Dysfonction du plancher pelvien chez la femme : incontinence urinaire et prolapsus des organes pelviens

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 28 (7), août 2020

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire et le prolapsus des organes pelviens (POP) sont fréquents et affectent souvent les femmes de manière concomitante. Ces troubles nuisent à la qualité de vie, au fonctionnement sexuel et à la santé mentale. Bien que ces affections soient très répandues, les femmes hésitent souvent à se faire soigner ou à évoquer leurs symptômes en raison d'une gêne ou d'un manque de connaissance des options thérapeutiques.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer les patientes qui présentent une dysfonction du plancher pelvien, y compris une incontinence urinaire;
- de recommander une prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de l'incontinence urinaire;
- d'évaluer les patientes présentant un POP et de recommander une prise en charge, y compris des pessaires;
- d'orienter opportunément les patientes pour obtenir l'avis d'un spécialiste.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 12
Collaborateurs et déclarations 15
Références bibliographiques 16
Annexes 18

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Marie, âgée de 41 ans, G2P2

Marie est une directrice de projet occupée. Elle vient aujourd'hui à la clinique pour faire renouveler son ordonnance d'antihistaminique sans somnolence qu'elle prend pour une rhino-sinusite saisonnière. Alors qu'elle est sur le point de partir, Marie mentionne un problème qu'elle trouve gênant et que ses éternuements récents ont toutefois accentué. Elle a remarqué qu'elle évacue un peu d'urine lorsqu'elle éternue ou tousse de manière inattendue.
Elle ajoute qu'elle a des pertes d'urine négligeables à modérées durant certains exercices, comme les sauts avec écart. Marie ne veut pas renoncer à son programme d'exercice, mais trouve cela très gênant. Elle se demande aussi si l'exercice aggrave les choses.

Que répondriez-vous aux préoccupations rapportées aujourd'hui par Marie?

Deuxième partie

Marie revient quelques semaines plus tard, après avoir rempli le questionnaire sur l'incontinence que vous lui aviez remis. Les résultats de son analyse d'urine sont normaux et ses symptômes urinaires persistent.

Les réponses de Marie au questionnaire concordent davantage avec une incontinence d'effort. Il lui arrive souvent d'avoir de petites pertes d'urine lorsqu'elle fait de l'exercice, en particulier des activités à impact plus élevé, mais elle n'a pas de fuite durant ses activités quotidiennes habituelles. Elle n'a pas d'envies impérieuses et soudaines d'uriner et peut se rendre à temps à la salle de bain. Elle porte une serviette hygiénique seulement pendant l'exercice, mais cela peut être assez incommode.

Au cours du dernier mois, son incontinence l'a davantage incommodée; elle qualifie ce problème de modéré. Une anamnèse plus complète révèle qu'elle boit deux tasses de café le matin puis une grande bouteille d'eau pendant son

trajet à la maison à la fin d'une journée chargée. Elle boit de l'eau durant son cours d'exercice physique, une tisane presque tous les soirs et peut-être un ou deux verres de vin durant la fin de semaine. Son alimentation est riche en fibres et elle va à la selle régulièrement. Elle ne fume pas.

Elle a eu deux accouchements vaginaux spontanés. Ses filles, âgées de 13 et 16 ans, pesaient toutes les deux environ 3,7 kg à la naissance. Elle suit des cours d'entraînement à intervalles de forte intensité, un cours de zumba deux fois par semaine et un cours de Pilates axé sur le renforcement des muscles abdominaux la fin de semaine. Elle n'a jamais subi d'intervention chirurgicale abdominale.

Elle accepte de subir aujourd'hui un examen. Son IMC est de 22. Un examen pelvien est effectué, dont une palpation bimanuelle; la force de son plancher pelvien fait l'objet d'une attention particulière. L'examen révèle une légère faiblesse, mais sans cystocèle, rectocèle ni prolapsus utérin manifeste. Son col utérin paraît sain et un frottis de Pap de routine est effectué pour lui épargner une autre visite.

Marie se demande ce qu'elle peut faire d'autre. Elle a entendu parler d'une nouvelle intervention chirurgicale pour ce problème et demande si cette option pourrait lui convenir.

Quelle serait votre approche avec Marie?

Cas numéro 2 : Pierrette, âgée de 56 ans, G3P3

Pierrette enseigne la musique à l'école secondaire locale. Elle est atteinte d'hypertension et de diabète de type 2, tous deux maîtrisés par la chlorthalidone à 12,5 mg et la metformine à 500 mg 2 f.p.j., respectivement. Elle prend également de l'atorvastatine à 40 mg quotidiennement. Pierrette a eu un accouchement vaginal et deux césariennes; ses trois enfants pesaient environ 3,4 kg.

Elle vient aujourd'hui à la clinique pour savoir si elle a contracté une infection urinaire. Depuis plusieurs mois, elle a de plus en plus de mal à retenir son urine. Cela se produit surtout lorsqu'elle ressent le besoin impérieux de vider sa vessie et qu'elle doit se dépêcher de trouver une salle de bain. C'est très incommode durant sa journée de travail étant donné qu'il ne lui est pas toujours facile de sortir de la classe durant les heures de cours. Il lui est arrivé occasionnellement d'avoir de petites pertes d'urine lorsqu'elle toussait ou éternuait ou que sa vessie était pleine. Mais la semaine dernière, son incontinence s'est déclarée pendant les cours et lors d'une réunion : elle n'a pas réussi à se rendre à la salle de bain – c'est pourquoi elle a pris ce rendez-vous. Elle redoute beaucoup que cela se reproduise à nouveau. Pierrette signale également que la nycturie la réveille au moins deux fois par nuit depuis six mois.

Elle n'a présenté ni fièvre ni douleur abdominale ou lombaire. Patty a récemment subi un examen pelvien à l'occasion d'un frottis de Pap il y a cinq mois, et en dehors d'une légère atrophie vaginale, aucun prolapsus manifeste n'avait été décelé. Elle est en ménopause depuis l'âge de 52 ans et est sexuellement active avec son partenaire de longue date. Elle n'a aucune préoccupation d'ordre sexuel en dehors d'une légère sécheresse vaginale pour laquelle elle utilise un gel lubrifiant durant les rapports sexuels. Elle souffre occasionnellement de bouffées de chaleur, mais s'estime assez chanceuse au chapitre de la ménopause étant donné que sa sœur présente des symptômes bien plus éprouvants.

Quels autres renseignements seraient utiles?

Deuxième partie

Pierrette boit deux à trois tasses de thé par jour. Elle est relativement sédentaire, étant trop fatiguée à la fin de sa journée de travail. Elle marche un peu pendant la fin de semaine, mais son poids lui cause des problèmes. Son IMC est de 29. Son taux d'HbA_{1c} mesuré le mois dernier était de 6,8 %. Sa fonction rénale, notamment son rapport albumine-créatinine, au cours des six derniers mois était normale et ses taux de lipides étaient aux valeurs cibles. Les résultats de son analyse d'urine aujourd'hui sont normaux. Elle rapporte de la constipation.

Comment prendriez-vous en charge l'incontinence de Pierrette?

Troisième partie

Pierrette revient à la clinique six mois plus tard. Bien qu'elle se soit attelée à apporter des changements à son mode de vie et à faire des exercices de renforcement du plancher pelvien pendant plusieurs mois, elle n'a perdu qu'un seul kilo et n'a remarqué aucune amélioration de son incontinence urinaire. Elle présente parfois une irritation de la peau périnéale. Elle va à la selle plus régulièrement et souffre moins de constipation depuis qu'elle a augmenté son apport en fibres. Elle demeure très gênée par son incontinence urinaire et espère que quelque chose peut être fait.

Quelle serait votre approche à présent?

Qu'en serait-il si Pierrette était une enseignante à la retraite de 78 ans qui vivait seule?

Cas numéro 3 : Éléonore, âgée de 69 ans, G2P2

Éléonore vient rarement vous consulter à la clinique. Elle se dit active, fait du ménage et du jardinage et se consacre aussi à son petit-fils de trois ans dont elle s'occupe pendant que ses parents sont au travail. Veuve, elle n'est pas active sexuellement. Elle a eu deux accouchements vaginaux spontanés. Elle se souvient que ses deux enfants pesaient environ 2,9 kg.

Éléonore est inquiète parce qu'elle a remarqué une sensation récente de pression et de saillie dans le vagin. Cela se produit surtout lorsqu'elle soulève son petit-fils ou qu'elle déplace de grosses pierres dans le jardin. Elle doit vider sa vessie un peu plus fréquemment; parfois, elle doit se forcer à uriner sans toutefois devoir appliquer de pression manuelle. Il lui arrive d'avoir de petites pertes d'urine involontaires lorsqu'elle tousse ou éternue. Elle ne rapporte pas de miction impérieuse.

Éléonore n'a pas d'antécédents de constipation ou d'incontinence fécale. Elle n'a remarqué ni perte ni saignement vaginal. Elle est entrée en ménopause à l'âge de 52 ans. Le frottis de Pap qu'elle a subi il y a trois ans était normal. Elle boit une tasse de thé le matin et sirote de l'eau citronnée toute la journée, car elle a entendu dire que huit verres d'eau par jour la garderaient en bonne santé. Éléonore prend du ramipril à 10 mg et rien d'autre. Sa tension artérielle aujourd'hui est de 122/72. Son IMC est de 23; son poids est stable.

Comment évalueriez-vous Éléonore?

Deuxième partie

Un examen physique est effectué à la visite d'aujourd'hui. Son abdomen est mou et ne présente aucune sensibilité, aucune masse abdominale n'est manifeste. Un examen pelvien ne révèle aucune lésion externe et une atrophie associée à la ménopause est observée. Aucun prolapsus n'est manifeste en position gynécologique, mais la manœuvre de Valsalva révèle que le col est descendu à mi-chemin du canal vaginal, à environ 3 cm de l'orifice vaginal. Elle présente une légère saillie de la paroi vaginale antérieure. Vous effectuez un frottis de Pap et elle doit subir un examen de dépistage systématique.

Elle passe une analyse d'urine sur bandelette réactive qui ne révèle rien d'anormal.

De quelles options de prise en charge discuteriez-vous avec Éléonore?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. La dysfonction du plancher pelvien est une expression générale qui englobe des affections comme l'incontinence urinaire et le POP[1].

2. L'incontinence urinaire, qui désigne des pertes d'urine involontaires, affecte environ 25 % des jeunes femmes, 44 à 57 % des femmes d'âge moyen et ménopausées, et 75 % des femmes âgées[2]. Il en existe trois sous-types :
   - Incontinence urinaire d'effort : fuites involontaires d'urine associées à l'effort/exercice ou aux éternuements/toux.
   - Incontinence urinaire par impériosité* : fuites involontaires d'urine associées à une miction impérieuse, généralement accompagnées de pollakiurie et de nycturie (les facteurs déclencheurs comprennent notamment le froid, l'écoulement d'eau).
   - Incontinence urinaire mixte : effort et impériosité, à savoir une perte involontaire d'urine associée à une miction impérieuse, à l'exercice physique, aux éternuements ou à la toux[2].

   *Les expressions « incontinence urinaire par impériosité » et « vessie hyperactive » sont souvent employées de manière interchangeable. Bien que les deux soient similaires, la vessie hyperactive est un terme du domaine diagnostique à portée plus large qui regroupe la miction impérieuse avec ou sans incontinence (parfois désignée comme vessie hyperactive humide ou sèche, respectivement), la pollakiurie et la nycturie, en l'absence d'infection urinaire ou d'autres pathologies manifestes[2,3].

3. Le POP désigne la descente des organes pelviens (vagin, utérus, vessie, rectum) dans ou à travers le vagin[4]. À l'examen physique, une perte de soutien vaginal ou utérin affecte 39 à 76 % des femmes qui se présentent pour recevoir des soins[4] gynécologiques de routine, même si seulement 3 % d'entre elles signalent des symptômes[5].

4. L'incontinence urinaire et le POP sont souvent concomitants : jusqu'à 60 % des femmes présentant un POP reçoivent aussi un diagnostic d'incontinence urinaire, alors que près de 40 % de celles atteintes d'incontinence urinaire présentent un certain degré de POP[6]. Sans surprise, l'incontinence urinaire et le POP partagent plusieurs facteurs de risque puissants communs[2,7,8] :

- Âge avancé.
- Multiparité.
- Mode d'accouchement : les accouchements vaginaux et par césarienne augmentent le risque des deux affections, mais le risque est plus élevé avec les accouchements vaginaux.
- Surpoids et obésité.
- Antécédents familiaux de l'affection.
- Constipation chronique.
- Antécédents d'hystérectomie, pouvant endommager/affaiblir les muscles du plancher pelvien. Son rôle dans le POP prête à controverse.
- Ménopause.

5. Autres facteurs de risque :
   - Incontinence urinaire : tabagisme, infections urinaires récurrentes, apport liquidien (en particulier la caféine), activités à impact élevé (p. ex., course, sauts)[8].
   - POP : troubles du tissu conjonctif (p. ex., syndrome d'Ehlers-Danlos), toux chronique, soulèvement répété d'objets lourds[6].

ÉVALUATION INITIALE

Malgré des aspects propres à l'évaluation et au diagnostic de l'incontinence urinaire et du POP (évoqués séparément à la section Renseignements généraux), l'évaluation initiale des femmes présentant n'importe quel type de dysfonction du plancher pelvien suppose une approche similaire.

Dépistage

6. La *Women's Preventive Services Initiative*, dirigée par l'*American College of Obstetrics and Gynecology*, a publié une recommandation récente de dépistage annuel de l'incontinence urinaire chez les femmes non enceintes n'ayant jamais reçu ce diagnostic. Idéalement, l'examen de dépistage doit viser à évaluer si ce trouble affecte leurs activités et leur qualité de vie [faible recommandation, preuves de niveau très faible à faible]. Cette recommandation procédait surtout de la prévalence élevée de l'incontinence urinaire, de son impact sur la qualité de vie ainsi que de l'efficacité des traitements. Aucune étude n'a examiné directement l'efficacité du dépistage pour ce qui est de l'amélioration des symptômes, de la qualité de vie ou des capacités fonctionnelles[9].

Tableau 1. Anamnèse[1-3,7,8,10,11]

Questions	Particularités
Nature et ampleur des symptômes urinaires ou intestinaux, et mesure dans laquelle ceux-ci affectent la fonction physique ou sexuelle ou la qualité de vie	• Symptômes de rétention : pollakiurie (pendant la journée), nycturie, miction impérieuse, incontinence urinaire d'effort, fuite constante (pouvant rarement signaler une fistule) • Symptômes mictionnels : retard mictionnel, miction par poussée, induction manuelle en vue de provoquer ou d'achever la miction, jet mictionnel faible ou intermittent • Symptômes post-mictionnels : sensation de vidange incomplète, pertes de fin de miction • Dysfonction intestinale (constipation, incontinence intestinale, vidange intestinale incomplète) • Pression ou saillie vaginale, utilisation de serviettes hygiéniques
Antécédents gynécologiques et obstétriques	• Grossesse et mode d'accouchement, utilisation de forceps, antécédents de diabète gestationnel • Antécédents menstruels/symptômes ménopausiques • Antécédents sexuels (dyspareunie)
Médicaments actuels susceptibles d'affecter la miction et/ou la fonction intestinale	• Médicaments ayant des effets anticholinergiques connus : antidépresseurs (en particulier les tricycliques), antipsychotiques, antihistaminiques, relaxants musculaires, inhibiteurs calciques • Narcotiques
Comorbidités : affections médicales et neurologiques susceptibles d'affecter la miction	• Surpoids/obésité • Facteurs neurologiques : troubles du rachis lombaire, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, maladie de Parkinson • Diabète, syndrome métabolique • Insuffisance cardiaque ou rénale • MPOC, toux chronique • Dépression • Constipation chronique
Antécédents familiaux	Incontinence urinaire ou POP
Apport liquidien quotidien	Quantité, type de liquides et moments de la consommation de liquide
Activité/profession	Soulèvement d'objets lourds, course/sauts

Examen physique

7. L'examen physique comprend notamment[1,2,7,8,10,12] :
   - Un examen abdominal et pelvien visant à écarter la présence de masses pelviennes ou une rétention urinaire, à déceler un POP (Renseignements généraux, point 38 pour une technique d'examen détaillée) et à déterminer la force du plancher pelvien (figure 1).
   - Une inspection des organes génitaux externes et de l'épithélium vaginal, visant à déceler une atrophie vaginale, une irritation ou une rupture cutanée.
   - Un test par efforts de poussée, s'il y a lieu (p. ex., incertitude liée au diagnostic ou bilan en vue d'une intervention chirurgicale) : évaluer l'écoulement urinaire lorsque la patiente tousse en position debout.
   - Une bandelette urinaire réactive permettant de déceler une infection et l'hématurie.
   - D'autres manœuvres propres à l'affection (voir les sections portant sur l'incontinence urinaire et le POP).

INCONTINENCE URINAIRE

Questionnaires

8. Il est important de déterminer le sous-type d'incontinence dont la patiente est atteinte, car le traitement cible le symptôme prédominant[10]. Plusieurs questionnaires pourraient faciliter cette différenciation. Les questionnaires 3IQ (*3 Incontinence Questions*) (tableau 2) et le *Michigan Incontinence Symptom Index* (annexe 1) ont été validés pour les soins primaires ou communautaires.

9. Le questionnaire 3IQ est un outil simple qui a été validé lors d'une étude américaine prospective (n = 301) en comparaison avec « une évaluation approfondie » de référence effectuée par un urologue ou un urogynécologue.
   - Pour la classification de l'incontinence urinaire d'effort : sensibilité de 0,86 (IC à 95 % : 0,79-0,90), spécificité de 0,60 (IC à 95 % : 0,51-0,68), rapport de vraisemblance positif de 2,13 (IC à 95 % : 1,71-2,66).
   - Pour la classification de l'incontinence urinaire par impériosité : sensibilité de 0,75 (IC à 95 % : 0,68-0,81), spécificité de 0,77 (IC à 95 % : 0,69-0,84), rapport de vraisemblance positif de 3,29 (IC à 95 % : 2,39-4,51).

10. Le questionnaire *Michigan Incontinence Symptom Index* (annexe 1) a été validé de manière prospective lors d'un essai américain portant sur 214 femmes recrutées dans la collectivité et présentant des symptômes d'incontinence, comparativement à une méthode de référence semblable au questionnaire 3IQ. Le *Michigan Incontinence Symptom Index* permet de discerner le sous-type d'incontinence urinaire, mais tient également compte de la gravité et des répercussions sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie[13].
    a) Pour la classification de l'incontinence urinaire d'effort, une valeur seuil ≥ 3 d'un sous-domaine du questionnaire (questions 1 à 3) a une sensibilité de 77 %, une spécificité de 73 %, une valeur prédictive positive de 43 % et une valeur prédictive négative de 92 %.
    b) Pour la classification de l'incontinence urinaire par impériosité, une valeur seuil ≥ 5 d'un sous-domaine du questionnaire (questions 4 à 6) a une sensibilité de 86 %, une spécificité de 76 %, une valeur prédictive positive de 73 % et une valeur prédictive négative de 86 %.
    c) Comme cet outil comporte 10 questions, il peut être préférable de le remettre aux patientes pour qu'elles le remplissent à la maison[14].

11. D'après les lignes directrices de l'Association européenne d'urologie, même si les questionnaires peuvent contribuer à quantifier les symptômes, rien n'indique que leur utilisation améliore la prise en charge de l'incontinence urinaire[7].

Figure 1. Évaluation de la force du plancher pelvien

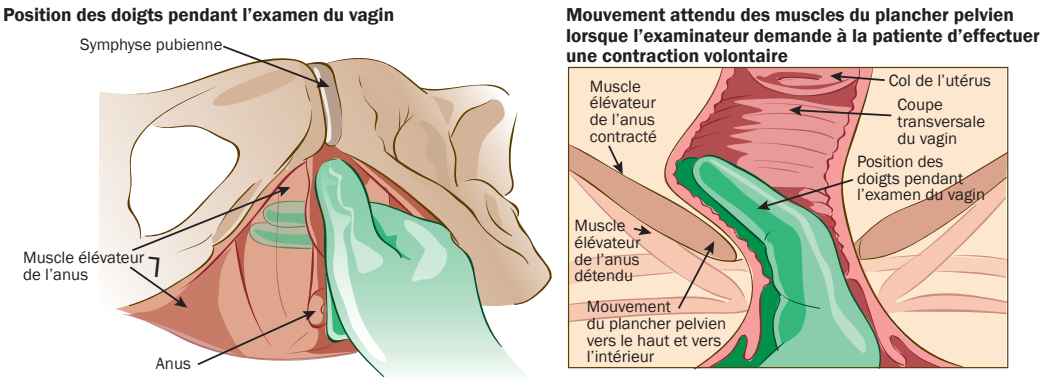


Tableau 2. Questionnaires 3IQ (3 Incontinence Questions)

1. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des fuites d'urine (même en petite quantité)? ❑ Oui ❑ Non (questionnaire rempli)
2. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des fuites d'urine (cocher toutes les cases qui s'appliquent) :
   - ❑ a. Lors d'une activité physique quelconque, par exemple en toussant, en éternuant, en soulevant des objets ou en faisant de l'exercice?
   - ❑ b. Alors que vous aviez une envie impérieuse d'uriner ou l'impression de devoir vider votre vessie, mais que vous n'avez pas pu vous rendre à temps aux toilettes?
   - ❑ c. Sans faire d'activité physique et sans envie impérieuse d'uriner?
3. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des fuites d'urine le plus souvent (cocher seulement une case) :
   - ❑ a. Lors d'une activité physique quelconque, par exemple en toussant, en éternuant, en soulevant des objets ou en faisant de l'exercice?
   - ❑ b. Alors que vous aviez une envie impérieuse d'uriner ou l'impression de devoir vider votre vessie, mais que vous n'avez pas pu vous rendre à temps aux toilettes?
   - ❑ c. Sans faire d'activité physique et sans envie impérieuse d'uriner?
   - ❑ d. Presque aussi souvent lors d'une activité physique qu'avec une envie impérieuse d'uriner?

Définitions du type d'incontinence urinaire en fonction de la réponse à la question 3

Réponse	Type d'incontinence
a. Le plus souvent lors d'une activité physique	Incontinence d'effort seulement ou principalement
b. Le plus souvent avec une envie impérieuse de vider la vessie	Incontinence par impériosité seulement ou principalement
c. Sans activité physique ni envie impérieuse	Autre cause seulement ou principalement
d. Aussi souvent lors d'une activité physique qu'avec une envie impérieuse	Mixte

Source : Annals of Internal Medicine, Brown JS, Bradley CS, Subak LL, et coll. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. 2006;144:715-23. © American College of Physicians, 2020. Tous droits réservés. Reproduit avec la permission de l'American College of Physicians, Inc.

Journal mictionnel

12. Le journal mictionnel pourrait être un bon outil d'appoint lorsque l'anamnèse ne permet pas d'établir nettement le diagnostic ou la gravité de l'affection[2]. Il pourrait aussi être bénéfique sur le plan comportemental ou thérapeutique[7].
    a) Le journal comporte notamment des renseignements sur les épisodes d'incontinence, l'utilisation de serviettes hygiéniques, l'apport liquidien et le degré d'impériosité et d'incontinence. Plusieurs lignes directrices cliniques recommandent leur utilisation [preuves de niveau faible à très faible[7]], mais il faut tenir compte des aspects pratiques comme du fardeau imposé à la patiente qui doit le remplir[3].
    b) Selon les recommandations, la durée de consignation des renseignements dans le journal mictionnel varie de trois à sept jours[2,3,7,10].

    Remarque : Un journal mictionnel est offert sur le site Web de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes, à l'adresse : https://www.canadiancontinence.ca/FR/diagnostic-et-traitement.php.

Examens additionnels

13. Aucune donnée n'appuie le recours systématique à des examens urodynamiques ou à une évaluation échographique du résidu postmictionnel chez les patientes présentant une incontinence urinaire sans complications. Cet examen peut être profitable chez les patientes pour lesquelles une intervention chirurgicale est envisagée ou chez celles qui signalent une vidange incomplète. L'évaluation échographique du résidu postmictionnel peut également être bénéfique chez les femmes qui présentent des infections urinaires récurrentes[10]. À moins que le tableau clinique de la patiente n'indique le contraire, une échographie rénale ou pelvienne n'est pas non plus recommandée[7].

Prise en charge

Comorbidités

14. L'incontinence urinaire, en particulier chez les patientes âgées, est associée à de nombreuses comorbidités (tableau 1). Malgré l'absence de données probantes directes, la prise en charge et l'amélioration de ces affections conformément aux bonnes pratiques cliniques pourraient réduire la gravité des symptômes urinaires [forte recommandation][7].

15. Les patientes souffrant de constipation chronique, fortement associée à l'incontinence urinaire et au POP, doivent recevoir des conseils sur la prise en charge intestinale, y compris des conseils sur l'alimentation, des traitements médicaux et des thérapies comportementales [faible recommandation][7].

Ajustement des médicaments

16. Aucune étude n'examine la question de savoir si des ajustements de certains médicaments, notamment les diurétiques, peuvent modifier les symptômes de l'incontinence urinaire. Les lignes directrices de l'Association européenne d'urologie recommandent de passer en revue tout nouveau médicament susceptible d'être associé à une aggravation de l'incontinence [faible recommandation][7].

Conseils liés au mode de vie

17. Il ressort généralement des lignes directrices que les conseils suivants liés au mode de vie peuvent entraîner une amélioration des symptômes, quoique la solidité des recommandations varie. Les interventions sont énumérées suivant le niveau des preuves qui les appuient [preuves de niveau élevé à très faible][2,3,7,10] :
    - Perdre du poids et maintenir la perte pondérale, chez les patientes qui font du surpoids ou de l'obésité (réduction > 5 %).
    - Éviter la caféine ou en réduire sa consommation.
    - Limiter l'apport liquidien chez les femmes qui s'hydratent excessivement et conseiller à celles qui présentent une incontinence urinaire pendant la nuit ou tôt le matin de diminuer leur apport liquidien plusieurs heures avant d'aller au lit.
    - Arrêter de fumer (le cas échéant).
    - Adopter un programme d'exercice d'intensité modérée, ce qui est associé à des taux inférieurs d'incontinence urinaire. Lorsque l'incontinence urinaire est possiblement liée à des problèmes de mobilité, l'exercice pourrait également aider les patientes à se rendre aux toilettes et à s'y asseoir[15].

Thérapie comportementale et physiothérapie

18. La thérapie comportementale et la physiothérapie examinées dans le cadre de revues systématiques et de méta-analyses appuyées par des données comprennent notamment :
    - Entraînement des muscles du plancher pelvien.
    - Entraînement vésical.
    - Cônes et pessaires vaginaux.
    - Stimulation électrique (neuromodulation)[16-22].

Entraînement ou exercices des muscles du plancher pelvien (EMPP)

19. D'après une revue de Cochrane datant de 2018, l'EMPP peut guérir ou améliorer les symptômes de l'incontinence urinaire. Les femmes atteintes d'une incontinence urinaire d'effort essentielle ont obtenu les meilleurs résultats.
    a) Dans le groupe soumis aux EMPP, les femmes atteintes d'incontinence urinaire d'effort avaient six fois plus de chances de signaler une guérison ou une amélioration comparativement à celles qui n'avaient reçu aucun traitement ou un traitement témoin inactif (74 % vs 11 %; risque relatif [RR] : 6,33, IC à 95 % : 3,88-10,33; 3 essais, n = 242 [preuves de niveau modéré]).
    b) Dans le groupe soumis aux EMPP, les femmes atteintes de n'importe quel type d'incontinence urinaire étaient deux fois plus portées à signaler une guérison ou une amélioration de leur affection par rapport à celles des groupes témoins (67 % vs 29 %; RR : 2,39, IC à 95 % : 1,64-3,47; 2 essais, n = 166) [preuves de niveau modéré][16].

    Remarque : Dans cette revue, l'EMPP était défini comme un programme de contractions répétées, enseigné et supervisé par un professionnel de la santé[16].

20. Dans une revue systématique de 2012, mise à jour par la suite en 2018, l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) a tiré les conclusions suivantes quant à l'efficacité de la prise en charge non pharmacologique de l'incontinence urinaire :
    a) Globalement, la thérapie comportementale de première intention donne en général de meilleurs résultats (guérison, amélioration ou satisfaction) que les médicaments pour tout type d'incontinence urinaire [preuves de niveau modéré à élevé]. Les estimations ponctuelles des taux d'amélioration obtenus avec le traitement actif se situaient entre 60 % et 70 % comparativement à 25 % pour les soins fictifs ou habituels.
    b) L'EMPP supervisé n'était pas plus efficace que l'EMPP auto-administré aux fins de l'atténuation de l'incontinence urinaire [preuves de niveau élevé]. Les effets sur la qualité de vie n'étaient pas concluants[17,18].

21. D'après la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), l'EMPP devrait être proposé aux femmes qui présentent une incontinence urinaire d'effort; pour celles atteintes d'incontinence urinaire par impériosité, l'EMPP devrait être une mesure d'appoint au traitement de l'incontinence urinaire[23].

22. L'EMPP nécessite que les patientes s'engagent à s'y soumettre et lui consacrent le temps requis[24]. La formation initiale doit être offerte par un clinicien. Comme ce ne sont pas toutes les patientes qui feront régulièrement les exercices tels qu'ils leur ont été enseignés, une orientation vers un physiothérapeute spécialement formé peut être bénéfique, si elle est possible[25]. L'ajout d'un rétrocontrôle biologique ne semble procurer aucun avantage[22,26].
    a) Habituellement, l'EMPP prescrit pour l'incontinence urinaire suppose trois séries de

10 contractions (qui durent 10 secondes chacune) par jour[24].

b) Les lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommandent une durée d'au moins trois mois[10].

Le feuillet d'information destiné aux patientes (fin de module) explique de manière détaillée comment exécuter correctement les EMPP.

Entraînement vésical

23. L'entraînement vésical (ou exercices vésicaux) vise à prolonger le délai entre les mictions et à atténuer l'impériosité et l'incontinence urinaire par impériosité afférente. L'entraînement vésical comporte habituellement trois parties : formation de la patiente, mictions programmées et renforcement positif. D'autres composantes viennent souvent compléter cet entraînement, notamment la prise en charge liquidienne, les journaux mictionnels et la suppression de l'impériosité[19]. Un feuillet d'information destiné aux patientes sur la rééducation vésicale (qui comprend également un journal mictionnel) peut être consulté sur le site de la Fondation canadienne d'aide aux personnes incontinentes (Canada) à l'adresse suivante : https://www.canadiancontinence.ca/pdfs/TrainingYourBladder.pdf. D'après une revue systématique de l'AHRQ datant de 2012, comparativement aux soins habituels, les exercices vésicaux atténuent à eux seuls l'incontinence urinaire par impériosité; les EEMP combinés aux exercices vésicaux entraînent une amélioration significative de l'incontinence chez les femmes atteintes à la fois d'incontinence urinaire d'effort et mixte [preuve de niveau élevé][17].

Stimulation électrique (neuromodulation)

24. Si la monothérapie par les EEMP s'avère inadéquate, la stimulation électrique peut être envisagée. La stimulation est appliquée sur le nerf honteux (pudendal) interne pour provoquer la contraction des muscles périurétraux ou du plancher pelvien. Deux revues de Cochrane appuient cette modalité thérapeutique.
    a) Pour ce qui est de l'incontinence urinaire par impériosité (63 études comparatives randomisées), la question de savoir si la stimulation électrique est à elle seule plus efficace que l'absence de traitement ou que le traitement fictif [preuves de niveau très faible à faible] n'est pas claire. Des preuves de faible niveau laissent penser que les participantes recevant une stimulation électrique *en plus* des EEMP, comparativement à celles faisant seulement des EEMP, sont deux fois plus susceptibles de signaler une amélioration de l'incontinence urinaire par impériosité (RR : 2,82, IC à 95 % : 1,44-5,52; n = 51)[27].
    b) Pour ce qui est de l'incontinence urinaire d'effort (56 études comparatives randomisées), la stimulation électrique, comparativement à l'absence de traitement ou à un traitement fictif, améliore l'incontinence urinaire et les taux de guérison subjective (RR : 1,73, IC à 95 % : 1,41-2,11). La stimulation électrique (seule ou en association) paraît tout aussi efficace que les EEMP ou que les cônes vaginaux [preuves de faible niveau][20].

Cônes et pessaires

25. Les preuves appuyant l'usage de cônes vaginaux lestés dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort sont mixtes. Une revue de Cochrane (23 essais, n = 717) et une revue systématique subséquente concernant une méta-analyse d'études comparatives randomisées de grande qualité laissent entendre que les cônes pourraient être plus avantageux que l'absence de traitement actif, leur efficacité étant semblable à celle des EEMP ou de la SE[21,22].

26. Les pessaires pour incontinence peuvent être proposés aux femmes atteintes d'incontinence urinaire d'effort ou d'incontinence urinaire mixte [preuves de faible niveau][3,23]. Une étude américaine, multicentrique, comparative et randomisée (n = 446 femmes souffrant d'incontinence d'effort) a permis de comparer les EEMP, les pessaires pour incontinence et l'association d'exercices-pessaires. Une analyse selon l'intention de traiter à un an n'a révélé aucune différence entre les groupes. Dans chacun des trois groupes, 32 % des femmes estimaient avoir constaté une amélioration importante ou considérable des symptômes d'incontinence d'effort qui les incommodaient. Les pessaires pourraient être utiles aux femmes atteintes d'incontinence urinaire d'effort dans des contextes précis, par exemple pendant l'activité physique[24].
    a) Un nouveau dispositif semblable à un tampon, vendu sans ordonnance (Poise Impressa), est destiné aux femmes atteintes d'incontinence urinaire d'effort qui se l'insèrent elles-mêmes. Un petit essai contrôlé commandité par l'industrie (sans randomisation, n = 60) a montré une amélioration significative des fuites d'urine et de la qualité de vie, sans augmentation du résidu postmictionnel. Les effets indésirables comprenaient notamment un saignotement vaginal (23 %) et un léger inconfort vaginal (45 %)[28].
    b) Le dispositif est vendu sur Amazon en paquet de huit à environ 20 $ (durée de chaque utilisation : huit heures).

CONSEIL POUR LA PRATIQUE : Envisager l'utilisation d'un tampon large, moins coûteux.

Médicaments

*Incontinence urinaire par impériosité (*annexe 3*)*

27. Les mesures conservatrices sont généralement considérées comme la première étape de la prise en charge de l'incontinence urinaire par impériosité. Cependant, les patientes chez qui ces approches ont été inefficaces peuvent prendre[23] des agents antimuscariniques (anticholinergiques), des agonistes des récepteurs bêta-3 adrénergiques (mirabegron) ou recevoir la toxine onabotulinum A (BotoxA)[2,7].

28. La plupart des données associées aux agents antimuscariniques proviennent de petites études à court terme commanditées par l'industrie, et sont associées à des preuves de niveau modéré à élevé montrant l'efficacité de ces médicaments comparativement à un placebo[2,24].
    a) Les profils d'efficacité et d'innocuité de tous les agents paraissent similaires, mais les comparaisons sont limitées puisqu'aucun essai ne les a comparés directement l'un avec l'autre[24]. Le choix de l'agent dépendra de la préférence du médecin/de la patiente, de son remboursement par le régime public et par les compagnies d'assurance[3].
    b) L'Association des urologues du Canada recommande un essai de 4 à 12 semaines pour évaluer l'efficacité d'un médicament[3].
    c) Les antimuscariniques sont associés à des taux importants d'interruption du traitement en raison d'effets indésirables incommodants[24]. Des effets indésirables plus importants sont observés avec les préparations à libération immédiate comparativement aux préparations à libération prolongée[7]. Les préparations transdermiques de l'oxybutynine peuvent être proposées aux patientes intolérantes aux agents administrés par voie orale[10].
    d) L'association d'antimuscariniques et de thérapies comportementales ne s'est pas avérée plus efficace que les antimuscariniques en monothérapie[17].

29. Les antimuscariniques peuvent être associés à une détérioration de la fonction cognitive et à une atrophie cérébrale lorsqu'ils sont pris à long terme par des patientes âgées[29,30].
    a) Avant d'instaurer des antimuscariniques chez ces patientes, il est important d'évaluer et de surveiller le nombre d'anticholinergiques et leur effet cumulatif sur la fonction cognitive[7].
    b) L'oxybutynine à libération immédiate ne devrait pas être proposée aux femmes âgées qui pourraient « présenter un risque de détérioration soudaine de leur santé physique ou mentale[10] ».

30. Le mirabegron, qui détend la vessie en activant les récepteurs bêta-3 adrénergiques, est une option lorsque les agents antimuscariniques s'avèrent inefficaces ou qu'ils ne sont pas tolérés[7]. Ce médicament a démontré une efficacité semblable aux antimuscariniques chez les patientes âgées, et n'a aucune activité anticholinergique[2,7]. Son effet indésirable le plus fréquent est l'hypertension (7,3 %), quoique le taux global d'effets indésirables soit semblable à celui du placebo; l'innocuité cardiovasculaire du mirabegron est comparable à celle des autres antimuscariniques. Malgré ces avantages, cet agent n'est pas recommandé pour les patientes atteintes d'hypertension grave non maîtrisée[7].

31. L'injection de la toxine onabotulinum A (BotoxA) dans le muscle vésical peut être envisagée chez les femmes atteintes d'incontinence urinaire par impériosité qui n'ont pas répondu à un traitement conservateur. Une étude comparative randomisée à double insu (n = 249) comparant BotoxA avec la solifénacine, un antimuscarinique, a révélé ce qui suit :
    - Des taux similaires de réduction quotidienne de l'incontinence urinaire par impériosité : passant d'une moyenne initiale de 5 épisodes par jour à 3,3 avec BotoxA et à 3,4 avec l'anticholinergique (p = 0,81).
    - Davantage de femmes dans le groupe sous BotoxA (27 %) ont connu une résolution complète de l'incontinence urinaire par rapport au groupe sous antimuscarinique (13 %)[31].

    Les femmes recevant ce traitement doivent être en mesure d'effectuer un rinçage intermittent ou de tolérer un cathéter à demeure temporaire[8].

32. Urivarx est un supplément à base de plantes qui contient trois ingrédients : câpre à trois feuilles, prêle et lindera aggregata. Même si ce supplément a été approuvé par Santé Canada pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité[32], les preuves concernant l'innocuité ou les interactions médicamenteuses de l'un de ces ingrédients, en particulier la prêle, sont négligeables.

Incontinence urinaire d'effort

33. Aucun médicament n'est officiellement indiqué pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort[2,7,33]. La duloxétine, un antidépresseur, peut être proposée comme traitement de deuxième intention chez les femmes atteintes d'incontinence urinaire d'effort qui ne peuvent pas subir d'intervention chirurgicale[7,10]. Certaines preuves attestent son efficacité dans le traitement de l'incontinence urinaire mixte [preuves de faible niveau]. Cependant, le risque d'effets indésirables graves est significativement plus élevé qu'avec le placebo (bouche sèche, nausée, insomnie) [preuves de niveau modéré à élevé][18].

34. Bien que l'hormonothérapie à action générale ait été associée à une augmentation des taux d'incontinence urinaire d'effort[34,35], les lignes directrices européennes et celles élaborées par NICE laissent entendre que l'œstrogène local administré par voie vaginale (crème, comprimé ou anneau vaginal) peut servir à traiter les symptômes de l'incontinence urinaire chez les femmes ménopausées présentant une atrophie vaginale, sans toutefois préciser s'il est question de l'incontinence urinaire d'effort ou de l'incontinence urinaire par impériosité[7,10].

35. D'après une revue de Cochrane datant de 2012, l'œstrogène par voie vaginale comparativement à un placebo a entraîné de légères améliorations objectives et subjectives de l'incontinence urinaire (RR : 0,74, IC à 95 % : 0,64-0,86) [preuves de niveau très faible]. La plupart des essais rapportant de tels résultats ont été menés chez des femmes atteintes d'incontinence urinaire d'effort ou mixte. Deux petits essais (n = 69) ont indiqué que les EEMP pourraient donner des résultats supérieurs à ceux des œstrogènes conjugués à application topique. Les preuves établissant tout bienfait à long terme après l'arrêt du traitement local à base d'œstrogène sont négligeables, même s'il est attendu que ces patientes finiront par présenter à nouveau une concentration insuffisante d'œstrogène[35].

Orientation vers un spécialiste

36. Les indications qui rendent envisageable l'orientation vers un spécialiste comprennent notamment :
    - Signes ou symptômes d'une maladie neurologique.
    - Incontinence à vie (depuis l'enfance).
    - Infections urinaires récurrentes : plus de trois par année ou plus de deux en six mois.
    - POP allant au-delà de l'hymen ou entraînant des symptômes incommodants : symptômes de pression, de douleur ou encore d'incontinence ou de dysfonction intestinale vésicale.
    - Cathétérisme à long terme.
    - Difficulté à faire passer une sonde urétrale.
    - La douleur est le symptôme dominant.
    - Fuite constante d'urine.
    - Chirurgie ou irradiation pelvienne antérieure.
    - Diagnostic incertain ou absence d'amélioration avec le traitement.
    - Échec d'une chirurgie antérieure.
    - Hématurie macroscopique non associée à une infection urinaire ou hématurie microscopique persistante.
    - Volume constamment accru du résidu postmictionnel[10,24].

PROLAPSUS DES ORGANES PELVIENS

Évaluation

37. Chez la plupart des patientes, le prolapsus des organes pelviens (POP) est asymptomatique (Renseignements généraux, point 3).
    a) Le symptôme spécifique du POP le plus fréquent est la saillie vaginale que la patiente ressent ou observe. Des douleurs lombaires sont occasionnellement rapportées[4,12,19].
    b) Les symptômes peuvent varier d'un jour à l'autre selon le niveau d'activité (toux, position debout, exercice physique) et la plénitude vésicale/rectale[4,12].
    c) Il est possible que les patientes doivent appliquer une pression manuelle sur le périnée ou la partie postérieure du vagin pour faciliter l'évacuation des selles. Cela peut se produire en cas de prolapsus vaginal postérieur[12].
    d) Une anomalie de la paroi antérieure (cystocèle) est le prolapsus le plus fréquent[36].

38. Lorsque le POP est soupçonné, l'examen physique suivant en révélera l'emplacement et l'étendue :
    a) Une fois la patiente allongée en décubitus dorsal, écarter les lèvres pour évaluer la descente maximale de tout prolapsus visible[2].
    b) Utiliser un spéculum à une ou à deux valves pour effectuer un examen plus détaillé. Pendant que la patiente exécute la manœuvre de Valsalva, qu'elle tousse plusieurs fois ou les deux, utiliser la valve postérieure du spéculum pour examiner le sommet et la paroi antérieure du vagin. Tourner ensuite la valve et tenir la paroi antérieure tout en examinant la paroi postérieure du vagin et le noyau fibreux central du périnée[2,4,12].
    c) Si le prolapsus n'est pas visible en décubitus central, envisager de refaire cet examen en position debout ou accroupie[10].

39. Les estimations effectuées durant l'examen quant aux dimensions peuvent servir à évaluer l'étendue du prolapsus et à en déterminer les stades. La classification POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) (tableau 3) est recommandée par la plupart des organismes d'urogynécologues. Les renseignements fournis par la classification POP peuvent également être consignés dans une note à l'intention du spécialiste (si la patiente doit être orientée chez lui).

Prise en charge

Modifications du mode de vie

40. Les symptômes du POP peuvent être atténués par des

Tableau 3. POP-Q[2,12]

Stade	Description
0	Aucun prolapsus
I	Le prolapsus le plus distal est à plus de 1 cm au-dessus de l'hymen
II	Le prolapsus le plus distal se situe entre 1 cm au-dessus et 1 cm en dessous de l'hymen
III	Le prolapsus le plus distal est plus de 1 cm en dessous de l'hymen, mais au maximum 2 cm plus court que la longueur totale du vagin (par exemple, si la longueur du vagin est de 8 cm, le prolapsus se situerait entre 1 et 6 cm en dessous de l'hymen)
IV	Éversion complète du tractus génital inférieur

Remarque : Les stades sont basés sur l'étendue maximale du prolapsus par rapport à l'hymen.

modifications du mode de vie, y compris : cesser de fumer, éviter de soulever des objets lourds et traiter la constipation (suppléments de fibres et laxatifs osmotiques). Il est possible d'atténuer les symptômes associés aux saillies en soulevant les pieds en position assise[2,4,12].

Entraînement ou exercices des muscles du plancher pelvien (EMPP)

41. Les EEMP, exécutés de manière indépendante ou sous supervision d'un professionnel, peuvent entraîner une amélioration mineure du POP ou ralentir son évolution[2], quoiqu'il ne traite ni ne neutralise le prolapsus lui-même[4,12].

42. D'après une revue systématique et une méta-analyse (13 études comparatives randomisées, n = 2340)[37], les EEMP ont entraîné :
    a) une atténuation objective supérieure de la gravité du prolapsus (selon le score de classification POP-Q) par rapport aux groupes témoins (RR : 1,70; IC à 95 % : 1,19-2,24; quatre essais, n = 607);
    b) une amélioration subjective plus importante des symptômes associés au prolapsus par rapport aux groupes témoins (RR : 5,48; IC à 95 % : 2,19-13,72; cinq essais, n = 1449).

43. Tous les essais inclus dans la revue systématique et la méta-analyse[37] prévoyaient une supervision régulière et rigoureuse par un physiothérapeute[37]. Aucune étude n'a évalué les EEMP exécutés sans l'aide d'un physiothérapeute spécialement formé. « Cependant, comme le risque en cause est négligeable, cette recommandation est raisonnable dans les régions où n'exerce aucun physiothérapeute spécialement formé[4] ».

44. D'après un élément de pratique de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists*, les femmes qui présentent un POP peuvent faire des EEMP de manière autonome ou sous supervision professionnelle[2].
    a) La durée du programme varie entre quatre semaines et six mois. Les auteurs ont noté qu'une durée d'au moins 16 semaines pouvait être nécessaire pour favoriser la croissance musculaire[37].
    b) La fréquence des exercices allait de 20 à 60 répétitions quotidiennes, avec des contractions de 6 à 12 secondes. D'après les auteurs, plus la fréquence des EEMP est élevée, meilleurs sont les résultats[37].
    c) En règle générale, 45 à 60 répétitions de l'exercice par jour (réparties en deux ou trois séries) sont nécessaires pour obtenir de bons résultats[12].
    d) Le feuillet d'information destiné aux patientes (fin de module) explique de manière détaillée comment exécuter correctement les EMPP.

Pessaires

Voir l'annexe 4 pour une description détaillée des types de pessaires, leur ajustement, les complications et leur entretien.

45. Les pessaires sont une option efficace, rentable et non chirurgicale[2] pouvant procurer un soulagement immédiat des symptômes associés au POP : les saillies sont soulagées chez 70 à 90 % des femmes et la pression chez 29 à 49 % d'entre elles[19]. Les pessaires peuvent également prévenir l'évolution du prolapsus et retarder ou éliminer la nécessité de subir une intervention chirurgicale[12].
    a) Une étude comparative randomisée de 2016 (n = 276) a établi que les symptômes associés au POP et la qualité de vie étaient significativement améliorés chez les patientes combinant un pessaire à des EEMP comparativement à celles faisant seulement des EEMP. Par ailleurs, des pessaires vaginaux se sont révélés efficaces à différents stades de POP (tableau 3)[38].
    b) Une revue de Cochrane datant de 2013 n'a relevé qu'une seule étude comparative randomisée (n = 134) comparant les pessaires de type anneau avec les pessaires de type Gelhorn. Cette revue a montré que ces deux types de pessaires étaient tout aussi efficaces pour le soulagement des symptômes chez environ 60 % des femmes[39].

46. Les pessaires doivent être envisagés chez toutes les femmes qui présentent un prolapsus symptomatique [preuves de niveau modéré]. Les taux de satisfaction sont très élevés chez les femmes utilisant des pessaires [preuves de niveau modéré]. L'utilisation de pessaires peut favoriser l'augmentation de la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction de la patiente à ce chapitre[19].

47. Les complications associées à l'utilisation de pessaires sont mineures, les plus fréquentes étant les pertes vaginales [preuves de faible niveau][19]. L'œstrogène à administration vaginale est souvent prescrit aux femmes ménopausées pour prévenir l'irritation et les ulcères vaginaux[12]. En cas de contre-indication à l'utilisation d'œstrogène, un hydratant vaginal pourrait s'avérer utile.

48. L'orientation vers un spécialiste est indiquée dans les circonstances suivantes :
    - Il n'est pas possible d'ajuster le pessaire en cabinet.
    - La chirurgie n'est pas une option, car le prolapsus est avancé (tableau 3) et associé à des symptômes incommodants.
    - Les traitements non chirurgicaux ont échoué ou sont refusés par la patiente[4,12,40].

Chirurgie

49. Il existe plusieurs approches chirurgicales pour le traitement du POP. Les chirurgies reconstructives ou oblitérantes en sont les deux principales catégories. Les chirurgies reconstructives comprennent notamment :
    - Hystérectomie ou hystéropexie (conservation de l'utérus).
    - Réparation de la paroi antérieure ou postérieure du vagin (colporraphie).
    - Réparation d'une entérocèle.
    - Suspension du dôme vaginal (sacrocolpopexie ou fixation sacrospinale)[2,4,12,40].

    Oblitération vaginale (colpocléisis) : rétrécissement ou fermeture du vagin visant à soutenir les organes prolabés. Quoique le taux de guérison soit élevé et la morbidité faible, cette intervention élimine la possibilité de rapports sexuels vaginaux[12].

50. En 2019, Santé Canada a indiqué qu'en raison du risque de complications, l'implantation de treillis synthétiques par voie transvaginale ne devait pas être utilisée pour le traitement du prolapsus du compartiment postérieur et n'être réservée qu'aux patientes présentant un prolapsus de la paroi vaginale antérieure et/ou un prolapsus apical ainsi que des facteurs de risque significatifs de POP récurrent, ou qui ne sont pas candidates à d'autres traitements chirurgicaux[41].

POINTS CLÉS

- Le traitement non pharmacologique de première intention est généralement associé à de meilleures issues (guérison, amélioration ou satisfaction de la patiente) que les médicaments prescrits pour tout type d'incontinence urinaire.
- Les EEMP sont appuyés par des preuves de meilleure qualité attestant leur efficacité à la fois pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort et de l'incontinence urinaire par impériosité, et le traitement du POP. Les EEMP auto-administrés semblent aussi efficaces que les exercices supervisés.
- Aucun médicament ne s'est révélé clairement efficace chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort.
- Lorsque les agents antimuscariniques sont inefficaces ou non tolérés (comme c'est souvent le cas chez les patientes âgées) pour le traitement de l'incontinence urinaire par impériosité, le mirabegron peut être une option efficace associée à moins d'effets anticholinergiques.
- Les pessaires sont une option non chirurgicale efficace pour de nombreuses patientes présentant un POP et peuvent être insérés et pris en charge en soins primaires.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Marie, âgée de 41 ans, G2P2

Que répondriez-vous aux préoccupations rapportées aujourd'hui par Marie?

Comme vous n'avez pas beaucoup de temps aujourd'hui, vous pourriez lui poser des questions succinctes destinées à établir le type d'incontinence dont elle souffre, comme celles du questionnaire 3IQ (Renseignements généraux 8, 9; tableau 2) ou lui remettre le questionnaire *Michigan Incontinence Symptom Index* (Renseignements généraux, point 10; annexe 1) qu'elle pourra emporter chez elle et rapporter dans quelques semaines. Vous pourriez également envisager d'effectuer une analyse d'urine avant sa prochaine visite.

Deuxième partie

Quelle serait votre approche avec Marie?

Comme l'anamnèse évoque déjà une incontinence urinaire d'effort, d'autres manœuvres d'examen comme le test par efforts de poussée (manœuvre de Valsalva) seraient inutiles (Renseignements généraux, point 7). Marie ne serait pas candidate à une intervention chirurgicale à ce stade-ci (Renseignements généraux, point 36).

Vous pourriez l'informer que le traitement de première

intention comprendrait des modifications du mode de vie (Renseignements généraux, point 17) et des EEMP (Renseignements généraux, points 19-22).

Les modifications du mode de vie pourraient consister à consommer moins de boissons caféinées et à répartir l'apport liquidien de manière plus uniforme tout au long de la journée plutôt que de le concentrer avant les cours de mise en forme (Renseignements généraux, point 17).

Bien que des EEMP administrés par un physiothérapeute spécialement formé puissent être proposés dans certaines régions, leurs coûts/leur remboursement pourraient en compliquer l'accès. Cependant, les EEMP auto-administrés peuvent s'avérer tout aussi efficaces (Renseignements généraux, point 20). L'observance et l'utilisation adéquate de la technique peuvent poser des difficultés.

Il est important de dire à Marie qu'il lui faudra près de trois à quatre mois pour constater un bienfait associé aux EEMP (Renseignements généraux, point 22). Marie pourrait trouver utile le feuillet destiné aux patientes (fin du module). Même si nous disposons de moins de preuves appuyant l'utilisation de la stimulation électrique, cette technique pourrait être utile si Marie éprouve des difficultés à contracter les muscles du plancher pelvien, ou si les EEMP s'avèrent à eux seuls inadéquats (Renseignements généraux, point 24). Une autre option consisterait à utiliser des cônes vaginaux lestés (Renseignements généraux, point 25).

L'essai d'un pessaire (Renseignements généraux, point 26) serait aussi une autre option de prise en charge conservatrice. Si la prise en charge conservatrice ne donne pas de résultat, une consultation pourrait être utile (Renseignements généraux, point 36).

Cas numéro 2 : Pierrette, âgée de 56 ans, G3P3

Quels autres renseignements seraient utiles?

Les renseignements suivants seraient utiles (tableau 1) :

- Apport en liquide.
- IMC.
- Niveau d'activité physique.
- Précisions concernant ses symptômes urinaires : fréquence mictionnelle, dysurie, hématurie macroscopique, pression ou douleur pelvienne.
- Précisions concernant son diabète, lesquelles sont susceptibles d'affecter ses symptômes, y compris l'examen de sa fonction rénale, ses taux de lipides, l'analyse d'urine, le rapport albumine-créatinine et son taux d'HbA_{1c} le plus récent.
- Fonction intestinale.

Deuxième partie

Comment prendriez-vous en charge l'incontinence de Pierrette?

Bien que Pierrette ait des symptômes à la fois d'incontinence urinaire par impériosité et d'effort, ses symptômes sont principalement du premier type. Vous pourriez lui conseiller d'apporter des changements à son mode de vie : réduire sa consommation de caféine, faire régulièrement de l'exercice et perdre du poids (Renseignements généraux, point 17). Elle pourrait également tirer profit des EEMP (Renseignements généraux, points 19-22). Une orientation vers un physiothérapeute spécialisé dans les exercices du plancher pelvien (si disponible et si le remboursement de ce service par l'assurance ne pose pas problème) serait utile pour assurer une formation et une supervision appropriées (Renseignements généraux, point 22).

Vous pourriez envisager d'autres stratégies (attestées par moins de preuves) :

- Traiter sa constipation (Renseignements généraux, point 15) : suggérer d'augmenter l'apport en fibres et en liquide et de faire plus d'activité physique pour la prise en charge de première intention.
- Proposer de l'œstrogène topique si Pierrette présente aussi des symptômes liés à l'atrophie vaginale (Renseignements généraux, points 34, 35).
- Évoquer le rôle des médicaments prescrits pour l'incontinence urinaire par impériosité (Renseignements généraux, points 27-31; annexe 3), car ils pourraient s'avérer nécessaires par la suite.

À moins que l'ajout de la chlorthalidone ne soit récent et qu'il ait coïncidé avec le début de l'aggravation de l'incontinence, rien n'appuie le remplacement de son diurétique par un autre antihypertenseur (Renseignements généraux, point 16).

Troisième partie

Quelle serait votre approche à présent?

Pierrette serait candidate à une discussion sur les médicaments (Renseignements généraux, point 27). Un agent antimuscarinique constitue généralement un traitement de première intention (Renseignements généraux, point 28; annexe 3). Le coût et les effets indésirables sont des facteurs importants au moment de choisir un médicament (Renseignements généraux, point 28). En tant qu'enseignante, Pierrette est probablement couverte par une bonne assurance-médicaments, le coût pourrait donc être moins pertinent. Le mirabegron (Myrbetriq) pourrait également être un bon choix (Renseignements généraux, point 30; annexe 3).

Qu'en serait-il si Pierrette était une enseignante à la retraite de 78 ans qui vivait seule?

Des mesures non pharmacologiques seraient préférables (Renseignements généraux, point 27). Si les médicaments étaient retenus comme stratégie de prise en charge, les facteurs importants à prendre en considération comprendraient notamment les effets anticholinergiques et le risque de chute, l'altération des fonctions cognitives et les interactions avec d'autres médicaments (Renseignements généraux, point 29). Le mirabegron serait probablement le premier choix (Renseignements généraux, point 30; annexe 3).

Cas numéro 3 : Éléonore, âgée de 69 ans, G2P2

Comment évalueriez-vous Éléonore?

Un examen abdominal serait approprié pour déceler une sensibilité suspubienne ou un élargissement de la vessie. Il faudrait, durant l'examen pelvien, prendre note de l'architecture des parois vaginales antérieure, postérieure et latérale, de tout prolapsus du col et des signes de cystocèle ou de rectocèle (Renseignements généraux, points 7, 38). Il faudrait envisager de vérifier la force du plancher pelvien (Renseignements généraux, point 7; figure 1).

Un frottis de Pap (si elle doit subir ses examens de dépistage systématiques) et une analyse d'urine seraient également indiqués (Renseignements généraux, point 7).

Deuxième partie

De quelles options de prise en charge discuteriez-vous avec Éléonore?

Vous pourriez conseiller à Éléonore de diminuer son apport en liquides et d'éviter de soulever des objets lourds, car cela pourrait aggraver ses symptômes (Renseignements généraux, point 40).

Un pessaire vaginal pourrait être une bonne option pour Éléonore (Renseignements généraux, points 45-48); il pourrait être mis en place à votre cabinet (annexe 4) ou vous pourriez encore l'orienter vers un gynécologue ou un urologue, selon la pratique courante dans votre collectivité. Compte tenu de l'atrophie vaginale que présente Éléonore, vous pourriez envisager de lui prescrire un œstrogène par voie topique. Ce serait là une manière importante d'améliorer la santé de ses tissus vaginaux, surtout si elle opte pour un pessaire (Renseignements généraux, point 47; annexe 4).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez fournir des commentaires sur ce module, le lien suivant vous mènera à un questionnaire électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**

MÉDECINE FACTUELLE : NOTIONS STATISTIQUES DE BASE

Taux d'événement expérimental (TEE) :
Pourcentage de personnes d'un groupe de traitement qui présentent le résultat faisant l'objet de l'évaluation (il peut s'agir d'un bon résultat ou d'un mauvais résultat).

Taux d'événement de comparaison (TEC) :
Pourcentage de personnes du groupe recevant le traitement de comparaison, qui présentent le résultat.

Risque relatif ou rapport de risques (RR)
TEE divisé par le TEC. Mesure la probabilité (risque)/le facteur de risque d'apparition d'une maladie chez les personnes exposées à un médicament comparativement à celles qui ne le sont pas. Le rapport des risques instantanés (RRI) est un concept analogue.

Rapports de vraisemblance (RV)
Un RV positif représente le rapport entre le taux véritablement positif (sensibilité) et le taux de faux positifs (1 – spécificité). Un RV négatif représente le rapport entre le taux de faux négatifs (1 – sensibilité) et le taux de vrais négatifs (spécificité). Si un test est de bonne qualité, le RV positif doit être élevé (signifiant que la plupart des résultats positifs sont justes et que très peu d'entre eux sont faux). Un RV positif ≥ 10 est cliniquement utile, car il entraîne des changements significatifs dans la probabilité de la maladie. De même, un RV négatif doit être faible (très peu de résultats négatifs sont faux, la plupart sont vrais), et un RV négatif ≤ 0,1 est utile sur le plan clinique.

Un nomogramme ou une application sur téléphone intelligent peut faciliter l'application des rapports de vraisemblance au point de service. Consulter le site suivant pour plus de renseignements sur les rapports de vraisemblance : http://www.cebm.net/likelihood-ratios/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

Auteure : **Nicola Penney, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Corner Brook, Terre-Neuve

Réviseurs : **Nadean Caines, M.D., FRCSC**
Obstétricienne et gynécologue
Corner Brook, Terre-Neuve

Jane Schulz, M.D., FRCSC
Obstétricienne et gynécologue
Edmonton, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Coordonnateur, Développement des modules :
Brian Thode, B.A., M.A.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Blaise Clarkson (Toronto, Ontario), Karolina Martyniak (London, Ontario), David Ross (Sherwood Park, Alberta) et Poornima Sathi (Saskatoon, Saskatchewan) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Julie Baxter (Sechelt, Colombie-Britannique), Sarah Cairncross (Calgary, Alberta) et Gregory dePape (Port Alberni, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Nicola Penney, Nadean Caines, Jane Schulz, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2020.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Types de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/ de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives multicentriques randomisées d'envergure et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou uniques. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Vastes études de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/ risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé (s'il est disponible).

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jundt K, Peschers U, Kentenich H. The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(33-34):564-74. PM:26356560.
2. ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. Obstet Gynecol. 2015;126(5):e66-81. PM:26488524.
3. Bettez M, Tu le M, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, Bailly G. 2012 update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association. Can Urol Assoc J. 2012;6(5):354-63. PM:23093627.
4. Barber MD. Pelvic organ prolapse. BMJ. 2016;354:i3853. PM:27439423.
5. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstet Gynecol. 2014;123(1):141-8. PM:24463674.
6. Buchsbaum GM. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Minerva Urol Nefrol. 2006;58(4):311-9. PM:17268396.
7. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, Bedretdinova DA, Ambuhl D, et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. Eur Urol. 2018;73(4):596-609. PM:29398262.
8. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. BMJ. 2014;349:g4531. PM:25225003.
9. O'Reilly N, Nelson HD, Conry JM, Frost J, Gregory KD, Kendig SM, Phipps M, Salganicoff A, et al. Screening for Urinary Incontinence in Women: A Recommendation From the Women's Preventive Services Initiative. Ann Intern Med. 2018;169(5):320-8. PM:30105360.
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: ©NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. BJU Int. 2019;123(5):777-803. PM:31008559.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: The management of urinary incontinence in women. 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/evidence/full-guideline-pdf-6725284814.
12. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. Am Fam Physician. 2017;96(3):179-85. PM:28762694.
13. Suskind AM, Dunn RL, Morgan DM, DeLancey JO, McGuire EJ, Wei JT. The Michigan Incontinence Symptom Index (M-ISI): a clinical measure for type, severity, and bother related to urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 2014;33(7):1128-34. PM:23945994.

14. Suskind AM, Dunn RL, Morgan DM, DeLancey JO, Rew KT, Wei JT. A screening tool for clinically relevant urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 2015;34(4):332-5. PM:24464849.

15. Talley KMC, Wyman JF, Bronas U, Olson-Kellogg BJ, McCarthy TC. Defeating Urinary Incontinence with Exercise Training: Results of a Pilot Study in Frail Older Women. J Am Geriatr Soc. 2017;65(6):1321-7. PM:28248418.

16. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay□Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(10). PM:CD005654.

17. Shamliyan T, Wyman J, Kane RL. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Apr. Report No.: 11(12)-EHC074-EF. PM: 22624162

18. Balk EA, G.P.; Kimmel, H.; Rofeberg, V.; Saeed, I.; et al. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review Update August 2018. Comparative Effectiveness Review No. 212. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534625/

19. Robert M, Schulz JA, Harvey MA, Urogynaecology C. Technical update on pessary use. J Obstet Gynaecol Can. 2013;35(7):664-74. PM:23876646.

20. Stewart F, Berghmans B, Bo K, Glazener CM. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12:CD012390. PM:29271482.

21. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2013(7):CD002114. PM:23836411.

22. Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro Rde A, Brito LG. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(2):97-111. PM:26883864.

23. Robert M, Ross S. No. 186-Conservative Management of Urinary Incontinence. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(2):e119-e25. PM:29447716.

24. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. JAMA. 2017;318(16):1592-604. PM:29067433.

25. Parker WP, Griebling TL. Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women. Clin Geriatr Med. 2015;31(4):471-85. PM:26476110.

26. Nunes EFC, Sampaio LMM, Biasotto-Gonzalez DA, Nagano R, Lucareli PRG, Politti F. Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. Physiotherapy. 2019;105(1):10-23. PM:30686479.

27. Stewart F, Gameiro LF, El Dib R, Gameiro MO, Kapoor A, Amaro JL. Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;12:CD010098. PM:27935011.

28. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, Bradley CS, Handa VL, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;115(3):609-17. PM:20177294.

29. Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R, Yu O, Crane PK, et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. JAMA Intern Med. 2015;175(3):401-7. PM:25621434.

30. Risacher SL, McDonald BC, Tallman EF, West JD, Farlow MR, Unverzagt FW, Gao S, Boustani M, et al. Association Between Anticholinergic Medication Use and Cognition, Brain Metabolism, and Brain Atrophy in Cognitively Normal Older Adults. JAMA Neurol. 2016;73(6):721-32. PM:27088965.

31. Visco AG, Brubaker L, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Menefee SA, Schaffer J, Lowder J, et al. Anticholinergic therapy vs. onabotulinumtoxina for urgency urinary incontinence. N Engl J Med. 2012;367(19):1803-13. PM:23036134.

32. Health Canada. Product information: Urivarx. 2018. https://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info.do?licence=80080396.

33. Mulherin KR, L. Urinary incontinence: The quick & dry. RxFiles. 2019. www.rxfiles.ca.

34. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, Aragaki A, Naughton MJ, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. JAMA. 2005;293(8):935-48. PM:15728164.

35. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD001405. PM:23076892.

36. Chung SH, Kim WB. Various Approaches and Treatments for Pelvic Organ Prolapse in Women. J Menopausal Med. 2018;24(3):155-62. PM:30671407.

37. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2016;27(7):981-92. PM:26407564.

38. Cheung RY, Lee JH, Lee LL, Chung TK, Chan SS. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2016;128(1):73-80. PM:27275798.

39. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2013(2):CD004010. PM:23450548.

40. Practice Bulletin No. 185: Pelvic Organ Prolapse. Obstet Gynecol. 2017;130(5):e234-e50. PM:29064971.

41. Health Canada. Summary Safety Review - Surgical mesh products made from non-absorbable synthetic (polypropylene) material that are used for the transvaginal repair of pelvic organ prolapse (POP) - Health Canada. 2019. https://hpr-rps.hres.ca/reg-content/summary-safety-review-detail.php?lang=en&linkID=SSR00229.

ANNEXE 1. Michigan Incontinence Symptom Index

Ce questionnaire succinct est conçu pour évaluer la gravité de votre incontinence urinaire (fuite d'urine involontaire). Pour chaque question, veuillez encercler le numéro associé à la réponse qui décrit le mieux vos habitudes mictionnelles au cours du dernier mois.

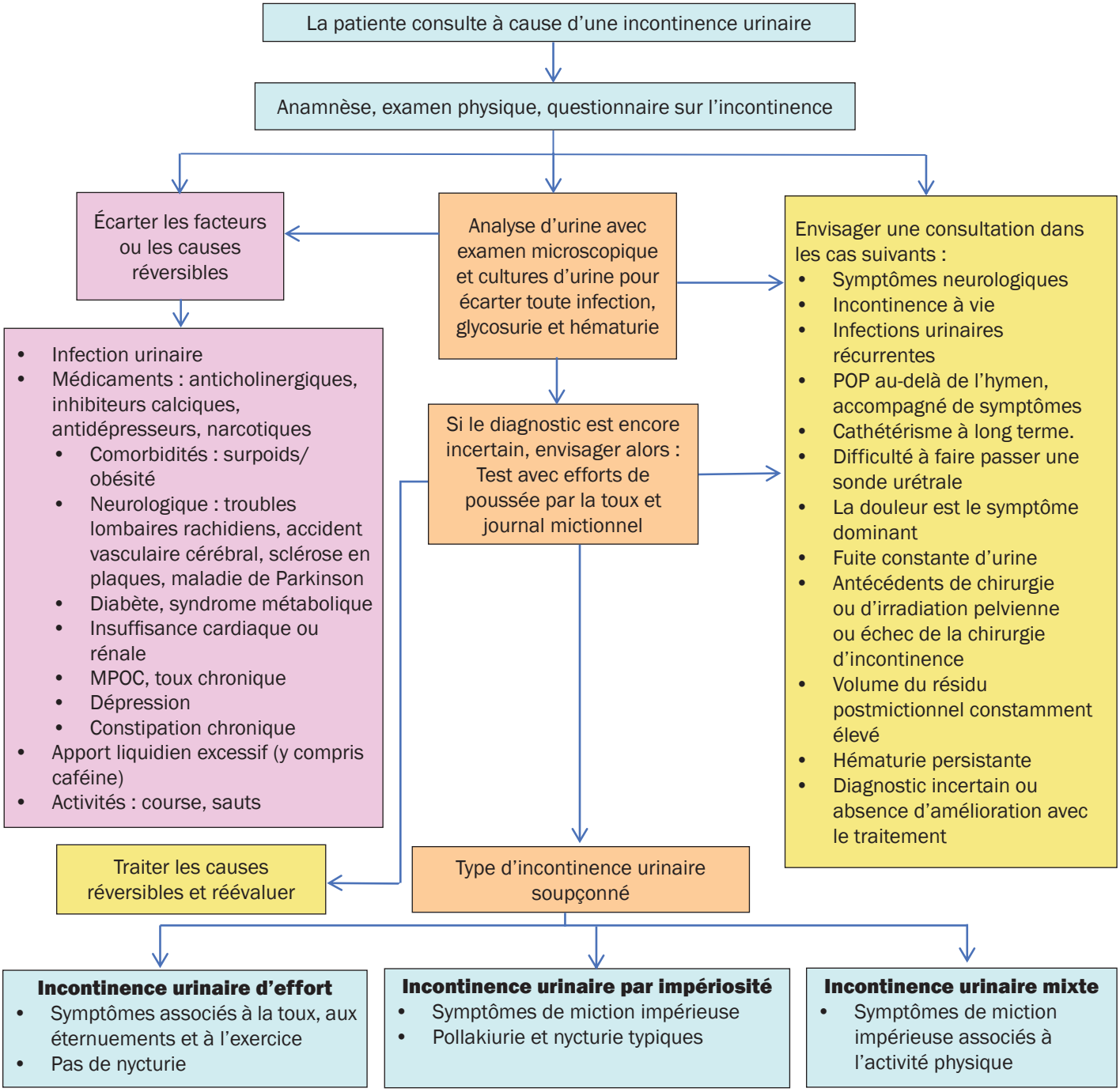
Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Environ la moitié du temps	La plupart du temps
1. À quelle fréquence avez-vous eu des fuites d'urine associées à une activité physique (comme soulever des objets, se pencher, s'asseoir, se lever, faire de l'exercice, etc.)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. À quelle fréquence avez-vous eu des fuites d'urine en soulevant des objets légers (comme un gallon de lait)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. À quelle fréquence avez-vous eu des fuites d'urine en marchant ou en faisant des exercices légers?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
	Jamais	**Rarement**	**Environ une fois par semaine**	**Environ une fois par jour**	**Plus d'une fois par jour**
4. À quelle fréquence avez-vous eu des fuites d'urine parce que vous ne pouviez pas attendre jusqu'au moment d'uriner?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. À quelle fréquence avez-vous eu des fuites d'urine à cause d'une envie soudaine et impérieuse d'uriner?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. À quelle fréquence avez-vous eu des fuites d'urine parce que vous n'avez pas pu vous rendre à temps à la salle de bain?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
	Aucun	**Mince serviette hygiénique ou mouchoir**	**Serviette hygiénique d'absorption moyenne/régulière**	**Serviette hygiénique large/maxi**	**Sous-vêtements absorbants, jetables**
7. En moyenne, quelle forme de protection contre les fuites légères utilisez-vous durant la journée?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
	Aucun	**1 par jour ou moins, ou seulement pour plus de précautions**	**1 par jour, habituellement humide**	**2-3 par jour**	**Au moins quatre par jour**
8. En moyenne, combien de ces dispositifs (serviettes hygiéniques, mouchoirs, sous-vêtements jetables) contre les fuites légères utilisez-vous durant la journée?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
			Score total de gravité : _____		
	Jamais	**Rarement**	**Parfois**	**La plupart du temps**	**Tout le temps**
9. Dans l'ensemble, à quelle fréquence avez-vous dû modifier vos activités quotidiennes en raison de votre incontinence urinaire?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
	Aucun problème	**Très léger problème**	**Léger problème**	**Problème moyen**	**Grand problème**
10. Dans l'ensemble, dans quelle mesure votre incontinence urinaire a-t-elle eu des répercussions, au cours du dernier mois, sur votre vie sociale (anxiété/embarras/évitement des activités sociales)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
			Score total de gêne : _____		

Tableau reproduit avec la permission de : Suskind AM, Dunn RL, Morgan DM, DeLancey JO, McGuire EJ, Wei JT. The Michigan Incontinence Symptom Index (M-ISI): a clinical measure for type, severity, and bother related to urinary incontinence. Neurourology and urodynamics. Sep 2014;33(7):1128-1134.

Calcul du score : Incontinence urinaire d'effort (questions 1-3) > 3; incontinence urinaire par impériosité (questions 4-6) > 5

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2020

ANNEXE 2. Bilan diagnostique des femmes présentant une incontinence urinaire



Sources :
1) Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, et al. Urinary incontinence in women. Nature Reviews. Disease Primers. 2017;3:17042.;
2) Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA*. 2017;318(16):1592-1604.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2020

ANNEXE 3. Médicaments prescrits pour l'incontinence urinaire par impériosité

Médicaments	Dose		Coût/mois $	Effets indésirables	Contre-indications
	Initiale	Habituelle/ maximale			
Antimuscariniques/anticholinergiques					
Oxybutynine Ditropan, g (LI)	LI : 2,5 mg 2 f.p.j. ou au coucher	5 mg 2-3 f.p.j., max. 4 f.p.j.	14–20	Fréquents : bouche sèche, vision floue, constipation, troubles gastro-intestinaux, vertiges Graves : troubles cognitifs, confusion, chutes, tachycardie, delirium, convulsions	Rétention urinaire, rétention gastrique, glaucome à angle étroit non maîtrisé, delirium
Ditropan (LP)	LP : 5-10 mg par jour	15-20 mg 1 f.p.j. max. 30 mg/jour	102–287		
Oxytrol (timbre)	2 fois par semaine (rotation des sites)		71		
Toltérodine Detrol, g (LI) Detrol, g (AP)	LI : 2 mg 2 f.p.j. AP : 4 mg par jour	4 mg/jour (max.) 4 mg/jour (max.)	44 77, g : 27		
Fésotérodine Toviaz	4 mg par jour	8 mg/jour (max.)	60		
Trospium Trosec, g	20 mg 2 f.p.j.		62 g : 50		
Darifénacine Enablex	7,5 mg par jour	15 mg par jour	62		
Solifénacine Vesicare, g	5 mg par jour	10 mg par jour	60 g : 20		
Propvérine Mictoryl	30 mg par jour	45 mg par jour	59		
Agoniste des récepteurs bêta-adrénergiques					
Mirabegron Myrbetriq	25 mg par jour	50 mg par jour	58	Nausées, diarrhées, céphalées, hausse de la tension artérielle	Hypertension non maîtrisée

AP : action prolongée; g : générique ; LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée

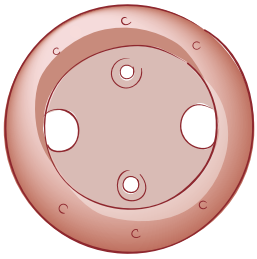
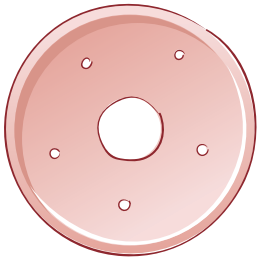
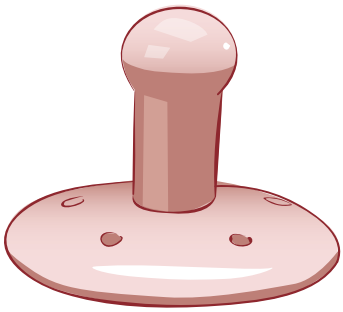
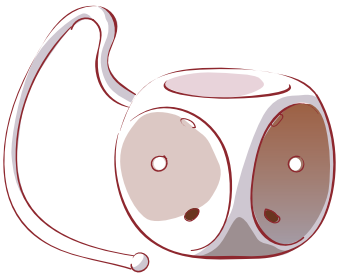
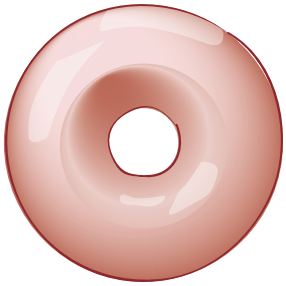
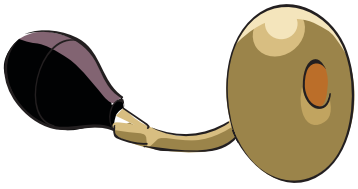
Sources :

1) Mulherin KR, L. Urinary incontinence: The quick & dry. *RxFiles.* 2019. http://www.rxfiles.ca.

2) ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary Incontinence in Women. *Obstetrics and gynecology.* Nov 2015;126(5): e66-81.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Type de pessaires

Avec soutien	Combinaison	Comblement de l'espace
• De type anneau (ouvert ou en disque) : le plus fréquent et le plus facile à utiliser pour la patiente et le clinicien; ou de type Shaatz • Se place dans la partie postérieure du dôme vaginal, au-dessus de l'os pubien et/ou du plancher pelvien • Le pessaire en disque soutient le col; des perforations permettent aux sécrétions vaginales de s'écouler • Surtout utilisé pour le prolapsus léger à modéré (stades I et II) • Confortable  **Pessaire de type anneau avec soutien**  **Pessaire de type Shaatz**	• Pessaire de type Gelhorn • Apporte un soutien et comble l'espace • Surtout utilisé pour le prolapsus grave (stade III) • Plus difficile à implanter et à retirer; son entretien doit être assuré par un professionnel de la santé  **Pessaire de type Gelhorn**	• Types : cube, Inflatoball, en forme de beignet • Le pessaire cube rapproche les parois vaginales de la ligne médiane; les autres comblent un espace plus grand que l'orifice vaginal • Surtout utilisé pour le prolapsus grave (stade III)  **Pessaire de type cube**  **Pessaire de type « beignet »**  **Pessaire de type « Inflatoball »**

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 4 (suite). Choix des dimensions et insertion du pessaire

Vidéo : https://www.mdedge.com/obgyn/article/79142/pelvic-floor-dysfunction/vaginal-pessaries-video-proper-insertion-and-removal
(Cette vidéo de 15 minutes présente en détail l'ajustement du pessaire de type anneau et du pessaire de type Gelhorn.)

Comment choisir les dimensions du pessaire : La taille d'un pessaire doit correspondre à environ la largeur du canal vaginal. Pour évaluer la largeur du canal vaginal, séparer les deux doigts d'examen au niveau du dôme dans un plan sagittal et estimer la distance de séparation. Si un pessaire de type cube est utilisé, il n'est pas nécessaire qu'il soit aussi large que le vagin, mais sa taille doit correspondre à environ la moitié de cette largeur. En général, il est préférable d'utiliser le plus petit pessaire confortable pour la patiente. **CONSEILS POUR LA PRATIQUE :** les anneaux de dimensionnement ne sont généralement pas nécessaires, mais les fabricants de pessaires peuvent les fournir sur demande.
Avant l'insertion : Il est possible que les femmes ménopausées présentant des signes d'atrophie doivent appliquer une crème topique d'œstrogène deux à trois fois par semaine pendant deux à trois mois avant l'implantation du pessaire. La vessie doit être vide.

Méthode d'insertion	
Pessaire de type anneau	• Plier le pessaire et lubrifier ses bords d'entrée. Insérer le pessaire, le côté courbé vers le haut. • Diriger le pessaire vers le sacrum. Le déplier au-dessus du plancher pelvien en plaçant l'extrémité antérieure juste derrière la symphyse. S'assurer qu'un espace correspondant à la largeur d'un doigt sépare le bord du pessaire et la symphyse, ainsi qu'entre le côté du pessaire et la paroi vaginale latérale. • Faire un quart de tour dans n'importe quelle direction pour s'assurer que le bord pliable ne soit pas placé face à l'orifice vaginal, car cela augmenterait le risque d'expulsion spontanée. • Une fois le pessaire ajusté, demander à la patiente de marcher et de faire des mouvements (p. ex., de s'accroupir, d'effectuer une manœuvre de Valsalva) pour s'assurer que le pessaire ne tombe pas. Vérifier que la patiente peut effectuer une miction avant de quitter la clinique.
Pessaire de type Gelhorn	• Plier le pessaire (de la manière indiquée ci-dessus) en maintenant la tige pliée vers le bas pour en faciliter l'insertion. • Diriger la tige vers l'extérieur (en direction caudale). • Il devrait être possible de passer un doigt entre le disque et la paroi latérale du vagin.
Pessaire de type cube	• Comprimer l'extrémité insérée dans l'ouverture vaginale, et le pousser vers le haut et l'arrière.
Pessaire de type beignet	• Une compression est également requise pour l'insertion.

Soins et entretien

Entretien	• Fournir à la patiente des instructions sur les soins et le retrait du pessaire. Un document de la SOGC destiné aux patientes explique le nettoyage des pessaires; il peut être consulté à l'adresse suivante : https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30888-4/pdf. • Si une femme est en mesure de s'occuper de ses soins personnels, lui conseiller de retirer le pessaire une fois par semaine et de le laver avec de l'eau et du savon ordinaire. • Les femmes qui ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels devraient être suivies à intervalles de trois mois de manière à ce que le pessaire soit retiré et nettoyé en cabinet. • Les pessaires de types Gelhorn, cube ou en forme de beignet doivent généralement être retirés et nettoyés par un professionnel de la santé. • Il est possible d'avoir des rapports sexuels avec le pessaire de type anneau ou le pessaire de type Shaatz en place. Les pessaires de types cube, en forme de beignet ou de Gelhorn doivent être retirés au préalable. • Offrir des conseils sur la prévention de la constipation et l'importance d'éviter les efforts de poussée (pour ne pas que le pessaire se déloge).
Visites de suivi	• Une fois le pessaire implanté avec succès, effectuer un suivi dans les deux à quatre semaines. Si la patiente peut s'occuper de ses soins personnels et qu'elle ne présente pas de complications, les visites peuvent être espacées d'intervalles de 6 ou 12 mois. Lors du suivi, s'enquérir des saignements, de la douleur et des pertes vaginales et de la fonction intestinale et vésicale, et examiner le vagin à la recherche de signes d'inflammation/d'érosion. • Pour retirer le pessaire de type Gelhorn, tirer sur la tige. Une pince à pansements ou à extrémités circulaires peut être appliquée sur la base de la tige pour tirer le pessaire vers l'extérieur. Placer un doigt sous une extrémité du pessaire pour rompre la succion et plier le disque rond le long de la tige.
Complications	• La présence d'odeur, de saignements vaginaux ou de pertes accrues pourrait indiquer des érosions. Inspecter l'épithélium vaginal (en particulier les parties postérieure et latérale du dôme vaginal) à l'aide d'un large coton-tige pour déplacer le col vers la position controlatérale. En présence d'érosion, retirer le pessaire pendant deux à quatre semaines et envisager une crème à base d'œstrogène (si elle n'a pas déjà été appliquée). Les érosions qui ne guérissent pas peuvent (rarement) indiquer un cancer vaginal. • Les pertes vaginales peuvent indiquer une vaginose bactérienne. Le traitement suppose un retrait plus fréquent du pessaire et l'administration d'antibiotiques. Replens ou la crème Trimo-San peuvent atténuer les odeurs et les pertes. • En cas de complications persistantes, des visites plus régulières et un changement de la taille/du type de pessaire pourraient être nécessaires.

Sources : 1) Practice Bulletin No. 185: Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and gynecology.* Nov 2017;130(5):e234-e250.; **2)** Robert M, Schulz JA, Harvey MA, Urogynaecology C. Technical update on pessary use. *JOGC* 2013;35(7):664-674.; **3)** Bordman R, Telner D. Practice tips. Pessary insertion: choosing appropriate patients. *Can Fam Physician* 2007;53(3):424-425.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

EXERCICES DES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN (EXERCICES DE KEGEL)

Votre médecin recommande que vous fassiez des exercices du plancher pelvien pour renforcer les muscles qui le composent.

Ces muscles permettent de contrôler l'écoulement d'urine et de selles. Ils permettent également de tenir en place vos organes pelviens (vessie, utérus, intestins, vagin).

Exercices du plancher pelvien

Étape 1. Localisez et palpez les muscles du plancher pelvien

- Imaginez-vous assise aux toilettes en train d'uriner. Imaginez ensuite que vous arrêtez l'écoulement d'urine. Les muscles que vous utilisez alors sont ceux du plancher pelvien. Un autre moyen de vous assurer que vous tenez les bons muscles est d'insérer un doigt dans le vagin lorsque vous essayez de faire ces exercices. Vous devriez sentir que ces muscles serrent votre doigt.

Étape 2. Faites les exercices du plancher pelvien

- Adoptez une position confortable : allongée, assise ou debout.
- Serrez les muscles du plancher pelvien. Veillez à ce que votre ventre, vos cuisses et votre derrière soient détendus.
- Maintenez la contraction pendant 5 à 10 secondes. Répétez 10 à 15 fois par séance.
- Faites les exercices au moins trois fois par jour.
- Vous pouvez faire ces exercices lorsque vous êtes occupée à autre chose, par exemple en lisant, assise sur le canapé, pendant que vous préparez le souper ou que vous faites la queue à l'épicerie.

Faites ces exercices régulièrement. Trois à quatre mois peuvent s'écouler avant que vous constatiez une amélioration.

Plusieurs applications proposent des routines variées d'exercices du plancher pelvien ainsi que des rappels quotidiens.
Ces applications sont gratuites sur Apple Store et Google Play. En voici quelques exemples :

Kegel Trainer PFM Exercises **Easy Kegel**

« La source : Votre guide pour un meilleur contrôle de la vessie » est une ressource très détaillée qui fournit des renseignements sur l'incontinence et sur les exercices du plancher pelvien (page 16).
Elle peut être consultée à l'adresse suivante :

https://www.canadiancontinence.ca/pdfs/Source-2018/The-Source-2018-French.pdf

Votre médecin pourrait vous suggérer de rendre visite à un physiothérapeute spécialisé en santé pelvienne qui pourra vous apprendre à effectuer correctement les exercices du plancher pelvien. Il est possible que le coût de ce service ne soit pas remboursé par votre régime d'assurance-maladie provincial/territorial. Si vous êtes couverte par une assurance privée, vérifiez si votre compagnie d'assurance rembourse le coût de ce service.

Sources :

1) University Health Network. Pelvic Floor "Kegel" Exercises. 2017. Available at: https://www.uhn.ca/PatientsFamilies/Health_Information/Health_Topics/Documents/Pelvic_Floor_Kegel_Exercises_for_women.pdf;

2) HealthLink BC. Kegel Exercises. 2018. https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/hw219322spec.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2020