

# Actualisons la rééducation post-prostatectomie

SPÉCIALITÉS PELVI-PÉRINÉOLOGIE

La rééducation post-prostatectomie est la prise en charge rééducative des hommes victimes d'une incontinence urinaire (IU) résiduelle après intervention prostatique.

## 1. Épidémiologie

53 465 cas de cancer de la prostate en 2009 en France métropolitaine et 56 841 nouveaux cas en 2012. Âge médian au diagnostic en 2011 = 71 ans. On observe une diminution de son taux de mortalité (-2,5% par an) du fait de l'amélioration de l'efficacité des traitements avec une survie relative à 5 ans estimée à près de 80%. C'est devenu un cancer de très bon pronostic. « Les facteurs de risque connus à ce jour sont l'origine ethnographique (Afro-Antillais), les risques liés à l'utilisation de pesticides ou une consommation importante de lait et produits laitiers » (INCA 2011).

## 2. Dépistage

Le cancer de la prostate est le plus souvent découvert sur une élévation de la valeur du PSA sérique total, une anomalie de consistance de la prostate détectée au toucher rectal ou plus rarement sur un examen anatomopathologique du tissu prélevé lors du traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HAS).

## 3. Traitement

Au stade non métastatique, deux options thérapeutiques principales vont être proposées : surveillance active ou prostatectomie.

**La prostatectomie totale**, lorsqu'elle est indiquée, peut être réalisée par voie ouverte (de moins en moins) ou par voie coelioscopique éventuellement robot-assistée (de plus en plus). L'hospitalisation est de l'ordre de quelques jours. La mortalité per-opératoire est très faible (< 0,1%). La prostatectomie peut être accompagnée d'un curage ganglionnaire, et sera éventuellement



...les mécanismes qui conduisent à l'incontinence urinaire peuvent impliquer la perte d'efficacité de l'ensemble des muscles stabilisateurs lombo-pelviens.



suivie d'une radiothérapie ou hormonothérapie selon le stade tumoral retrouvé.

**Les complications post-chirurgicales** les plus fréquemment rencontrées sont l'incontinence urinaire, la sténose de l'anastomose vésico-urétrale et la dysfonction érectile. En cas de radiothérapie, les effets secondaires pourront être l'hyperactivité vésicale (pollakiurie, dysurie, impériosité mictionnelle). En cas d'hormonothérapie, les effets secondaires pourront être la diminution de la libido, les bouffées de chaleur et la prise de poids. Le PSA devient normalement indétectable en quelques semaines (< 0,2ng/mL). Enfin, la pathologie prostatique ou la dysfonction vésicale peuvent avoir engendré une hyperactivité vésicale liée à l'augmentation de volume de la prostate (hypertrophie bénigne de la prostate).

## 4. Mécanisme de l'IU

L'incontinence urinaire est définie par l'ICS (International Continence Society) comme « toute perte involontaire d'urines dont se plaint le patient ». L'incontinence urinaire d'effort est caractérisée par une perte d'urines qui survient à l'occasion d'un effort tel que la toux, le rire, les étternuements, le saut, la course, le soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale.

L'incontinence urinaire résulte d'une rupture de l'équilibre entre les forces d'expulsion (muscle vésical, pression abdominale transmise à la vessie lors d'un effort) et les forces de retenue (plicature uréthro-vésicale, appareil sphinctérien composé de muscles lisses à activité automatique involontaire, trophicité de la muqueuse urétrale, mise en tension par la musculature péri-vésicale des hamacs sous-vésicaux et sous-urétraux, sur lesquels l'urètre s'écrase à l'effort). Si le sphincter externe est pour une large part responsable de la continence, son efficacité est grandement dépendante de l'environnement neuro-anatomique. Les mécanismes qui entraînent une incontinence urinaire d'effort post-prostatectomie ne sont donc pas uniquement dus à la perte de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien et d'ailleurs, à ce jour, aucune étude n'a montré la corrélation IU / fonction volontaire des MPP (testing)<sup>(1)</sup>.

Les mécanismes qui conduisent à l'IU sont plus complexes, liés aux modifications morpho-anatomiques (vacuité de la loge prostatique, intégrité des rameaux nerveux sensitifs, statique pelvienne), pouvant impliquer la perte d'efficacité de l'ensemble des muscles stabilisateurs lombo-pelviens : stabilisateurs locaux (transverse



© Robert Knecht - Fotolia.com

abdominal (TA), oblique interne, muscles du plancher pelvien (MPP), spinus multifidus (SM)) et stabilisateurs globaux (glutéaux, pelvi trochantériens, abdominaux, ilio-psoas<sup>(2)</sup>).

## 5. Rééducation

→ **Les recommandations** : La dernière revue de littérature sur le sujet de l'incontinence urinaire post-prostatectomie conclut que « les bénéfices d'un traitement conservateur sont incertains »<sup>(3)</sup>. La dernière revue de littérature Nord-Américaine conclut à une forte recommandation pour la mise en œuvre d'un programme de RMPP avant et après prostatectomie<sup>(4)</sup>.

Le guidelines EAU (European Association of Urology) précise qu'il manque un niveau de preuve pour définir quel est le meilleur schéma thérapeutique de rééducation des muscles du plancher pelvien. « Un programme thérapeutique de RMPP supervisé est plus efficace qu'un programme d'auto-rééducation. Il existe une récupération spontanée post-opératoire de la continence et il est difficile de mettre en évidence scientifiquement la part que la rééducation prend dans cette récupération ». Il est important de noter que toutes les études qui mènent à ces recommandations proposent un schéma thérapeutique assez similaire : techniques comportementales de limitation des pressions intra-abdominales, knacking, renforcement des MPP par contractions volontaires +/- biofeedback (Anderson & al 2015).

La dernière revue de littérature de Berghmans<sup>(5)</sup> sur la **stimulation électro-fonctionnelle** conclut à l'**inefficacité et aux effets délétères** (douleurs, inconfort, altération de la qualité de vie) de cette technique chez l'homme.

## 6. Rôle du MK : information / bilan / traitement

Le masseur-kinésithérapeute, selon les recommandations HAS, a un rôle **d'information et de conseil** en matière de santé sur la pathologie, ses séquelles et les résultats escomptés. Il peut apporter, dans cette pathologie qui touche la sphère intime un soutien psychologique, en rassurant sur le devenir et en définissant ensemble les objectifs et étapes de la rééducation. Le MK veillera à favoriser les facteurs d'adhésion au traitement, et il pourra donner des conseils d'hygiène de vie à visée thérapeutique. Par exemple corriger si nécessaire, les apports hydriques et alimentaires ainsi que les habitudes mictionnelles, proposer une prise en charge diététique en cas de surpoids et informer sur les modalités d'utilisation de l'étui pénien et des protections. Enfin le rôle de l'activité physique est de plus en plus mis en valeur, dans son étude épidémiologique de 2010, Wolin<sup>(6)</sup> retrouve 26% d'incontinence en moins chez les patients non obèses ayant une activité physique. Chez l'homme post-prostatectomie, dans un programme rééducatif par exercice +/- PFMT,

Park comme Segall et Keogh mettent en évidence une amélioration de la fatigue, de la santé psychologique et de la qualité de vie<sup>(7,8,9)</sup>. La méta-analyse de Y. Liu<sup>(10)</sup> porte sur 88294 cas ; elle rapporte que l'activité physique est significativement associée à une diminution du risque de cancer de la prostate. Dans une population post-prostatectomie, E. Zopf<sup>(11)</sup> retrouve une amélioration significative de la continence, des paramètres physiques, émotionnels et sociaux.

...encourager  
les facteurs favorisant  
l'activité physique.

Cela est retrouvé à l'issue d'un programme d'activité physique adapté. Pour P. Zimmer<sup>(12)</sup>, « la prescription d'activité physique par un programme de kinésithérapie adapté, en fonction du profil du patient, peut être un traitement complémentaire qui semble offrir de nombreux avantages en termes de faisabilité, de sécurité, de coût et d'efficacité ».





Le rôle du thérapeute sera donc d'encourager les facteurs favorisant l'activité physique.

## 7. Actualisons les bilans

Les techniques cognitivo-comportementales sont de grade A dans les guidelines anglo-saxons comme Européens. L'anamnèse doit jouer un rôle capital pour détecter les éléments de la vie quotidienne sur lesquels le thérapeute pourra informer le patient puis intervenir en les adaptant. Les différents aspects de ce bilan sont résumés dans la figure 1.

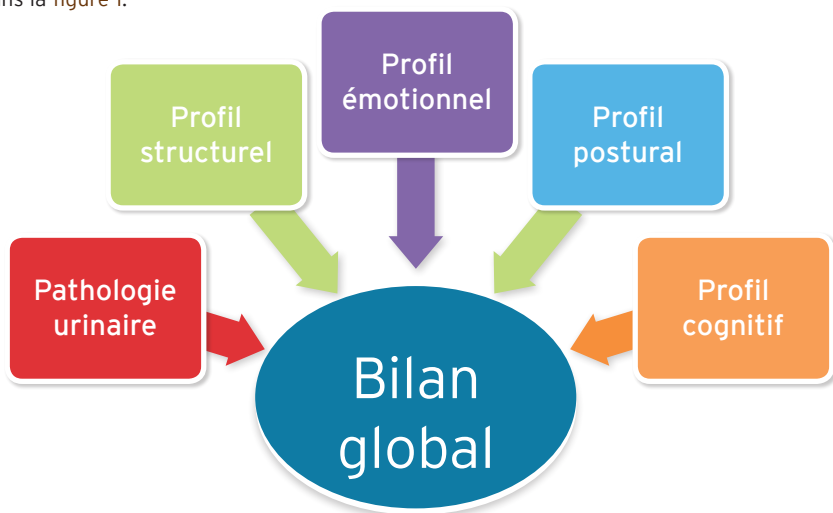


Figure 1

Pour quantifier et encourager les progrès, le kiné peut s'aider de questionnaires d'évaluation clinique, ou plus simplement du pad test (pesée des garnitures), d'un calendrier mictionnel et d'une EVA.

L'évaluation de la contraction des releveurs se fera de manière visuelle non invasive du noyau fibreux central du périnée. Le testing des MPP n'est pas systématiquement corrélé au taux d'incontinence.

Le toucher rectal n'apporte aucune information complémentaire sur la qualité du sphincter urétral. Par contre, un bilan global du contrôle moteur lombo-pelvien est indispensable pour orienter le choix des exercices de reprogrammation motrice.

## 8. Actualisons les traitements

Le schéma de la figure 2 ci-dessous organise la chronologie de la prise en charge rééducative. Les techniques cognitivo-comportementales sont de grade A dans les guidelines anglo-saxons comme Européens.

une conscientisation globale de la statique pelvienne<sup>(13)</sup>, morphologique, morphostatique et morphodynamique. Elle sera complétée par la prise de conscience de la qualité des gestes de la vie quotidienne, des activités professionnelles et des activités physiques.

**b. La réharmonisation** se fera sur 2 éléments clés : les éléments structurels musculo-squelettiques (techniques de mobilisation par le thérapeute ou d'auto-mobilisation par le patient) et la fonction (techniques de coordination motrice).

**c. Les muscles et fonctions déficitaires** seront d'abord abordés par un travail analytique submaximal, dont l'impact est à 80% cortical. Le travail analytique du transverse abdominal ou des MPP permet déjà de restaurer une partie de la fonction de continence et de respiration. Le knacking est une technique compensatoire mais utile dans un premier temps pour restaurer une fonction de continence dans certaines situations fonctionnelles.

**d. Le travail global** sera réalisé dans le prolongement du travail analytique. Les synergies et chaînes musculaires sont largement démontrées scientifiquement et deviendront le travail dominant des séances lors de la progression du traitement<sup>(14)</sup>. La synergie du transverse, des spinus multifidus et des MPP est un fait établi en rééducation pelvi-périnéale<sup>(15, 16)</sup>. Chaque année, de nouvelles études mettent en évidence des synergies complémentaires visant à renforcer la stabilisation lombo-pelvienne, dans le contrôle de la continence<sup>(13)</sup>.

**e. La répétition de la tâche** enseignée permettra de mettre en place des processus d'automatisation lors des exercices d'aérobie à l'aide d'appareils et machines de training ou par l'utilisation de la réalité virtuelle et lors des AVQ. Un travail par exercices d'aérobie ou par utilisation de la réalité virtuelle<sup>(17)</sup> pourra être mis en place.

**f. Le but** est bien sûr de s'approcher au plus près de la fonction initiale de continence qui est une fonction automatique, inconsciente et sous-corticale<sup>(18)</sup>, parfois modulée par la conscience.



Le traitement comporte plusieurs phases :

**a. La prise de conscience** de la pathologie peut se faire à l'aide de schémas et de planches anatomiques. La prise de conscience des comportements peut, par exemple, se faire lors de l'observation conjointe du calendrier mictionnel. La prise de conscience de la fonction sera



Travail analytique



Travail global



Réalisation sous corticale

Figure 2





# Nouvelle gamme Compex Pro



MKGRSMED129 - Rev. A - 02/2016 - Les produits de la gamme Chattanooga sont des dispositifs évalués par l'organisme notifié AMTAC INTERTEK permettant l'application de techniques de kinésithérapie et physiothérapie.



COMPEX PRO REHAB



COMPEX PRO THETA



COMPEX PRO PHYSIO



COMPEX PRO WIRELESS PROFESSIONAL 2 CH



COMPEX PRO WIRELESS PROFESSIONAL 4 CH

Pour toute demande : DJO France  
Centre Européen de Fret - 64990 Mouguerre  
05 59 52 80 88 - physio@djoglobal.com



Une Marque



L'objectif est une restauration des synergies fonctionnelles non compensatoires. L'après rééducation comprendra un programme d'entretien uniquement en cas de récupération incomplète.

Il faudra surveiller l'excès de commande volontaire des releveurs qui peut être corticalement contre-productif<sup>(19)</sup>. Enfin il faudra aider le patient à gérer d'éventuelles séquelles et l'orienter dans la reprise de ses activités physiques et socio-professionnelles.



© WavebreakmediaMicro - Fotolia.com

Il s'agit donc d'une rééducation sensori-motrice...

### Conclusion

Il s'agit donc d'une **rééducation sensori-motrice** très complète et très globale, en **séances individuelles et de groupe**, avec comme nous l'avons montré lors de nos études, un très bon vécu émotionnel et une très bonne adhésion des patients<sup>(20)</sup>.

Ces patients ne seront pas isolés avec leur pathologie mais pourront l'évoquer plus librement avec d'autres patients, ce qui présente un intérêt psychologique non négligeable<sup>(17)</sup>. Tous les exercices doivent être réalisés en favorisant une situation de continence.

Il n'est jamais demandé de contraction maximale volontaire. À l'instar de E. Zopf en Allemagne ou SW. Park en Corée, la plupart de nos patients retrouvent un état de continence à l'aide d'une rééducation non invasive, sans sonde anale et sans biofeedback ni stimulation électro-fonctionnelle.

### Bibliographie

1. NAHON | G. WADDINGTON | R. ADAMS | G. DOREY | Assessing muscle function of the male pelvic floor using real-time ultrasound. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health, Spring 2012, 110, 17-23.

2. E. BAKKER | C. FAYT. | Proposition d'un modèle fonctionnel de la continence pour le diagnostic et la rééducation de l'incontinence urinaire à l'effort. Kiné. La Revue. Aout 2009. 39-44.

3. ANDERSON C.A. | OMAR M.I. | CAMPBELL S.E. | HUNTER K.F. | CODY J.D. | GLAZENER C.M. | Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 20;1:CD001843.

4. NEWMAN D.K. | GUZZO T. | LEE D. | JAYADEVAPPA R. | An evidence-based strategy for the conservative management of the male patient with incontinence. Curr Opin Urol. 2014; 24(6):553-9.

5. BERGHMANS B. | HENDRIKS E. | BERNARDS A. | DE BIE R. | OMAR MI. | Electrical stimulation with non-implanted electrodes for urinary incontinence in men. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD001202.

6. WOLIN K.Y. | LULY J. | SUTCLIFFE S. | ANDRIOLE G.L. | KIBEL AS. | Risk of Urinary Incontinence Following Prostatectomy: The Role of Physical Activity and Obesity. The Journal of urology. 2010;183(2):629-633.

7. SEGAL R.J. | REID RD. | COURNEYA KS ET AL. | Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercise in men receiving radiation therapy for prostate cancer. J Clin Oncol. 2009;27:344-351.

8. PARK SW. | KIM TN. | NAM JK. | HA HK. | SHIN DG | LEE W | KIM MS | CHUNG MK. | Recovery of Overall Exercise Ability, Quality of Life, and Continence After 12-Week Combined Exercise Intervention in Elderly Patients Who Underwent Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Study. Urology. 2012; 80(2):299-305.

9. J. W.L. KEOGH AND R. D. MACLEOD. | Body Composition, Physical Fitness, Functional Performance, Quality of Life, and Fatigue Benefits of Exercise for Prostate Cancer Patients: A Systematic Review. Journal of Pain and Symptom Management 2012 ;43 (1): 96-110.

10. Y. LIU | F HU & AL. | Does Physical Activity Reduce the Risk of Prostate Cancer? A Systematic Review and Meta-analysis. European Urology 2011 ; 60:1029 - 1044.

11. ZOPF EM. | BLOCH W. | MACTENS S. | ZUMBÉ J. | RÜBBEN H. | MARSCHNER S. | KLEINHORST C. | SCHULTE-FREI B. | HERICH L. | FELSCH M. | PREDEL HG. | BRAUN M. | BAUMANN FT. | Effects of a 15-Month Supervised Exercise Program on Physical and Psychological Outcomes in Prostate Cancer Patients Following Prostatectomy: The ProRehab Study. Integr Cancer Ther. 2015; 14(5):409-18.

12. ZIMMER ET AL. | Influence of a six month endurance exercise program on the immune function of prostate cancer patients undergoing Antiandrogen- or Chemotherapy: design and rationale of the ProlImm study . BMC Cancer 2013, 13:272.

13. BERNARDS ATM. | BERGHMANS BCM | SLIEKER-TEN HOVE MCP | STAAL JB. | DE BIE RA. | HENDRIKS EJM. | Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. International Urogynecology Journal. 2014; 25(2):171-179.

14. J. BORGHUIS | A.L. HOF | K.A LEMMINK. | The Importance of Sensory-Motor Control in Providing Core Stability. Implications for Measurement and Training. Sports Med 2008; 38 (11): 893-916.

15. STEENSTRUP | F. GIRALTE | E. BAKKER | P. GRISE. | Évaluation de l'activité électromyographique des MPP pendant des exercices posturaux à l'aide du jeu vidéo virtuel Wii Fit Plus®. Progrès en urologie. (2014) 24,1099-1105.

16. CAPSON AC. | NASHED J. | MCLEAN L. | The role of lumbopelvic posture in pelvic floor muscle activation in continent women. J Electromyogr Kinesiol 2011;21:166-77.

17. STEENSTRUP B. | BÉHAGUE L. | QUEHEN M. | Rééducation posturale avec le jeu vidéo Wii® en pelvi périnéologie : pourquoi pas ? Kinésithérapie, la Revue. 2015; 15(160) : 45-50.

18. DI GANGI HERMS ET AL. | 2006. Functional imaging of stress urinary incontinence. Neuroimage. 2006 Jan 1;29(1):267-75.

19. S.D.TADIC | D. GRIFFITHS | W. SCHAEFER | C. I. CHENG AND N. M. RESNICK. | Brain activity measured by functional magnetic resonance imaging is related to patient-reported severity of urgency urinary incontinence. J urol. 2010 ; 183(1): 221-228.

20. STEENSTRUP B. | CAREMEL R. | GRISE P. | Rééducation post- prostatectomie : analyse prospective de techniques non invasives. Kinesither Rev 2014; 15:33-7.