

Qu'est-ce la prostate ?

La prostate est une glande sexuelle masculine, de la taille d'une noix. Elle produit un liquide épais qui permet la propulsion du sperme par l'urètre et du pénis pendant les rapports sexuels. La prostate est située juste en dessous de la vessie et devant le rectum. Elle est étroitement intriquée avec les sphincters qui assurent le continence urinaire.

Toute modification de la forme ou du volume de cette glande peut avoir des retentissements sur l'écoulement des urines.

Quels sont les chiffres ?

Plus de 60 000 nouveaux cas de cancer de la prostate par an. Cette glande peut être le siège d'une hypertrophie, d'une infection ou d'un cancer. Avec 60 000 nouveaux cas chaque année en France, le cancer de la **prostate** est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Il constitue également la deuxième cause de mortalité (9 200 victimes en 2005), derrière le **cancer du poumon**.

Source : [Destinationsanté](#)

Quels sont les examens de dépistage ?

- Le toucher rectal est le premier examen de dépistage.
 - Le PSA vient en suivant qui est un test sanguin mesurant l'antigène prostatique spécifique.
 - Les biopsies qui permet de confirmer l'état du tissu cancéreux.
- Des examens complémentaires peuvent être demandés comme : scanner, IRM, scintigraphie ... Si à la suite de ces examens, un cancer est diagnostiqué, des discussions avec votre médecin commenceront à propos des différentes options de traitement. Les conséquences de chaque traitement proposé seront alors évoquées. Votre médecin référent vous conseille alors de consulter un urologue afin de voir quelques sont les solutions possibles.

Quels sont les protocoles proposés par votre urologue ?

Différents protocoles peuvent vous être proposés en fonction de votre âge et en fonction des éléments trouvés.

- Chirurgie : prostatectomie par voie ouverte ou coelioscopie
- Ablation, curiethérapie, radiothérapie, hormonothérapie...

Le choix de la prostatectomie radicale a été choisi, très souvent après en avoir longuement débattu avec votre épouse ou compagne, tout en étant averti par votre urologue des éventuelles conséquences, à savoir :

- Fuites urinaires à l'effort
- Troubles sexuels possibles à savoir : troubles de l'érection, impuissance.

La rééducation est-elle vraiment nécessaire ?

La continence post-opératoire se rétablit progressivement après l'intervention en fonction de la préservation ou non du sphincter urinaire, de la durée du sondage, de l'âge du patient.

Cependant, de plus en plus, les chirurgiens proposent quelques séances (5) avant l'intervention, qui vous permettront d'établir une relation de confiance avec le kinésithérapeute et de mieux cerner votre contrôle sphinctérien. De ce fait cette rééducation post-opératoire vous sera certainement moins angoissante et donc plus facile.

L'incontinence peut survenir à des degrés plus ou moins importants. Dans le cas d'incontinence massive et permanente, la place de la rééducation est à discuter. Mais il est bon cependant de tenter quelques séances pour juger ou non de la réelle efficacité.

Elle peut se produire de suite à l'ablation de la sonde et continuer durant quelques jours parfois même durant un temps bien plus long. La mise en place d'une sonde peut participer à une diminution de la sensibilité urétrale.

En général, si les fuites sont exacerbées et qu'elles perdurent au-delà d'un mois, votre urologue pourra alors vous prescrire des séances de rééducation pelvi-périnéale.

Cette intervention est une épreuve difficile pour un homme qui se retrouve face à ce corps meurtri : *cancer/ablation/incontinence/impuissance*.

Pouvoir en parler avec son entourage et notamment avec sa compagne afin d'assumer moins difficilement ce suivi post-opératoire, est primordial. Le fait de cacher, de minimiser les fuites urinaires entraîne une méconnaissance qui peut engendrer une angoisse supplémentaire.

La rééducation est-elle efficace ?

La rééducation est efficace s'il n'y a pas eu de dommage irréversible du sphincter urinaire durant l'intervention, si elle est pratiquée par un kinésithérapeute spécialisé dans cette technique. L'amélioration peut prendre entre deux mois, six mois et un an selon chaque cas. Les progrès sont souvent en dent de scie entraînant des périodes de découragements mais aussi d'espoir. Il n'est pas possible de savoir à l'avance, combien de séances seront nécessaires.

La rééducation : pourquoi ?

Après chirurgie de la prostate, variable selon le type d'intervention, une incontinence peut en

résulter. Elle se manifeste le plus souvent à la "dynamique" c'est à dire à l'effort : toux, poids, sport, changements de position... Elle peut être aussi permanente à type de "gouttes à gouttes". Et parfois, elle peut être présente la nuit.

La rééducation pelvi-périnéale a pour objectif de vous aider à récupérer le plus rapidement possible et avec une meilleure qualité votre continence, en renforçant la tonicité des muscles de "soutien pelvien" qui servent de "verrou" à la vessie.

En post-opératoire, elle est prescrite par votre urologue si les fuites sont modérées et persistantes. En règle générale, dans le contexte d'une incontinence *massive et permanente*, la rééducation ne sert que d'accompagnement.

Perdre ses urines en plus d'être inconfortable, est un véritable handicap qui dépend beaucoup de la façon dont vous ressentez cet état souvent humiliant vis-à-vis de vous même mais aussi de votre entourage. La prise en charge rééducative est là pour vous aider à en parler et à mieux maîtriser votre quotidien.

La rééducation : en quoi consiste t'elle ?

Elle vise à renforcer les muscles de "soutien pelvien" qui servent de verrou. Cette fonction était naturellement possible par la présence de la prostate mais suite à cette prostatectomie, le verrou se trouve fortement fragilisé.

Avant toute rééducation, il est bon de s'assurer par une analyse d'urine, qu'il n'y a pas d'infection urinaire.

Il est important d'avoir un premier entretien avec votre kinésithérapeute qui saura vous expliquer, le déroulement des séances afin de pouvoir dédramatiser votre situation.

C'est une rééducation active qui vous demande une réelle participation afin de bien sentir quels sont les bons muscles qui doivent participer à la contraction. Les progrès sont souvent lents et un délai de 6 mois à 1 an au plus, est préconisé pour obtenir une meilleure continence.

- *La prise en charge doit être individuelle*, j'insiste beaucoup sur ce point car le dialogue entre le patient et le thérapeute est un facteur primordial pour la bonne poursuite et la réussite du traitement.
- *Écouter* : tout organe est important mais la prostate, cette petite châtaigne qui n'est plus, est non pas un petit mais un grand vide. Les patients qui viennent en rééducation ont besoin d'exprimer leur souffrance.

A nous, les professionnels de la santé, d'être à l'écoute de nos patients.

En post-opératoire, une prise en charge de type éducative et comportementale est préconisée en première instance à savoir :

- Un calendrier mictionnel avec si possible le nombre de protections utilisées par jour/nuit
- Verrouillage périnéal à faire de temps en temps au repos. Ne pas pousser lors de la miction.
- Surveillance des boissons : boire de petites quantités à la fois mais souvent..
- Gestions des protections : éviter l'étui pénien sauf en cas de nécessité absolue, opter pour le port de protections à changer régulièrement pour éviter des irritations et une infection urinaire.
- Eviter de soulever des poids, de faire de longs trajets en voiture...

Il est recommandé de poursuivre cette prise en charge comportementale, tant que vos fuites persistent car l'intervention a fragilisé votre sphincter. Il devient ainsi plus fatigable et tout effort abdominal contribue à accentuer votre incontinence.

>> La rééducation pelvi-périnéale proprement dite débute par 2 séances par semaine, si les fuites persistent au delà de un à deux mois environ :

- Apprentissage du verrouillage périnéal soit manuel soit par biofeedback.
- En cas de biofeedback, il existe deux possibilités, soit par sonde anale soit par la pose d'électrodes cutanées autocollantes positionnées de chaque côté de la marge anale, au niveau du noyau fibreux central du périnée, situé entre la base des testicules et le sphincter anal. Le principe du biofeedback est de mieux visualiser sur un appareil votre verrouillage périnéal.

Si vos fuites persistent au delà de 6 mois, une prise en charge rééducative différente sera alors proposée en accord avec votre urologue. A savoir, une technique de stimulation électrique.

Dans le cas, d'un non retour à la continence après cette prise en charge rééducative, votre urologue sera amené à vous proposer d'autres traitements.

N'oubliez-pas que l'équipe médicale, chirurgicale, rééducative restera toujours à votre écoute pour répondre à vos doutes et vos interrogations.

La rééducation pelvi-périnéale est une technique astreignante mais non douloureuse. Elle est là pour vous aider à assumer dans de meilleurs conditions votre quotidien. Et même si les résultats sont lents après cette chirurgie, il n'y a aucune raison pour que vous ne retrouviez pas votre dynamisme d'avant. Faut y croire.

Nota : les données contenues dans ce post n'engagent que la responsabilité de l'auteur, moi-même (Françoise, webmaster du site)

Le contenu du site est essentiellement informatif. Sollicitez toujours l'avis de votre médecin pour toutes les questions concernant votre santé.
