par les Drs Camille DUBUS,
et Caroline MICHOT

médecins généralistes

contactRMG@ssmg.be

Médicaments et incontinence urinaire : faut-il y penser ?

L'incontinence urinaire est une affection très fréquente : elle touche jusqu'à 60 % des femmes de plus de 60 ans, et 31 % des hommes de plus de 85 ans. Certains médicaments très fréquemment prescrits peuvent aggraver ou contribuer à la survenue d'une incontinence urinaire. Pourtant, rares sont les prescripteurs qui pensent à rechercher une cause médicamenteuse devant un patient se présentant pour une incontinence urinaire.

L'incontinence urinaire d'effort survient quand il y a une perte d'urine involontaire lorsque la pression intra-abdominale dépasse la capacité de fermeture du sphincter urétral, lors de la toux ou du rire par exemple. Ce type d'IU peut donc être précipité par les médicaments ayant un effet relaxant sur le sphincter urétral, ou diminuant le tonus musculaire du plancher pelvien (**alpha1-bloquants, antipsychotiques, IEC**). Les **œstrogènes** utilisés dans le traitement hormonal substitutif endommagent le collagène périurétral.

L'incontinence urinaire d'urgence se caractérise par une envie irrépressible d'uriner suite à une perturbation du fonctionnement de la vessie : la vessie se contracte involontairement. Une vessie hyperactive ou une obstruction à la sortie de la vessie (liée à une hypertrophie de la prostate) peuvent en être des explications. Les médicaments tels que les **inhibiteurs de l'acétylcholinestérase** ou les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** peuvent amplifier cette contractilité vésicale.

Lorsque des éléments de l'IU d'urgence et de l'IU d'effort sont retrouvés, on parle d'IU mixte.

L'incontinence urinaire par regorgement est liée à une accumulation d'urines dans la vessie et une vidange incomplète après miction, dues à une obstruction à la sortie de la vessie (prolapsus utérin ou hypertrophie prostatique) ou lors d'hypoactivité détrusorienne (atteinte neuropathique). **Les anticholinergiques, anticalciques, agonistes alpha-1-adrénergiques et opioïdes** réduisent également la contractilité de la vessie.

Les médicaments ayant un pouvoir **sédatif** (benzodiazépines ou autres) ou les diurétiques vont quant à eux renforcer **l'incontinence urinaire fonctionnelle**, c'est-à-dire lorsqu'il y a une difficulté à retenir la miction en l'absence de cause organique (lors de démence, lorsque le patient ne parvient pas à atteindre les toilettes à temps, en cas de sédation, etc.).

Penser à revoir la liste des médicaments face à une plainte d'incontinence urinaire peut aider à améliorer la qualité de vie et le confort du patient. Parfois, une modification dans l'horaire ou la posologie de la prise suffit à diminuer considérablement les symptômes. Les œstrogènes oraux, alphabloquants, antidépresseurs et antipsychotiques sont les principales molécules à avoir à l'œil. (CD)

Anthonioz Y, Vukovic J, Mancinetti M. Médicaments et incontinence urinaire : faut-il y penser ? Rev Med Suisse 2021 ; 17 : 1521-5

Mots-clés : incontinence urinaire, effets secondaires médicamenteux.

AVERTISSEMENT

La « Revue des revues » vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la « Revue de la Médecine Générale » estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au siège de la SSMG.

Dépistages : que faire au-delà de 75 ans ?

La population âgée est hétérogène : si certains patients sont robustes, d'autres sont fragiles et l'âge seul est insuffisant pour déterminer l'état de santé d'un patient. La prévention doit être individualisée pour chaque patient.

Face à un patient âgé, il est important d'estimer **l'espérance de vie résiduelle** (EVR) et de le confronter au délai d'apparition des bénéfices attendus après une certaine intervention (***Time to Benefit***). Pour le dépistage du cancer colorectal par exemple, le *Time to Benefit* est de 10 ans. Pour le dépistage du diabète

et du cancer du sein, 10 également. Pour le dépistage du cancer de la prostate, le Time to Benefit est de 10 à 15 ans. Pour l'HTA, le *Time to Benefit* est de 1-2 ans et pour la dyslipidémie, 2 à 5 ans.

Une intervention de dépistage est indiquée si l'EVR est supérieure au *Time to Benefit*. Si l'EVR estimée est égale au *Time to Benefit*, l'intervention est à discuter.

Quoi qu'il en soit, les désirs du patient, leurs attentes et leurs priorités en termes de soins doivent toujours être pris en compte. Discuter de l'EVR peut être difficile tant pour les soignants que pour les patients. Cette thématique devrait être abordée après avoir discuté avec le patient de ses préférences individuelles.

L'élaboration d'un projet de soins anticipé permet une prise en charge adaptée au patient dans toutes ses dimensions.
Des questions telles que « Que devrais-je connaitre sur vous pour bien vous soigner ? », « Qu'attendez-vous de mes soins ? Quelles sont vos priorités en termes de soins médicaux ? » ou encore « Dans une situation où il n'est pas clair si une intervention médicale est nécessaire, avez-vous tendance à vouloir agir ou attendre et voir si une action est nécessaire ? » permettent d'amorcer la discussion en termes de valeurs et objectifs de soins d'une personne âgée. (CD)

Vilas Boas A, Selby K, Cornuz J et al. Dépistages : que faire au-delà de 75 ans ? Rev Med Suisse 2020 ; 16 : 2156-9

Mots-clés : espérance de vie résiduelle, *Time to Benefit*, Projet de Soins Anticipé, dépistage, prévention.

La médecine face au sexe, au genre et aux sexualités

Jusqu'au XIXe siècle, selon le modèle du sexe unique, le vagin et le pénis étaient analogues, le vagin étant une « version inachevée et inversée » du pénis. Par la suite, on cherche à distinguer les hommes et les femmes, commence alors l'étude des comportements sociaux et sexuels.

Au XIXe siècle, l'aliénisme, ancêtre de la psychiatrie, se consacre à l'étude des comportements. Les comportements déviants de la norme sont alors considérés comme des perversions sexuelles.

Sigmund Freud (1856-1939) est le père de la notion de psychisme. Selon lui, les comportements sexuels à l'âge adulte seraient influencés par des éléments refoulés des relations parentales durant l'enfance. Le « phallus » prend une place importante, symbole de puissance qui explique et justifie les différences d'accès au pouvoir dans l'espace public entre les hommes et les femmes. L'ordre social serait incarné par l'hétérosexualité matrimoniale, considérée alors comme le développement psychosexuel normal. Les autres développements, considérés comme « pathologiques », mèneraient à des perversions sexuelles.

A la fin du XIXe siècle, le physiologiste et neurologue français Charles-Edouard Brown-Séquard (1817-1894) participe à la théorisation du lien entre les « sécrétions internes » et la régulation physiologique. A cette époque, la mise en place de la différenciation sexuelle et l'orientation sexuelle sont attribuées aux hormones. Les hormones se retrouvent ainsi « genrées ». Tout se complique quand on découvre dans les années 1920, que les hormones peuvent avoir des effets à la fois « masculinisants » et « féminisants », et que les personnes peuvent sécréter des hormones attribuées au sexe opposé. On parle même d'« hermaphrodisme latent » pour expliquer ce phénomène.

Le juriste Karl Heinrich Ulrichs (1825-1895) va introduire le concept de « troisième sexe », qui intègre les personnes qui n'entrent pas dans les catégories sociales d'homme ou de femme (personnes intersexes, homosexuelles, bisexuelles, etc.). Magnus Hirschfeld (1868-1932), également juriste, précurseur de la sexologie et défenseur des droits des personnes homosexuelles, va justifier la dépénalisation de l'homosexualité en utilisant cette notion de « troisième sexe » et l'idée que l'homosexualité est un caractère inné. Il est le premier à distinguer les personnes dites « travesties » et les personnes homosexuelles. Il fonde également l'Institut de recherche sexuelle à Berlin en 1919.

L'endocrinologue et sexologue Henry Benjamin (1885-1986) distingue les personnes dites « travesties » et les personnes « transsexuelles ». Les personnes transsexuelles éprouveraient un dégout pour leur sexe et auraient un désir de le changer, notamment sur le plan anatomique. Il reconnait une différence entre la « sexualité mentale et physique », ou le genre et l'orientation sexuelle.
Hirschfeld et Benjamin pensent qu'un traitement psychologique est peu efficace pour « traiter » les personnes transsexuelles, ils vont proposer des interventions physiques pour changer de sexe.

C'est le psychologue et sexologue John Money (1921-2006) qui va amener la distinction entre le sexe (biologique et visible) et le genre (sentiment identitaire de la personne). Selon lui, l'environnement aurait un rôle central dans la construction du rôle de genre. Dans la deuxième moitié du XXe siècle, on va souvent assigner un sexe de façon irréversible et dans l'urgence aux enfants présentant des organes génitaux ne permettant pas de les classer dans une des deux catégories existantes. La prise en charge de

ces enfants dits « intersexes » était alors considérée comme réussie si à la puberté, ceux-ci se retrouvaient attirés par le sexe opposé à celui qui leur avait été assigné à la naissance.

Le psychiatre et psychanalyste Robert Stoller (1925-1991) sera le premier à distinguer véritablement le sexe biologique et l'identité de genre. Il utilise cette notion d'« identité de genre » pour s'intéresser aux personnes pour lesquelles le sexe et le genre ne concordent pas.

La philosophe Judith Butler (1956-) s'attaque à la déconstruction du genre et reprend l'idée que le sexe biologique est une construction sociale, issu d'une lecture du corps biaisée par les rapports de domination. Elle fonde la théorie de la **performativité du genre** qui introduit l'idée que « le genre est une série d'imitations et de rejets à partir de modèles et de tabous culturels qui dépendent d'une exposition à un discours rigide au service de la stabilité hétéronormée ».

Les catégories de sexe et de sexualité utilisées aujourd'hui ne sont pas des réalités figées et objectives, elles dépendent du contexte dans lequel elles sont produites, et restent fortement influencées par la société. (CM)

Barbe J, Arena F. La médecine face au sexe, au genre et aux sexualités. Rev Med Suisse 2023 ; 19 : 831-3. DOI : 10.53738 REVMED.2023.19.824.831

Mots-clés : genre, sexualités.

Le régime cétogène : efficace contre le cancer ?

Le régime cétogène vise à reproduire un état de jeûne prolongé (cétose) par une restriction importante des apports en glucides et une majoration des lipides. L'hypothèse est simple : les cellules cancéreuses ont une affinité pour le glucose (effet Warburg : métabolisation du glucose en acide lactique, augmentation de l'absorption du glucose par un facteur de 5 à 35), un régime pauvre en glucides permettrait donc d'affaiblir leur métabolisme et de ralentir leur croissance de façon sélective.
Cependant, les données scientifiques disponibles chez l'humain sont limitées et non concluantes. De plus, ce type de régime s'accompagne d'une perte pondérale significative.
Le régime cétogène n'est donc pas indiqué dans le traitement du cancer selon les recommandations du Réseau Nutrition Activité physique Cancer recherche et de la Société européenne de nutrition clinique et métabolisme. Néanmoins, si les patients désirent suivre ce type d'approche, il est proposé de réaliser un encadrement du régime, en l'absence de contrindication, afin de maintenir le lien thérapeutique et prévenir les effets indésirables (constipation, diarrhées, nausées, vomissements, fatigue…). (CM)

Tankeu AT, Barigou M, Pedro R, Micheli RD, Bodmer A, Genton L, Collet T, Tran C. Le régime cétogène : efficace contre le cancer ? Rev Med Suisse 2023 ; 19 : 576-80. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.819.576

Mots-clés : régime cétogène, cancer.

Quelle relation entre alcool et obésité ?

L'alcool est une substance orexigène par son action sur le système de régulation cérébrale de la faim et de la satiété et sur le système mésolimbique de la récompense. Il est également source de calories (1 gramme contient 7,1 kcal) et favorise le stockage des lipides en bloquant leur oxydation.
Rappelons que 3,3 millions de décès par an sont associés à l'utilisation de boissons alcoolisées d'après l'OMS.

On observe des impacts différents sur le poids selon le type de consommation d'alcool :

- surpoids ou obésité sont observés de manière prévalente chez les ***heavy*** (consommation à risque : homme > 4 boissons/J ou > 14/semaine, femme > 3/J ou > 7/semaine) et ***binge*** *drinkers* (consommation épisodique : homme > 4 en 2 h, femme > 3 en 2 h), chez les consommateurs de bières et spiritueux, et chez les personnes augmentant la fréquence et/ou l'intensité des boissons alcoolisées ;
- poids normal ou perte pondérale chez les patients souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool : on observe une activation du MEOS (Microsomal Ethanol-Oxidizing System, dont l'énergie est surtout utilisée pour la thermogenèse, responsable d'un gaspillage d'énergie), des carences alimentaires et une toxicité hépatique (et les conséquences métaboliques de l'insuffisance hépatique).

La RMS affirme que la majoration de la consommation d'alcool a contribué à l'augmentation de la prévalence de l'obésité. (CM)

Nascè A, Pataky Z. Quelle relation entre alcool et obésité ? Rev Med Suisse 2023 ; 19 : 552-4. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.819.552

Mots-clés : alcool, obésité.