

Semaine de la continence urinaire du 8 au 13 avril 2013

**Le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph offre aux patients
une prise en charge pluridisciplinaire et complète
encore peu répandue en France**

Près de 4 millions de Français, quel que soit leur âge et leur sexe, souffrent de troubles de la continence urinaire et/ou anale. Véritable tabou de société et enjeu de santé publique, ces pathologies dites pelvi-périnéologiques peuvent conduire à l'isolement voire à la dépression si elles ne sont pas correctement dépistées et soignées.

A la veille de la semaine des troubles de la continence urinaire (8-13 avril 2013), le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (Paris 14) présente les atouts d'une prise en charge pluridisciplinaire urologie/gynécologie/proctologie pour un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge thérapeutique des patients.

- **L'importance d'un diagnostic global des troubles**

Pour rappel, il existe 2 formes d'incontinence urinaire qui peuvent parfois être associées : l'incontinence d'effort (perte d'urine en toussant ou éternuant, dans le cadre d'une pratique sportive, en marchant...) et l'incontinence par impériosité (fuites immédiatement suivies d'une envie urgente et non contrôlable. Autre forme d'incontinence, l'incontinence anale (émission involontaire de gaz ou de selles à l'occasion d'effort physiques ou de toux).

Aujourd'hui, on estime que 20 à 30% des femmes et 12 à 16% des hommes de plus de 18 ans souffrent d'incontinence urinaire.

Les causes de l'incontinence étant variées (grossesse pour les femmes, pathologies prostatiques pour les hommes, troubles neurologiques...) et les symptômes souvent associés à des douleurs périnéales, il est essentiel d'avoir une approche complète en pelvi-périnéologie, afin de faire un diagnostic de l'ensemble des troubles de la statique pelvienne.

En moyenne,
une femme
attend 7 ans à
partir des
premiers
symptômes pour
en parler à son
médecin.

1^{ère} étape : le bilan

grâce à un plateau technique complet en imagerie et explorations fonctionnelles

Après une première consultation d'un urologue ou gynécologue, le patient est pris en charge pour un bilan pré-thérapeutique qui consiste en des examens cliniques et explorations adaptées à chaque cas (bilan urodynamique, électrophysiologie périnéale échographie endo-anale, manométrie ano-rectale...).

L'imagerie se révèle de plus en plus utilisée au GHPSJ pour pratiquer par exemple la colpo-cysto-défecographie et l'IRM pelvienne dynamique.

Ces examens permettent de faire un diagnostic d'incontinence globale, à travers la recherche de troubles de la statique pelvienne, ano-rectaux ou génito-sexuels associés et d'évaluer la gêne pour le patient.

- ***Une prise en charge thérapeutique par la rééducation en première intention***

Le GHPSJ a mis en place une collaboration permanente entre les équipes médicales de proctologie de l'Institut Léopold Bellan, de gynécologie, d'urologie, de gastro-entérologie, de chirurgie digestive et de radiologie. Y sont également associées les équipes paramédicales dont des kinésithérapeutes libéraux.

Réunies en staff pluridisciplinaire chaque mois, **ces équipes décident ensemble du programme de soins le plus adapté : médicamenteux et/ou rééducatif ou chirurgical.**

2^{ème} étape : la rééducation
grâce au réseau de rééducateurs du GHPSJ

Tout patient pris en charge en rééducation pour trouble urinaire, anale ou pelvi-périnéale, est **vu par un rééducateur** pour établir un **bilan initial de rééducation** et se voir prescrire **des séances sur ordonnance** (environ 10 à 20 de 30 minutes chacune).

Pour une rééducation efficace, **la proximité géographique avec le domicile ou le lieu de travail est la condition sine qua non.**

Des kinésithérapeutes libéraux interviennent à l'hôpital en collaboration avec les équipes hospitalières.

La méthode : associer **rééducation physique et comportementale** pour une participation active du patient et une meilleure efficacité des soins.

Les techniques utilisées : biofeedback pour le renforcement musculaire et/ou l'électrostimulation fonctionnelle en position allongée et/ou debout.

- ***Et au cas par cas : la chirurgie***

L'éventail thérapeutique des incontinences est important mais certaines d'entre elles peuvent être améliorées ou guéries par une intervention chirurgicale peu invasive.

Pionnier dans les techniques de chirurgie mini-invasive depuis plus de 10 ans, le GHPSJ utilise la coelioscopie associée dans certains cas à la robotique pour traiter notamment les troubles de la statique pelvienne importants (prolapsus notamment).

3^{ème} étape : le traitement chirurgical
grâce aux techniques mini-invasives sous coelioscopie et robot assistée

Parmi les techniques les plus innovantes pratiquées par les équipes du GHPSJ :

La neuromodulation sacrée : technique innovante de l'incontinence urinaire/anale

Cette intervention consiste à **implanter, sous la peau, une électrode** visant à stimuler, par impulsion électrique de faible intensité, les nerfs sacrés **qui commandent le muscle du pelvis**

et du périnée. L'électrode est reliée à un neuro-stimulateur de petite taille semblable à un pacemaker placé également sous la peau.

Cette technique est de plus en plus utilisée pour l'incontinence anale au vu de ses résultats : 2/3 des patients implantés ont une nette amélioration des symptômes.

En 2012, le GHPSJ s'est doté d'un second robot équipé d'un simulateur chirurgical 3D-HD, qui permet de réaliser une chirurgie « single site » (une seule incision).

La promontofixation single site associée à un TOT : une chirurgie robot-assistée

Cette technique est le plus souvent utilisée pour les patientes souffrant de prolapsus génito-urinaire (appelé plus communément descente d'organe) lorsque y est associée une incontinence urinaire d'effort.

A l'aide du robot, le chirurgien incise dans l'ombilic pour placer des bandelettes de promontofixation entre le vagin et la vessie et si nécessaire entre le vagin et le rectum pour corriger la descente d'organe. Les bandelettes sont fixées au « promontoire » : un ligament très solide passant en avant du sacrum et de la colonne vertébrale).

Le TOT (transobturator tape) consiste à fixer dans le même temps une bandelette sous urétrale en cas d'incontinence d'effort associée. Ce dispositif mini-invasif est placé par voie transvaginale (incision de 1cm dans le vagin sous l'urètre) pour soutenir solidement l'urètre en cas d'hyperpression abdominale afin que ce dernier se ferme contre un support solide.

Pour les patients, ces techniques de chirurgie mini-invasives présentent **de nombreux avantages** :

- risque infectieux réduits
- diminution des saignements opératoires
- durée d'hospitalisation et de convalescence raccourcie
- suites opératoires simples

A propos du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

- **Hôpital privé sans but lucratif, ESPIC**
- **612 lits et places d'hospitalisations court séjour**
- **5 pôles cliniques et médico-techniques et un Institut de formation en soins infirmiers**
- **Certifié V2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010**

www.hpsj.fr

Contact presse : The Desk | Marine Dufour | 01 49 24 58 44 | m.dufour@thedesk.fr