubles prostatiques – ont eux aussi leurs versions : Confiance for men active (3), est une coquille pénienne qui garantit confort et discrétion. Tous les produits de la gamme Confiance sont, du reste, pourvus de capteurs d'odeurs, un plus pour se sentir vraiment sûr de soi.

### Changes complets MoliCare : la perfection des soins médicaux et paramédicaux

Les changes complets sont conçus pour la prise en charge de l'incontinence urinaire et / ou fécale, forte ou sévère. De surcroît, ils sont généralement recommandés pour les personnes en soins intensifs ou les patients très agités, souffrant, par exemple, de démence.

Le change complet MoliCare (4) de HARTMANN a été un des premiers en son genre sur le marché. Il est leader dans cette gamme de produits, grâce aux nombreuses améliorations qui lui ont été apportées : un intraversable élastique, avec indicateur d'humidité

## La gamme Confiance

- 1 Confiance Secure, la protection anatomique d'incontinence
- 2 Protection Confiance Sensitive pour incontinence légère
- 3 Confiance for men active en forme de coquille pénienne très discrète



intégré ; un triple coussin absorbant avec un cœur ultra-absorbant renforcé ; des capteurs d'odeurs ; des barrières anti-fuites hydrophobes, pour plus de sécurité ; un voile « Dry Plus » en non-tissé qui prévient la remontée d'humidité ; une forme anatomique avec des fronces élastiques à l'entrejambes ; un système de fermeture spécifique à Molicare, qui résiste aux forces de traction. Molicare est disponible en cinq tailles, pour l'incontinence forte ; Molicare Super existe en trois tailles, pour l'incontinence sévère ou pour l'utilisation de nuit.

Les personnes qui ont une peau extrêmement sensible ou fortement agressée ont, elles aussi, leur change complet : Molicare Med (5). De même conception que Molicare, Molicare Med a deux atouts supplémentaires : un film externe élastique qui « respire », atténuant la génération de chaleur et la formation de sueur ; un voile intérieur en non-tissé, imprégné de panthéol qui aide à conserver une peau saine.

Molicare Mobile (6) est un slip absorbant qui s'enfile et se retire comme un slip classique. Molicare Mobile, c'est le confort d'un sous-vêtement : il est donc souvent bien accepté par les personnes incontinentes qui ont des difficultés avec d'autres systèmes de prise en charge.

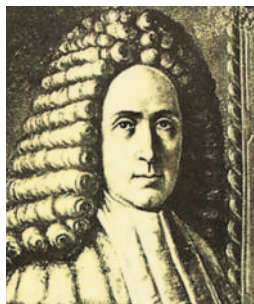
## La gamme MoliCare

- 4 MoliCare, le change complet de très grande absorption
- 5 MoliCare Med avec non-tissé imprégné de panthéol
- 6 MoliCare Mobile le « confort d'un sous-vêtement »



# La prostate – « destinée » de l'homme ?

Malgré son influence indéniable sur la « virilité », bien des hommes évitent de parler de leur prostate, la considérant comme un organe tabou. Jusqu'à ce qu'elle leur rappelle son existence, généralement à un âge avancé et de manière peu agréable...



Giovanni Battista Morgagni (1682-1771)

La prostate (du latin *prostatere*, saillir) a longtemps été ignorée, même par les anatomistes. L'un d'entre eux, le médecin italien Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), s'y est intéressé de plus près. Il a été le premier à en donner une description assez exacte et à apporter des précisions quant à sa fonction.

Nous en savons aujourd'hui beaucoup plus sur cet organe propre au sujet masculin. Tout d'abord, la prostate est une glande. Elle sécrète un fluide nutritif dans lequel les spermatozoïdes sont transportés. C'est là sa fonction principale. Mais, c'est également elle qui est responsable de l'expulsion du sperme : la glande se contracte et, tout en occluant le sphincter de la vessie, elle force le sperme vers l'extérieur. La prostate joue donc le rôle d'un organe sexuel – et à ce titre elle est soumise aux influences de certaines hormones –, tout en faisant également partie de l'appareil urinaire. Elle est d'ailleurs située au carrefour des voies urinaires et génitales. Cette dualité se reflète, finalement, dans les divers troubles qui l'atteignent. Leur manifestation est typique dans certaines tranches d'âge : la prostatite est

plus souvent un problème de l'homme jeune, tandis que l'hypertrophie bénigne de la prostate apparaît généralement après la cinquantaine ; le cancer de la prostate est très rare chez l'homme de moins de 45 ans, et son pic de fréquence se situe entre 80 et 85 ans.

## L'inflammation de la prostate – la prostatite

La prostatite est une affection de la prostate qui s'accompagne de symptômes dans les régions adjacentes, comme le périnée, l'anus, le rectum, les testicules ou l'aîne. On reconnaît, grosso modo, une subdivision en prostatite bactérienne et prostatite non bactérienne.

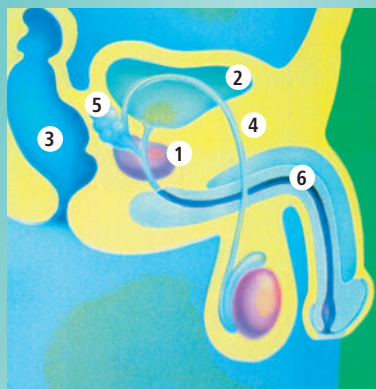
La prostatite bactérienne est, généralement, causée par des bactéries provenant de l'extérieur et qui envahissent la prostate à partir de l'urètre. Parfois, des germes à transmission sexuelle, sont à l'origine de l'inflammation. D'où l'importance de faire une recherche de MST. Les symptômes évoquant une prostatite bactérienne aiguë sont bruyants : brûlures à la miction, douleurs dans la région de la vessie et du périnée, mictions fréquentes, fièvre et frissons. Du reste, on trouve des signes d'infection dans les urines avec de nombreux leucocytes et bactéries. Le traitement standard est l'antibiothérapie. Il convient, le cas échéant, de l'étendre aux partenaires sexuels, afin de prévenir les récurrences. La prostatite bactérienne aiguë peut également devenir chronique ; le traitement est alors souvent difficile et de longue haleine.

La prostatite non bactérienne est un syndrome pelvien douloureux chronique (prostatodynie) qui peut être d'origine inflammatoire ou non. Les symptômes sont similaires à ceux de la prostatite bactérienne, mais il n'existe pas ici de traitement standard, car il n'y a pas d'infection démontrable. Afin d'écartier une tumeur maligne, il est indispensable d'effectuer un examen clinique scrupuleux.

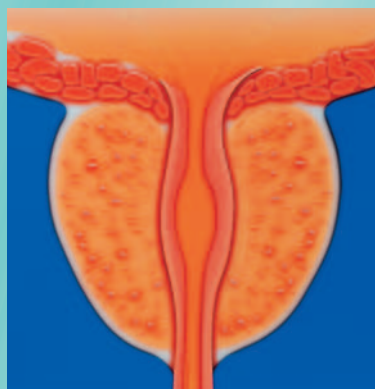
## L'élargissement prostatique – hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

Vers la cinquantaine, chez la plupart des hommes, la prostate commence à s'élargir. Cette croissance nouvelle semble trouver son origine dans les changements hormonaux qui s'opèrent avec l'âge. L'hypertrophie progresse lentement et rétrécit graduellement le segment prostatique de l'urètre, sous-jacent à la vessie (provoquant une obstruction). C'est alors que des pro-

### Position et structure de la prostate



Hans-Ulrich Osterwalder / SPL / Focus



Alfred Pasieka / SPL / Focus

La prostate appartient à l'appareil urogénital de l'homme. Elle a la taille et la forme d'une châtaigne [1] ; elle est située immédiatement sous la vessie [2], au niveau du col vésical et en avant du rectum [3]. Cette position la rend palpable à travers le rectum.

La prostate entoure la partie supérieure (proximale) de l'urètre. A l'intérieur de la glande, les canaux déférents [4] et les conduits des vésicules séminales [5] se jettent dans l'urètre [6].

A la naissance, la prostate ne pèse que quelques grammes. Elle commence à grossir à la puberté, sous l'influence d'hormones androgéniques, jusqu'à ce qu'elle atteigne, aux environs de la vingtaine, son poids normal de 15 à 20 g. Elle est constituée de tissu musculaire, glandulaire et conjonctif enclos dans une ferme capsule de tissu conjonctif (voir la coupe à travers la prostate). En outre, on distingue deux parties glandulaires : une interne, dont les sécrétions lubrifient l'urètre, et une externe, qui produit le liquide séminal.

blèmes à la miction et des symptômes typiques de l’HBP apparaissent :

- faiblesse du jet urinaire
- miction interrompue ; plusieurs tentatives sont nécessaires pour vidanger la vessie
- « démarrage difficile » ; effort nécessaire pour amorcer le premier jet urinaire, malgré l’envie d’uriner
- impression de vidange incomplète ; « sensation de résidu », dont le volume augmente progressivement
- mictions fréquentes le jour et surtout la nuit (= nycturie)
- « gouttes retardataires »
- urgence urinaire subite et incontinence par regorgement débutante
- douleurs, brûlures et tiraillements à la miction
- sang dans les urines

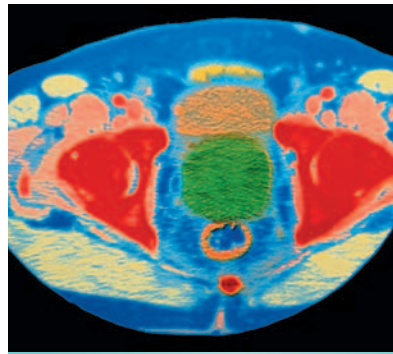
Le rétrécissement de l’urètre peut devenir tel qu’il provoque une rétention urinaire avec une distension très douloureuse de la vessie. Il s’agit là d’une urgence urologique nécessitant l’évacuation immédiate de l’urine à l’aide d’une sonde urinaire !

Comment l’incontinence par regorgement – ou miction en « goutte à goutte » – se manifeste-t-elle ? L’obstruction de l’urètre gêne l’évacuation de l’urine, qui s’accumule dans la vessie. La paroi vésicale (essentiellement musculaire) se dilate peu à peu. La pression intra-luminale augmente progressivement et finit par dépasser la résistance urétrale : l’urine fuit continuellement en goutte à goutte. Cet engorgement peut également retentir sur le haut appareil urinaire et, au pire, entraîner une insuffisance rénale.

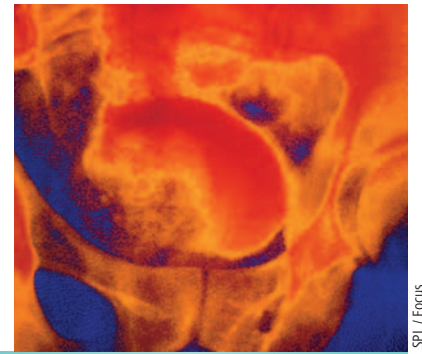
Le diagnostic d’HBP repose sur un nombre d’examen : la palpation de la prostate à travers le rectum, l’échographie, la mesure du résidu postmictionnel et l’évaluation du jet urinaire (débitmètre urinaire) pour déterminer le degré d’obstruction. Il va sans dire qu’il est indispensable de différencier une hypertrophie bénigne d’une croissance maligne. Un test sanguin permet de doser l’antigène prostatique spécifique (PSA), un indicateur potentiel du cancer de la prostate. Le cas échéant, on réalisera une biopsie.

Le traitement dépend du stade de l’HBP. Une hypertrophie débutante, peu symptomatique, est une indication pour une prise en charge médicale. Avec les préparations à base de plantes, dont l’efficacité a dernièrement pu être partiellement démontrée ; les alpha-bloquants, qui relâchent les fibres musculaires de la prostate ; ou encore les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, qui freinent sa croissance, tout un éventail de médicaments est disponible sur le marché.

Le traitement chirurgical est à envisager lorsque l’hypertrophie s’accroît et que le patient est de plus en plus incommodé. L’intervention de référence est la résection transurétrale de la prostate (RTUP) : un instrument endoscopique électrique « rabote » le tissu



Scanner d'un carcinome de la prostate (vert). Les os du bassin sont montrés en rouge, la vessie, en jaune et le rectum, en bleu. L'obstruction de l'urètre par la prostate élargie est distinctement visible.



Prostate hypertrophiée à l'urographie intraveineuse (avec coloration) : au centre, la vessie remplie de produit de contraste ; l'élargissement apparaît comme une ombre jaunâtre sur le rouge foncé de la vessie.

excédentaire. Un élargissement très important peut nécessiter l’extirpation complète de la prostate par incision de la partie basse de l’abdomen (prostatectomie totale). En outre, on dispose aujourd’hui de procédures instrumentales non chirurgicales, comme le traitement endoscopique au laser ou la thérapie par micro-ondes (TMTU). Ces techniques étant peu invasives, elles sont recommandées chez les patients à risque.

### Le cancer de la prostate

Le carcinome de la prostate est le cancer le plus répandu chez l’homme. Chez environ un tiers de patients, des métastases sont malheureusement déjà présentes au moment du diagnostic. En effet, les symptômes inconfortants n’apparaissent qu’à un stade avancé de la tumeur. Parfois ce sont les métastases dans d’autres parties de l’organisme, surtout les os, qui donnent l’alerte. Lorsque la tumeur est limitée à la prostate, la survie à 5 ans est de 74 à 80 % ; s’il y a déjà dissémination, elle chute à 40 %. Ces chiffres soulignent l’importance d’un dépistage précoce, qui est fortement recommandé pour les hommes de plus de 50 ans. Les origines du carcinome de la prostate n’ont toujours pas été élucidées. Les scientifiques étudient plusieurs candidats : une prédisposition familiale, l’influence de l’hormone testostérone, ainsi que l’âge. Toutefois, l’hypertrophie bénigne ne semble pas constituer un facteur de risque.

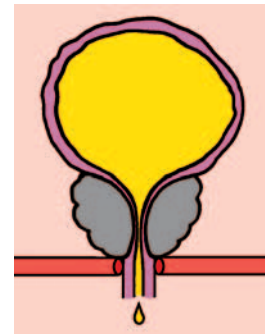


Illustration de la situation dans l’incontinence par regorgement : l’élargissement prononcé de la prostate a rétréci l’urètre et provoqué la formation d’urine résiduelle et la distension de la vessie.



L’échographie permet d’évaluer la taille de la prostate et, à un degré, sa structure, ainsi que de mesurer le résidu postmictionnel.