

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 47 (2011)
Heft: 1

Artikel: Inkontinenz nach Prostatektomie = Incontinence après une prostatectomie
Autor: Bazzon, Denise / Helmes, Edgar
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928430>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Inkontinenz nach Prostatektomie

Incontinence après une prostatectomie

DENISE BAZZON, EDGAR HELMES

Bei der Inkontinenz nach Prostatektomie ist meist die Balance zwischen Blasen- und Sphinkterfunktion gestört. Die Kontinenz rasch wiederzuerlangen ist entscheidend für die Lebensqualität.

Der Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor des Mannes. In der Schweiz wird jährlich bei rund 3000 Männern ein Prostatakrebs festgestellt, 1500 Männer sterben jedes Jahr daran.

Der Verdacht auf ein Prostatakarzinom kann sich aus der Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) im Blut oder durch Abtasten der Prostata im Mastdarm ergeben. Die Diagnose erfolgt in jedem Fall durch eine Biopsie. Feine Gewebeproben werden ultraschallgesteuert aus der Prostata entnommen und anschliessend untersucht. Ziel ist es, Prostata-Frühhkarzinome beim jüngeren Mann zwischen 50 bis 70 Jahren zu erfassen. Bei familiärem Tumorleiden empfiehlt es sich, einen PSA-Test bereits mit 45 Jahren durchzuführen.

Wird ein auf die Prostata begrenzter Tumor gefunden, kommt in erster Linie die Entfernung der Prostata oder ihre Bestrahlung infrage. Bei fortgeschrittener Krankheit ist es mittels Hormontherapie möglich, den Verlauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen.

Bei der radikalen Prostatektomie wird die Prostata vollständig mit den Endstücken von Samenleiter und Samenblase entfernt. Heute erfolgt der Zugang über einen Bauchschnitt vom Damm aus oder über eine Bauchspiegelung (siehe *Kasten 1*). [1]

Postoperative Inkontinenz

Für den Patienten ist die postoperative Lebensqualität entscheidend. Die Kontinenzrate (trocken ohne Einlage oder maximal eine Einlage pro Tag zur Sicherheit) liegt bei dieser Operationsmethode nach zwölf Monaten bei über 90 Prozent. Dank der Schonung der neurovaskulären Bündel ist die Erektion, medikamentös unterstützt, bei über 80 Prozent der Patienten penetrationsfähig erhalten. [1]

En cas d'incontinence après une prostatectomie, l'équilibre entre le fonctionnement du sphincter et celui de la vessie est souvent perturbé. Retrouver rapidement la continence est décisif pour la qualité de vie.

Le cancer de la prostate est la tumeur maligne la plus fréquente chez l'homme. En Suisse, un cancer de la prostate est diagnostiqué sur environ 3000 hommes; 1500 en meurent chaque année.

La suspicion d'un cancer de la prostate résulte de la détermination de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le sang ou d'un toucher rectal. Le diagnostic est dans tous les cas établi par une biopsie. De fins échantillons de tissu sont prélevés par ultra-sons sur la prostate et examinés. L'objectif est une détection précoce des cancers de la prostate chez des hommes plus jeunes entre 50 et 70 ans. En cas d'antécédents familiaux de tumeurs, il est conseillé d'effectuer un test de PSA dès 45 ans.



In der Schweiz erkranken jährlich 3000 Männer an Prostatakrebs, 1500 sterben daran. | En Suisse, un cancer de la prostate est diagnostiqué sur environ 3000 hommes; 1500 en meurent chaque année. Foto/Photo: steffne/photocase.com

Nach einer Prostataoperation (alle Operationsmethoden) ist die *Kontinenz* bei den meisten Patienten nur *vorübergehend beeinträchtigt*. Der Spontanverlauf ist günstig. Selten ist der M. sphincter urethrae externus durch die Operation strukturell beschädigt. In den meisten Fällen basiert die Symptomatik auf Reizbeschwerden und einer damit einhergehenden Dranginkontinenz. Zusätzlich besteht eine funktionelle Schwäche des verbliebenen M. sphincter urethrae externus, der den Wegfall der sphinkter-unterstützenden Widerstandskomponente, welche die Prostata und der M. sphincter urethrae

Dès qu'une tumeur limitée de la prostate est dépistée, les premiers traitements considérés sont la prostatectomie ou la radiothérapie. A un stade avancé de la maladie, la thérapie hormonale permet d'agir favorablement sur l'évolution de la maladie.

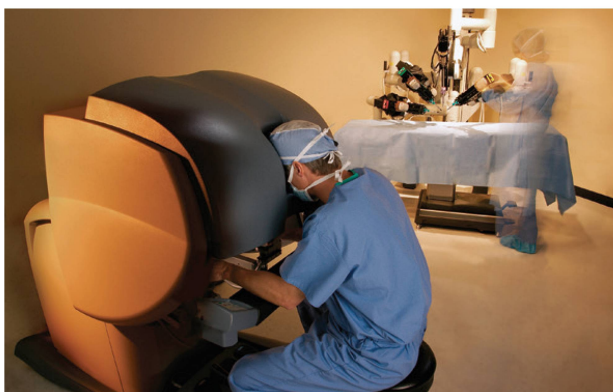
La prostatectomie radicale consiste à enlever complètement la prostate avec les extrémités du canal déférent et les vésicules séminales. Aujourd'hui, l'intervention se fait par incision abdominale, depuis le périnée ou par cœlioscopie (voir encadré 1). [1]

**Kasten 1:
Radikale Prostatektomie mit der Da-Vinci-Methode**

Die Bauchspiegelung, mit der die Prostatektomie durchgeführt wird, wurde in den letzten Jahren durch die Da-Vinci-Technologie, eine roboterassistierte Technik, wesentlich verbessert. [1] Ein Operationsroboter überträgt die Handbewegungen des operierenden Arztes millimetergenau auf die für den Eingriff benötigten Instrumente. Der Operateur sitzt an einer Steuerkonsole und arbeitet mit Instrumentengriffen für jede Hand und mehreren Pedalen. Er kontrolliert die Bewegungen der Instrumente über eine dreidimensionale Videodarstellung auf einem speziellen Monitor, der das Operationsgebiet mit einer bis zu 10-fachen Vergrößerung abbildet. Ein Tremorfilter sorgt für eine hohe Präzision. Die feine Skalierbarkeit der Instrumentenbewegungen steigert die Genauigkeit enorm. Der Zugang erfolgt über fünf 8–10 mm lange Hautschnitte ausserhalb des eigentlichen Bauchraumes und ohne Öffnung des Bauchfells. Dank des gewebeschonenden Eingriffs ist der Blutverlust gering und die Erholungszeit der Patienten bei weniger Schmerzen entsprechend kurz. Im Durchschnitt können die Patienten bereits am dritten Tag nach der Operation nach Hause gehen, wobei der Blasenkatheter gesamthaft eine Woche als Schienung bestehen bleibt.

**Encadré 1:
Prostatectomie radicale Da Vinci**

La cœlioscopie utilisée pour la prostatectomie s'est considérablement améliorée au cours de ces dernières années grâce à la technologie Da Vinci, une technique robotisée. [1] Un robot chirurgical retranscrit au millimètre près le mouvement des mains du médecin opérant sur les instruments nécessaires à l'intervention. L'opérateur est assis à une console de commande et travaille à l'aide de poignées reliées aux instruments et de plusieurs pédales. Il contrôle les mouvements des instruments par le biais d'une retransmission vidéo en 3D projetée sur un moniteur spécial qui affiche la zone d'opération avec un agrandissement jusqu'à dix fois. Un filtre anti-tremblement garantit une haute précision. La graduation fine des mouvements des instruments augmente énormément la précision. L'intervention se fait par le biais de 5 incisions de 8 à 10 mm de longueur à l'extérieur de la zone abdominale et sans ouverture du péritoine. Le caractère moins invasif de l'opération pour les tissus permet de limiter la perte de sang et de raccourcir en conséquence le temps de guérison du patient, tout en réduisant les douleurs post-opératoires. En moyenne, les patients peuvent rentrer chez eux 3 jours après l'opération, en conservant le cathéter urinaire intégral comme moyen de contention pendant une semaine.



Da-Vinci-Operationsroboter | Le robot chirurgical «Da Vinci»

internus bildeten, kompensieren muss. Die Prostata liegt direkt unter der Harnblase, weshalb auch ein Stück des Blasen Halses entfernt wird. Der M. sphincter urethrae internus wird

Incontinence post-opératoire

La qualité de vie post-opératoire est décisive pour le patient. Grâce à ce type d'opération, le taux de continence (sec sans protection ou avec un protège-slip de sécurité par jour au maximum) est supérieur à 90% 12 mois après l'opération. En épargnant le paquet neuro-vasculaire, le caractère pénétrant de l'érection (sous assistance médicamenteuse) est préservé chez plus de 80% des patients [1].

Après une opération de la prostate, tous types d'opération confondus, la *continence* de la plupart des patients n'est que *temporairement altérée*. L'évolution naturelle est favorable. L'opération n'endommage que rarement la structure du muscle sphincter externe de l'urètre. Dans la plupart des cas, les symptômes se manifestent par des sensations d'irritation et une incontinence par impériosité. Il existe en outre une faiblesse fonctionnelle du muscle sphincter externe de l'urètre restant. Il doit compenser la disparition des compo-

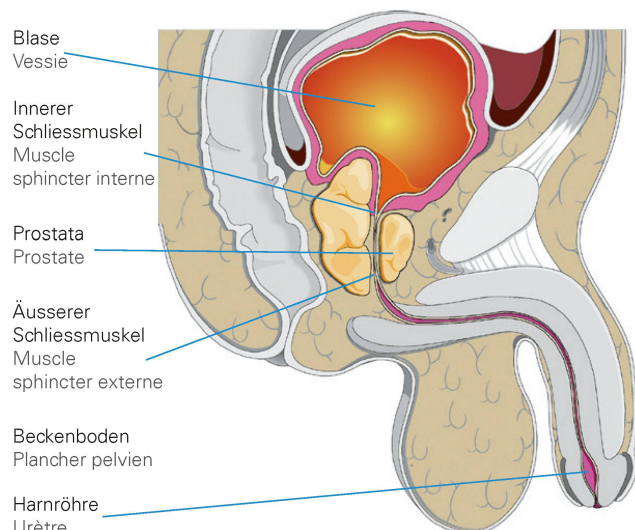
dadurch meistens auch entfernt. Aufgabe dieses Schliessmuskels ist die unwillkürliche Regulation der Urinabgabe und des Harnhaltevermögens (*siehe Bild*). Eine vorübergehende Belastungsinkontinenz tritt deshalb bei nahezu allen Patienten auf. [2] Bei der «Post-Prostatektomie-Inkontinenz» ist die Balance zwischen Blasen- und Sphinkterfunktion gestört. [2] Das Hauptproblem der postoperativen Inkontinenz liegt nicht nur an einer schwachen Beckenbodenmuskulatur, sondern vielmehr am neuromuskulären System. Informationen werden durch eine postoperative Dysbalance gestört weitergeleitet und das Zusammenspiel zwischen der über das vegetative Nervensystem gesteuerten Muskulatur und der willkürlich innervierten Muskulatur ist eventuell noch ungenügend. Bleibt eine *dauernde Inkontinenz* bestehen, kann mit der Urodynamik¹ die Funktion von Blase und Sphinkter beurteilt werden. Bei Dranginkontinenz können Medikamente zur Entspannung der Blase helfen. Zusätzlich gibt es auch Neuromodulationsgeräte als externe und interne Stimulatoren. Diese Geräte werden von ärztlicher Seite her abgegeben und stimulieren die korrekte Funktion von Harnblase und Schliessmuskulatur. Zu den Optionen für die Behandlung von strukturellen Schädigungen der Sphinktermuskulatur gehören Biofeedback, Behandlung mit Injektionen (Unterpolsterungssubstanzen), die Implantation eines künstlichen Sphinkters (Goldstandard) und neuerdings das «Male-Sling»-Verfahren (Implantation einer Schlinge). [2]

Physiotherapeutische Nachbehandlung

Ziel der physiotherapeutischen Nachbehandlung ist es, für den Patienten postoperativ rasch eine gute Lebensqualität herzustellen. Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut informiert umfänglich über Anatomie, Physiologie, operativen Vorgang, postoperativen Heilungsprozess und postoperative mögliche Problemstellungen und führt so den Patienten an die Thematik heran. An der Klinik Hirslanden hat der Patient präoperativ eine erste Therapiesitzung. Postoperativ am Tag der Katheterentfernung erfolgen weitere physiotherapeutische Instruktionen. Bei der Nachkontrolle nach sechs Wochen wird bei Bedarf vom Arzt oder zur Unterstützung des Patienten auch früher eine ambulante Verordnung veranlasst.

Wichtig ist es, dass der M. sphincter urethrae externus selektiv wahrgenommen und aktiviert werden kann. Mit und ohne körperliche Belastungen soll der Patient kontinent sein, auch unabhängig von der Tageszeit. Er kann die physiologisch volle Harnblase willkürlich und restharnfrei entleeren und präventive Toilettengänge werden reduziert und vermieden. Der

sants d'opposition annexes du sphincter qui formaient jusqu'alors le système prostate/muscle sphincter interne de l'urètre. La prostate se situe directement en dessous de la vessie, ce qui explique l'enlèvement partiel du col vésical et, dans la plupart des cas, du muscle sphincter interne de l'urètre par la même occasion. Ce muscle constricteur joue le rôle de régulateur involontaire de la miction et de la continence (*voir image*). Une incontinence de stress temporaire affecte donc pratiquement tous les patients [2]. En cas d'incontinence après prostatectomie, l'équilibre entre le fonctionnement de la vessie et celui du sphincter est perturbé [2]. Le problème majeur de l'incontinence post-opératoire n'est pas dû à la seule faiblesse de la musculature du plancher pelvien, mais bien plus au système neuromusculaire. Le flux des informations est perturbé par un déséquilibre post-opératoire. Il se peut que l'interaction entre la musculature contrôlée par le système nerveux végétatif et la musculature innervée involontaire soit encore insuffisante.



Bild/Image: © hakan çorbacı – Fotolia.com

En cas d'*incontinence durable*, l'urodynamique¹ permet d'évaluer le fonctionnement de la vessie et du sphincter. En cas d'incontinence par impériosité, les médicaments peuvent aider à la décontraction de la vessie. Il existe aussi des neuromodulateurs qui agissent comme stimulateurs externes et internes. Ces appareils sont délivrés par le médecin. Ils stimulent le fonctionnement correct de la vessie et des muscles constricteurs. Le biofeedback, le traitement par injection de substances de rembourrage, l'implantation d'un sphincter artificiel (gold standard) et plus récemment le procédé «male

¹ Urodynamik: Untersuchungsmethode, bei der mithilfe von Drucksonden und Elektroden die Funktionsweise der Harnblase untersucht wird (Blasendruckmessung).

¹ L'urodynamique est un type d'examen qui permet d'analyser le fonctionnement de la vessie grâce à des sondes de pression et des électrodes (mesure de la pression sur la vessie).

Patient kann normal viel trinken ohne Angst vor Inkontinenz. Dies wird erreicht durch Wahrnehmungsschulung und Training (Kraftausdauer und Schnellkraft) des M. sphincter urethrae externus, Beckenboden-schonende Verhaltensberatung, Blasenfüllungstraining, Miktionsprotokoll und allgemeines Beckenbodentraining (Integration Training M. sphincter urethrae externus in Alltagsbewegungen, Training der Synergisten der Beckenbodenmuskulatur). [9] Das Kontinenztraining nach der Prostatektomie ist in *Kasten 2* beschrieben.

sling» (implantation d'une bandelette) font partie des options thérapeutiques des dégradations structurelles de la musculature du sphincter [2].

Traitement complémentaire de physiothérapie

Le but du traitement complémentaire de physiothérapie est de permettre au patient de retrouver très rapidement une bonne qualité de vie postopératoire. Le physiothérapeute initie le patient à cette thématique en lui donnant des informations sur l'anatomie, la physiologie, le mode opératoire, le

Kasten 2: Das Kontinenztraining nach Prostatektomie

Die physiotherapeutische Betreuung von Prostatektomie-Patienten teilt sich in eine prä- und eine postoperative Phase auf.

Präoperativ

Den Patienten über die Anatomie, Physiologie, die Operation und mögliche Komplikationen informieren.

Training der Wahrnehmung des M. sphincter urethrae externus:

Übung 1: Beim Ausatmen die Beckenbodenmuskulatur anspannen, beziehungsweise die Hoden anheben und in sich hineinziehen, beim Einatmen entspannen.

Übung 2: Einige Atemzüge lang die Beckenbodenmuskulatur angespannt lassen.

Übung 3: Möglichst rasch die Beckenbodenmuskulatur anspannen, dann wieder entspannen.

Tastkontrolle – zwei Finger an der Peniswurzel (zwischen Hodensack und After).

Spiegelkontrolle – der Penis sollte sich etwas in Richtung Bauchnabel bewegen.

Postoperativ

Übung 1–3: Kontrolle der Wahrnehmung des M. sphincter urethrae externus. Der Patient sollte jedoch noch einige Tage mit dem intensiveren Training warten (postoperative Reizsituation).

Übung 4: Instruktion Beckenbodenanspannung bei Bewegungsübergängen wie aufsitzen, aufstehen vom Bett, etwas heben... (aufstehen über Seitenlage wegen erhöhtem Bauchinnendruck).

Übung 5: Instruktion der Knie-Ellbogenlage (Entlastungsstellung für den Beckenboden).

Übung 6: Bei einer kräftigen Beckenbodenanspannung arbeiten auch andere Muskeln mit. Es sind dies die Bauchmuskulatur, Teile der tiefen Gesäßmuskulatur, Oberschenkel- und Rückenmuskulatur. Diese Muskeln sind Synergisten des Beckenbodens. In Zusammenarbeit mit den wichtigen Übungen 1–3 kann das Training dieser Muskulatur mit einbezogen werden.

Beratung bezüglich Miktions- und Trinkverhalten: Ziel ist eine Urinmenge von 300 bis 550 ml pro Toilettengang. Die Anzahl der Toilettengänge ist tagsüber sechs- bis achtmal, nachts einmal. Tipps zur Blasenberuhigung sind Druck auf die Peniswurzel, den Beckenboden anspannen, die Beine kreuzen und geistige Ablenkung. Die Trinkmenge sollte 1,5 bis 3 Liter betragen. Alkohol, Kaffee, Grapefruitsaft, Schwarztee, Kohlensäure sowie Steinobst reizen die Blase. Preiselbeersaft, homöopathische Mittel, Phytotherapeutika und Pflanzenextrakte beruhigen die Blase. Kürbiskerne helfen bei chronischen Reizentzündungen. [11]

Allgemein: Nicht zu vergessen ist, dass wir es oft mit onkologischen Patienten zu tun haben. Viele Fragen, auch zur Potenz, beschäftigen den Patienten. Nach zehn Tagen sollte der Patient die sexuelle Aktivität wieder aufnehmen. Wichtig ist eine sensible, verständnisvolle und offene Kommunikation mit dem Patienten.

Encadré 2: L'entraînement de continence après une prostatectomie

Le traitement physiothérapeutique de patients sujets à une prostatectomie se déroule en deux phases: une phase pré-opératoire et une autre, post-opératoire.

Phase pré-opératoire

Informier le patient sur l'anatomie, la physiologie, l'opération et les complications éventuelles.

Apprendre à percevoir le muscle sphincter externe de l'urètre

Exercice 1: En expirant, contracter les muscles du plancher pelvien, ou alors soulever les testicules et se replier sur soi, puis relâcher en inspirant.

Exercice 2: Garder les muscles du plancher pelvien contractés pendant quelques inspirations.

Exercice 3: Contracter le plus rapidement possible les muscles du plancher pelvien, puis relâcher.

Contrôle au toucher – deux doigts à la racine du pénis (entre le scrotum et l'anus).

Contrôle du miroir – le pénis doit bouger légèrement en direction du nombril.

Phase post-opératoire

Exercice 1–3: Contrôle de la perception du muscle sphincter externe de l'urètre. Le patient doit toutefois attendre quelques jours avant de commencer l'entraînement intensif (irritations postopératoires).

Exercice 4: Instruktion sur la contraction du plancher pelvien lors des transitions comme le fait de s'asseoir, de se lever du lit, de se soulever légèrement... (se lever sur le côté en raison de la pression interne abdominale plus élevée)

Exercice 5: Instruktion sur la position du coude et du genou (soulagement pour le plancher pelvien)

Exercice 6: Lors de la forte contraction du plancher pelvien, d'autres muscles entrent en action, les abdominaux, une partie des muscles fessiers du fond ainsi que les muscles de la cuisse et du dos. Ces muscles sont les synergistes du plancher pelvien. L'entraînement de cette musculature peut être associé aux importants exercices 1–3.

Conseils concernant la miction et la boisson: L'objectif est d'uriner entre 300 et 550 ml à chaque passage aux toilettes. La fréquence des passages aux toilettes se situe entre 6 et 8 fois par jour, 1 fois par nuit. Conseils pour apaiser sa vessie: appliquer une pression à la racine du pénis, contracter le plancher pelvien, croiser les jambes et penser à autre chose. Boire entre 1,5 lt et 3 lt par jour. L'alcool, le café, le jus de pamplemousse, le thé noir, les boissons gazeuses ainsi que les fruits à noyau irritent la vessie [11].

Généralité: Il ne faut pas oublier que nous avons souvent à soigner des patients atteints d'un cancer. De nombreuses questions, comme l'impuissance, les préoccupent. Après 10 jours, le patient doit être en mesure de reprendre une activité sexuelle. Il est important d'être sensible, compréhensif et ouvert dans les échanges avec les patients.

Der Patient sollte im Durchschnitt die Übungen sechs Monate durchführen, bis sich eine ausreichende Kontinenz einstellt. [3] Studien belegen, dass vor der Operation ein angepasstes Kontinenztraining (verschiedene Übungsmethoden mit und ohne Biofeedback und Elektrostimulation) zur Senkung der Inkontinenzrate zu empfehlen ist. [4–8]

Biofeedback und Elektrostimulation als Ergänzung

Biofeedback-Training und Elektrostimulation können ergänzend angewendet werden. Beim Biofeedback wird mittels eines akustischen oder optischen Signals dem Patienten die Kontraktionsleistung des M. sphincter urethrae externus zurückgemeldet. In der Regel werden Rektalelektroden verwendet. Eine weitere Form ist die Videoendoskopie. Der Arzt führt ein Endoskop in die Harnröhre ein, bis er den externen Schliessmuskel sehen kann und das Bild auf einem Fernsehschirm sichtbar ist. Bei der Elektrostimulation werden ebenfalls Analsonden verwendet. Dabei wird elektrischer Strom in die Körpergewebe geleitet, wodurch entweder Nerven (N. pudendus) oder Muskelzellen gereizt werden. [9] Dieses Training wird von spezialisierten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder durch den Urologen durchgeführt. Der Patient hat auch die Möglichkeit, die Geräte zu mieten und zu Hause zu üben.

Schnellere Verbesserung der Kontinenz

Es gibt eine Datenbankrecherche [10] nach randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und nach Reviews von 1995 bis 2005, die den Effekt der konservativen Therapie bei «Post-Prostatektomie-Inkontinenz» untersuchen. Von den dreizehn die Einschlusskriterien erfüllenden RCT wurden drei aufgrund methodologischer Mängel ausgeschlossen. Anhand der zehn ausgewählten RCT war es aufgrund der grossen Unterschiede bezüglich Patientenanzahl, Therapiemassnahmen und Messmethoden nicht möglich, eine Therapiemethode als die beste Methode zu definieren. Für die Bewertung der konservativen Therapie sind Studien von besserer Qualität notwendig.

Zudem wurden zwei Cochrane²-Analysen 2004 und 2007 gemacht. Bei sechs beziehungsweise zehn randomisierten Studien konnte eine schnellere Verbesserung der Kontinenzsituation in der Gruppe der Patienten mit Beckenbodentraining (Beckenbodentraining, gegebenenfalls kombiniert mit Biofeedback) gegenüber der Kontrollgruppe belegt werden. Im Langzeitverlauf nach sechs bis zwölf Monaten war dieser Unterschied allerdings nicht mehr signifikant. [2] Beckenbo-

prozessus de guérison et les éventuels problèmes post-opératoires. À la clinique Hirslanden, le patient a une première séance pré-opératoire. Après l'opération, le patient reçoit de nouvelles instructions du physiothérapeute le jour du retrait du cathéter. Six semaines plus tard, lors du contrôle de suivi, une consultation ambulatoire est prescrite par le médecin si le patient nécessite une assistance.

Il est important que le muscle sphincter externe de l'urètre soit perçu sélectivement et puisse être activé. Avec ou sans effort physique, le patient doit être continent, indépendamment de l'heure de la journée. Il est ainsi en mesure de vider volontairement sa vessie physiologiquement pleine sans urine résiduelle et de réduire la fréquence de ses passages préventifs aux toilettes, puis de les éviter. Le patient peut boire beaucoup tout à fait normalement sans être inquiété par un éventuel problème d'incontinence.

Pour y parvenir, il faut suivre les recommandations suivantes: entraîner ses capacités de perception et le muscle sphincter externe de l'urètre (endurance et rapidité d'action), adopter la bonne attitude pour ménager le plancher pelvien, s'exercer au remplissage de la vessie, suivre le protocole de miction et effectuer un entraînement général du plancher pelvien (intégration des exercices du sphincter externe de l'urètre dans les mouvements quotidiens et entraînement des synergistes de la musculature du plancher pelvien) [9]. L'entraînement de continence après une prostatectomie est décrit dans l'*encadré 2*.

En moyenne, le patient doit réaliser ces exercices pendant six mois, jusqu'à l'atteinte d'une continence satisfaisante [3]. Des études ont montré qu'un entraînement adapté de continence pré-opératoire (différents types d'exercice avec ou sans biofeedback et électrostimulation) est recommandé pour limiter le taux d'incontinence [4-8].

Biofeedback et Electrostimulation en complément

L'entraînement par biofeedback et l'électrostimulation peuvent être utilisés en complément. Grâce à un signal acoustique ou optique, le biofeedback permet au patient de prendre conscience de la contraction du muscle sphincter externe de l'urètre. En général, des électrodes rectales sont utilisées. Il est aussi possible d'utiliser la vidéo-endoscopie. Le médecin introduit un endoscope dans l'urètre jusqu'au moment où il peut voir le muscle constricteur externe et que ce dernier s'affiche à l'écran. Des sondes anales sont également utilisées pour l'électrostimulation. Cette dernière consiste à envoyer un courant électrique dans les tissus du corps humain, provoquant ainsi une stimulation soit nerveuse (nerf pudendal), soit des cellules musculaires [9]. Cet entraînement est pratiqué par des physiothérapeutes spécialisés ou des urologues. Le patient peut aussi louer le matériel nécessaire et s'entraîner chez lui.

² Cochrane Collaboration: Weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten, welches systematische Übersichtsarbeiten (systematic reviews) zur Bewertung von medizinischen Therapien erstellt und publiziert.

denübungen zum frühen Wiedererlangen der Kontinenz sind jedoch zu befürworten, so die Autoren der Analysen, da es als Ziel angesehen wird, dass der Patienten möglichst rasch wieder eine gute Lebensqualität erreicht. |

Literatur | Bibliographie

1. John H.: Prostatakarzinom: Modernste operative Therapie mit der Vinci Technologie. Zeitschrift Mittelpunkt. 3/2005.
2. Börgermann C., Kaufmann A., Sperling H., Stöhrer M., Rübber H. Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann: Teil 2 der Serie Inkontinenz. Dtsch Arztebl Int. 2010. 107(27):484–91.
3. Ide W., Vahlensieck W. Die Harninkontinenz beim Mann. Verlag Pflaum München. 2003.
4. Van Kampen M., De Weerd W., Van Poppel H., De Ridder D., Feys H., Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. The Lancet. 2000. 355:98–102.
5. Parekh AR, Feng MI, Kirages D, Bremner H, Kaswick J, Aboseif S. Role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. J Urol. 2003. 170(1):130–3.
6. Chang PL, Tsai LH, Huang ST, Wang TM, Hsieh ML, Tsui KH. The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. J Urol. 1998. 160(2):402–5.
7. Porru D., Campus G., Caria A., Madeddu G., Cucchi A., Rovereto B., Scarpa RM, Pili P, Usai E. Impact of early pelvic floor rehabilitation after transurethral resection of the prostate. NeuroUrol Urodyn. 2001. 20(1):53–9.
8. Carriere B. Beckenboden. Thieme Verlag Stuttgart. 2003.
9. Schlüter S. Facharbeit: Inkontinenz nach Radikaler Prostatektomie. www.ganeo.de; 2007.
10. Machold S. Evidence of Physiotherapy for Postprostatectomy Incontinence. Physioscience. 2006. 02(3):106–116.
11. Seleger M. et al (Hrsg): Die versteckte Kraft im Mann. BeBo Verlag GmbH Zürich. 2005.

Amélioration plus rapide de la continence

Une revue systématique a analysé les recherches cliniques aléatoires («randomized clinical trial» – RCT) et revues publiées entre 1995 et 2005 qui portent sur l’effet du traitement conservateur dans le cadre de l’incontinence après prostatectomie [10]. Sur les 13 RCT qui remplissent les critères d’intégration dans cette étude, 3 ont du être écartées en raison de leur méthodologie insuffisante. En se fondant sur les 10 RCT sélectionnés, il n’a pas été possible de déterminer la meilleure méthode thérapeutique du fait de la grande disparité de nombre de patients, de mesures thérapeutiques et de méthodes de mesure. D’autres études de meilleure qualité sont nécessaires afin d’évaluer le traitement conservateur.

Par ailleurs, 2 analyses Cochrane² ont été réalisées en 2004 et en 2007. Ces deux séries d’essais cliniques aléatoires, respectivement 6 et 10, ont mis en évidence l’amélioration plus rapide de la continence dans le groupe de patients qui ont entraîné leur plancher pelvien (exercices de plancher pelvien combinés le cas échéant avec du biofeedback) par rapport au groupe de contrôle. Mais elles ont aussi révélé que cette différence s’estompait avec le temps (après 6 à 12 mois) [2]. Les auteurs des analyses préconisent néanmoins l’exercice du plancher pelvien pour retrouver rapidement un niveau de continence satisfaisant, l’objectif pour le patient étant de jouir à nouveau d’une bonne qualité de vie le plus rapidement possible. |



Denise Bazzon

Denise Bazzon, BSc in Physiothérapie, travaille an der Klinik Hirslanden Zürich in den Bereichen Innere Medizin, Herz-, Thorax- und Viszeralchirurgie, Gangsicherheitskurse, Rückbildungsgymnastik und Beckenbodenrehabilitation bei Männern.

Denise Bazzon, BSc en physiothérapie, travaille à la clinique Hirslanden à Zurich dans les domaines de la médecine interne, de la chirurgie du cœur, du thorax et viscérale, des cours pour une marche sûre, de la gymnastique reconstructive et de la réhabilitation du plancher pelvien pour les hommes.



Edgar Helmes

Edgar Helmes, BSc in Physiothérapie, travaille an der Klinik Hirslanden Zürich in den Bereichen Orthopädie, Rheumatologie, TCM und Beckenbodenrehabilitation bei Männern.

Edgar Helmes, BSc en physiothérapie, travaille à la clinique Hirslanden à Zurich dans les domaines suivants: orthopédie, rhumatologie, TCM et réhabilitation du plancher pelvien pour les hommes.

² Cochrane Collaboration : réseau mondial de scientifiques et de médecins qui rédigent et publient des travaux généraux (systematic reviews) d’évaluation des traitements médicaux.