

# Directive clinique sur l'évaluation et la prise en charge de l'incontinence urinaire récurrente à la suite d'une chirurgie visant le plancher pelvien

La présente directive clinique a été rédigée par le comité d'urogynécologie et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEURS PRINCIPAUX

Danny Lovatsis, MD, Toronto (Ont.)

William Easton, MD, Scarborough (Ont.)

David Wilkie, MD, Vancouver (C.-B.)

## COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE

Danny Lovatsis, MD, (président), Toronto (Ont.)

Jens-Erik Walter, MD (coprésident), Montréal (Québec)

William Easton, MD, Scarborough (Ont.)

Annette Epp, MD, Saskatoon (Sask.)

Scott Farrell, MD, Halifax (N.-É.)

Lise Girouard, inf. aut., Winnipeg (Man.)

Chander Gupta, MD, Winnipeg (Man.)

Marie-Andrée Harvey, MD, Kingston (Ont.)

Annick Laroche, MD, St-Lambert (Québec)

Magali Robert, MD, Calgary (Alb.)

Sue Ross, PhD, Calgary (Alb.)

Joyce Schachter, MD, Ottawa (Ont.)

Jane Schulz, MD, Edmonton (Alb.)

David Wilkie, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurées par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## Résumé

**Objectif :** Fournir aux gynécologues généralistes et aux urogynécologues une directive clinique sur la prise en charge de l'incontinence urinaire récurrente à la suite d'une chirurgie visant le plancher pelvien.

**Options :** L'évaluation englobe les antécédents et l'examen physique, l'urodynamique multicanal et, peut-être, l'urétrocystoscopie. La prise en charge couvre les interventions conservatrices, pharmacologiques et chirurgicales.

**Issue :** La présente directive clinique offre une approche exhaustive quant à la problématique complexe de l'incontinence récurrente qui est fondée sur les mécanismes pathophysiologiques sous-jacents.

**Résultat :** Les opinions publiées par des spécialistes et les résultats d'essais cliniques, le cas échéant.

**Valeurs :** La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

## Recommandations

1. Chaque patiente devrait faire l'objet d'une évaluation exhaustive visant à déterminer l'étiologie sous-jacente de l'incontinence urinaire récurrente et à orienter la prise en charge. (II-3B)
2. Les options de prise en charge conservatrice devraient être utilisées à titre de traitements de première intention. (III-C)
3. Les patientes qui présentent un urètre hypermobile, en l'absence de signes d'insuffisance du sphincter intrinsèque, peuvent être prises en charge au moyen d'une urétropexie rétropubienne (p. ex. intervention de Burch) ou d'une intervention de bandelette (p. ex. bandelette mi-urétrale, bandelette pubovaginale). (II-2B)
4. Les patientes qui présentent des signes d'insuffisance du sphincter intrinsèque peuvent être prises en charge au moyen d'une intervention de bandelette (p. ex. bandelette mi-urétrale, bandelette pubovaginale). (II-3B)
5. Dans les cas d'intervention chirurgicale visant l'insuffisance du sphincter intrinsèque, l'utilisation d'une bandelette vaginale rétropubienne devrait être privilégiée à celle d'une bandelette transobturatrice. (I-B)
6. Les patientes qui présentent une mobilité urétrale considérablement réduite peuvent être prises en charge au moyen d'injections gonflantes périurétrales, d'une intervention de bandelette rétropubienne, de la mise en place d'un sphincter artificiel, d'un détournement urinaire ou d'un cathétérisme chronique. (III-C)

**Mots clés :** Urinary incontinence, recurrent, surgery

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

## Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>20</sup>.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif<sup>20</sup>.

7. La vessie hyperactive devrait être prise en charge au moyen d'un traitement médical et/ou comportemental. (II-2B)
8. La pollakiurie s'accompagnant d'une hausse modérée du volume du résidu post-mictionnel peut être prise en charge au moyen de mesures conservatrices, telles que l'administration de médicaments visant à détendre le sphincter urétral, la miction à intervalles déterminés et la miction double. L'auto-cathétérisme intermittent peut également être mis en œuvre. (III-C)
9. L'incapacité totale de procéder à la miction, avec ou sans incontinence par regorgement, peut être prise en charge au moyen d'un auto-cathétérisme intermittent ou d'une urétrolyse. (III-C)
10. Les fistules devraient être prises en charge par un médecin expérimenté. (III-C)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 32, n° 9, 2010, p.899-904

### INTRODUCTION

L'exploration et la sélection rigoureuses des patientes avant la tenue d'une chirurgie pelvienne primaire visant un prolapsus et/ou une incontinence urinaire minimiseront l'incidence de l'échec immédiat ou différé<sup>1</sup>. La mise en œuvre d'une intervention conservatrice (c.-à-d. non chirurgicale) ou d'une intervention chirurgicale peut s'avérer requise à la suite de l'échec de la chirurgie précédente; toutefois, la priorité devrait d'abord être accordée aux options non chirurgicales<sup>2</sup>. Les patientes qui se plaignent d'une incontinence urinaire *de novo* ou récurrente à la suite d'une chirurgie reconstructive du plancher pelvien ou d'une chirurgie visant l'incontinence doivent être soumises à une évaluation exhaustive ayant

pour objectif d'identifier la cause de cette incontinence. Pour la plupart de ces patientes, les causes de l'incontinence feront partie de l'une des catégories suivantes.

### Causes précoces de l'incontinence urinaire

1. Correction chirurgicale de l'incontinence à l'effort ayant échoué ou n'ayant pas été maintenue.
2. Incontinence à l'effort latente (occulte) non reconnue avant l'opération chez une patiente présentant un prolapsus d'organe pelvien.
3. Complication peropératoire ou postopératoire de la chirurgie (p. ex. fistule).
4. La chirurgie ne constituait pas le traitement approprié ou le choix de l'intervention s'est avéré inapproprié.
5. Vessie hyperactive préexistante ou *de novo* donnant lieu à une incontinence par impériosité.
6. Infection des voies urinaires donnant lieu à une incontinence par impériosité.
7. Dysfonctionnement mictionnel donnant lieu à une incontinence par impériosité / pollakiurie ou à une incontinence par regorgement.

### Causes progressives à long terme de l'incontinence urinaire

1. Insuffisance du soutien du plancher pelvien que ce soit en raison d'une prédisposition génétique ou de la présence d'autres états pathologiques.

2. États pathologiques prédisposants (p. ex. bronchopneumopathie chronique obstructive, obésité, constipation chronique).
3. Vieillesse urogénitale et carence œstrogénique.

## ÉVALUATION

Bien que certains cas d'incontinence urinaire récurrente puissent faire partie de la catégorie décrite dans la directive clinique « Évaluation de l'incontinence d'urine à l'effort en vue d'une intervention chirurgicale primaire »<sup>1</sup> publiée en 2003 par la SOGC, la tenue d'une évaluation spécialisée (y compris l'urodynamique) permettra l'établissement d'un diagnostic précis et la mesure des variables urodynamiques qui pourraient considérablement affecter le plan de prise en charge. Lorsqu'une patiente répond à tous les critères apparaissant dans la liste suivante, l'évaluation peut alors se dérouler de la façon suggérée par la directive clinique<sup>1</sup>, sans avoir recours à l'urodynamique multicanal.

- Pas plus d'une chirurgie précédente visant l'incontinence
- Symptômes d'incontinence urinaire à l'effort pure
- Aucun symptôme de vessie hyperactive
- Aucun symptôme de dysfonctionnement mictionnel tel que le retard mictionnel, une miction lente ou interrompue, les efforts de miction intenses et prolongés ou une miction incomplète
- Urètre hypermobile
- Volume de résidu post-mictionnel < 100 ml
- Analyse urinaire normale

Lorsque l'un des critères susmentionnés n'est pas satisfait, une évaluation plus exhaustive faisant appel à l'urodynamique multicanal s'avère alors requise; de plus, l'orientation de la patiente vers un sous-spécialiste pourrait être indiquée. Dans tous les cas, l'évaluation doit être conçue de façon à identifier un ou une combinaison des états pathologiques prédisposants suivants.

1. Altération du mécanisme du sphincter urétral
2. Hyperactivité du détrusor (vessie hyperactive)
3. Dysfonctionnement mictionnel
4. Fistule urogénitale
5. Prolapsus pelvien persistant ou *de novo*

## Recommandation

1. Chaque patiente devrait faire l'objet d'une évaluation exhaustive visant à déterminer l'étiologie sous-jacente de l'incontinence urinaire récurrente et à orienter la prise en charge. (II-3B)

## EXPLORATION DU FONCTIONNEMENT DU SPHINCTER URÉTRAL

Le soutien extrinsèque de l'urètre est d'une importance cruciale pour ce qui est de la continence; il est assuré, latéralement, par un ancrage de tissu conjonctif lié aux parois pelviennes latérales et, postérieurement, par les muscles releveurs de l'anus. La mobilité urétrale devrait être évaluée dans le cadre de la mesure du soutien extrinsèque. Toutefois, la continence n'est maintenue que lorsque le soutien extrinsèque est complété par une fonction urétrale intrinsèque normale, laquelle est formée des éléments suivants :

1. Une muqueuse urétrale saine
2. Un plexus vasculaire normal
3. Un fonctionnement normal du sphincter lisse
4. Un fonctionnement normal du sphincter strié externe

Des facteurs tels que le manque d'œstrogènes, le vieillissement des tissus, la dévascularisation, la dénervation ou la perturbation des sphincters musculaires peuvent donner lieu à une altération marquée de la fonction du sphincter urétral intrinsèque. Ces problèmes peuvent également être attribuables à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme pelvien précédent. Certaines patientes peuvent présenter une combinaison d'hypermobilité récurrente et d'insuffisance de la fonction urétrale intrinsèque.

La plupart des interventions chirurgicales utilisées pour contrer l'incontinence à l'effort sont conçues de façon à restaurer des relations anatomiques normales et à rétablir le soutien urétral extrinsèque. Bien que le mécanisme exact qui est responsable de la restauration de la continence obtenue à la suite de la réussite de la chirurgie demeure flou<sup>3</sup>, l'amélioration de la transmission de la pression à l'urètre constitue la seule constatation urodynamique postopératoire qui s'avère constante. Cette modification urodynamique est probablement attribuable à une meilleure transmission de la pression intra-abdominale à l'urètre nouvellement soutenu. Certains émettent également l'hypothèse selon laquelle le soutien de la partie médiane de l'urètre entraîne un certain degré de coudure de l'urètre lorsque l'urètre proximal et la vessie descendent en présence d'une pression intra-abdominale accrue<sup>4</sup>. Lorsque l'on utilise ce modèle, il devient évident que la rectification chirurgicale de l'incontinence à l'effort se doit de stabiliser l'urètre à un niveau anatomique approprié, de façon à permettre la transmission de pression à l'urètre. Lorsque cette stabilité n'est pas établie au moment de l'opération ou lorsqu'elle ne peut être maintenue par la suite, la chirurgie peut se solder en un échec.

La tenue d'une deuxième chirurgie peut causer un traumatisme significatif à l'urètre, ce qui mènera à la transformation de ce dernier en un urètre mal vascularisé, cicatrisé et rigide

n'ayant plus aucune fonction sphinctérienne (insuffisance du sphincter intrinsèque)<sup>5</sup>. Dans un tel cas, l'urètre constitue un canal mal rapproché au travers duquel l'urine peut s'écouler en présence de hausses minimales de la pression intra-abdominale ou de façon pratiquement continue. L'urétroscopie révélera la présence d'un tube rigide et lisse qui ne se rapproche pas. La jonction urétrovésicale est ouverte et peut être visualisée à partir de quelque point que ce soit le long de l'urètre. Le recours à la vidéocystourétrographie permettra de confirmer la présence d'un urètre immobile et ouvert. Une insuffisance du sphincter intrinsèque (ISI) peut apparaître à la suite d'une urétropexie rétropubienne (p. ex. intervention de Burch) ou d'une suspension à l'aiguille (p. ex. intervention de Pereyra) précédentes ou, moins fréquemment, à la suite d'une colpographie antérieure précédente<sup>6</sup>. La probabilité de voir apparaître une ISI s'accroît au fur et à mesure de la hausse du nombre de chirurgies précédentes<sup>6</sup>.

La mobilité de la jonction urétrovésicale peut être évaluée par le test du Q-tip<sup>7</sup>, par l'inspection et la palpation de la paroi vaginale antérieure distale pendant la manœuvre de Valsalva, ainsi que par la tenue d'un examen échographique, d'une vidéocystourétrographie et d'une urétroscopie. Lorsque l'on constate une hypermobilité récurrente, on peut présumer que la chirurgie n'est pas parvenue à établir ou à maintenir un soutien urétral. Lorsque l'urètre est maintenu en position rétropubienne élevée, on peut présumer que la chirurgie a atteint son objectif et que l'échec est alors attribuable à l'ISI. Une patiente qui présente une ISI nécessitera une évaluation et une prise en charge sous-spécialisées, y compris la mise en œuvre d'une urodynamique multicanal. Parmi les variables urodynamiques concordant avec la présence d'une ISI, on trouve une pression de fermeture urétrale maximale inférieure à 20 cm d'eau ou une pression de point de fuite inférieure à 60 cm d'eau<sup>6</sup>. Le choix de toute intervention chirurgicale subséquente sera déterminé par le degré de fixation urétrale cicatricielle, l'état de santé de la patiente et le degré selon lequel le fonctionnement du détrusor et de l'urètre a été compromis par la dénervation causée par les interventions chirurgicales précédentes<sup>8</sup>.

### **PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE À L'EFFORT RÉCURRENT**

Toute décision de mettre en œuvre un traitement particulier doit inclure une évaluation de la gravité des symptômes de la patiente; de plus, la mise à l'essai d'une prise en charge conservatrice doit être envisagée (comme le décrit la directive clinique « Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire » de la SOGC)<sup>2</sup>. L'urétropexie rétropubienne conventionnelle (intervention de Burch)<sup>9</sup> compte un taux d'échec plus élevé pour ce qui est des cas de présence soupçonnée d'une ISI où la pression de fermeture urétrale maximale est inférieure à 20 cm d'eau. La bandelette vaginale

sans tension a permis d'obtenir des taux de réussite allant de 74 % à 82 % lorsque l'on y a eu recours dans le cadre d'une deuxième intervention, en fonction du degré de l'ISI présente<sup>8</sup>. Certaines données indiquent que la bandelette transobturatrice pourrait ne pas être aussi efficace que la bandelette vaginale sans tension dans les cas qui présentent un élément d'ISI<sup>10</sup>, particulièrement lorsque la pression de fermeture urétrale maximale est inférieure à 40 cm d'eau<sup>11</sup>; ses taux de réussite ne sont que d'environ 50 %. Les patientes qui présentent une ISI significative, comme la présence d'un urètre fixe et rigide, peuvent également connaître une incontinence persistante, même lorsque la technique chirurgicale utilisée dans le cadre d'une deuxième intervention fait appel à une bandelette urétrale. L'orientation vers un sous-spécialiste aux fins d'obtenir une intervention de bandelette rétropubienne (avec ou sans lyse du tissu cicatriciel para-urétral et du col vésical) peut rétablir la continence dans ces circonstances. Le risque d'échec et de rétention urinaire peut être ainsi accru. Des agents gonflants périurétraux peuvent également être injectés<sup>12</sup>. Il est également possible de prendre en considération le recours à d'autres options « de stade final », telles que la mise en place d'une sphincter artificiel, le détournement urinaire ou le cathétérisme chronique. Les patientes présentant une incontinence à l'effort récurrente qui choisissent de recevoir un traitement chirurgical devraient être prises en charge en fonction des recommandations suivantes.

### **Recommandations**

2. Les options de prise en charge conservatrice devraient être utilisées à titre de traitements de première intention. (III-C)
3. Les patientes qui présentent un urètre hypermobile, en l'absence de signes d'insuffisance du sphincter intrinsèque, peuvent être prises en charge au moyen d'une urétropexie rétropubienne (p. ex. intervention de Burch) ou d'une intervention de bandelette (p. ex. bandelette mi-urétrale, bandelette pubovaginale). (II-2B)
4. Les patientes qui présentent des signes d'insuffisance du sphincter intrinsèque peuvent être prises en charge au moyen d'une intervention de bandelette (p. ex. bandelette mi-urétrale, bandelette pubovaginale). (II-3B)
5. Dans les cas d'intervention chirurgicale visant l'insuffisance du sphincter intrinsèque, l'utilisation d'une bandelette vaginale rétropubienne devrait être privilégiée à celle d'une bandelette transobturatrice. (I-B)
6. Les patientes qui présentent une mobilité urétrale considérablement réduite peuvent être prises en charge au moyen d'injections gonflantes périurétrales, d'une intervention de bandelette rétropubienne, de la mise en

place d'un sphincter artificiel, d'un détournement urinaire ou d'un cathétérisme chronique. (III-C)

### **VESSIE HYPERACTIVE**

La vessie hyperactive (un symptôme complexe formé par la présence d'impériosité, de pollakiurie, de nycturie et d'incontinence par impériosité) est causée par l'insuffisance de l'inhibition vésicale et, lorsqu'elle n'est pas dépistée avant la chirurgie, peut donner lieu à une incontinence persistante à la suite de la chirurgie. La vessie hyperactive *de novo* peut se manifester à la suite d'une chirurgie visant l'incontinence à l'effort<sup>13</sup>, particulièrement lorsqu'une dissection vaginale considérable a été effectuée ou à titre de résultat secondaire à la suite d'une obstruction de la voie d'éjection. Les patientes présenteront habituellement une miction impérieuse, une pollakiurie et une nycturie, avec ou sans incontinence par impériosité. La cystoscopie peut permettre l'identification de la pathologie vésicale à l'origine des symptômes urinaires, telle qu'une suture ou un treillis pénétrant la vessie ou l'urètre. Bien qu'un simple cystométrogramme permette d'identifier la plupart des cas de vessie hyperactive, le recours à la cystométrie à soustraction multicanal (*multichannel subtracted cystometry*) est indiqué lorsque le diagnostic est incertain.

La prise en charge de la vessie hyperactive est de nature médicale ou comportementale. Le traitement médical fait habituellement appel à des agents anticholinergiques / antimuscariniques<sup>14</sup>. Parmi les éléments du traitement comportemental, on trouve la miction guidée, la rééducation vésicale, la baisse de l'apport en caféine ou la rétroaction biologique, avec ou sans électrostimulation<sup>2</sup>. Dans certains cas, la vessie hyperactive est attribuable à l'obstruction de la voie d'éjection (nous en discuterons dans la prochaine section) et l'urétrolyse peut alors permettre une amélioration<sup>15</sup>.

Certaines patientes peuvent présenter une incontinence urinaire mixte. Bien que le recours à la chirurgie ne soit pas contre-indiqué dans les cas d'incontinence urinaire mixte<sup>16</sup>, des options de prise en charge conservatrice devraient être mises en œuvre, tant pour l'incontinence à l'effort que pour l'incontinence par impériosité, et les avantages devraient être maximisés avant de songer à procéder à une autre chirurgie.

### **Recommandation**

7. La vessie hyperactive devrait être prise en charge au moyen d'un traitement médical et/ou comportemental. (II-2B)

### **DYSFONCTIONNEMENT MICTIONNEL**

Un dysfonctionnement mictionnel attribuable à une chirurgie pelvienne peut se manifester pour plusieurs raisons. En général, le dysfonctionnement mictionnel est attribuable à une obstruction urétrale ou à l'hypoactivité du détrusor. Une patiente qui présente une miction dysfonctionnelle subclinique préopératoire peut ne pas être en mesure de vider sa vessie à la suite de la stabilisation chirurgicale de la jonction urétrovésicale<sup>17</sup>. Chez les patientes qui présentent un mécanisme mictionnel préopératoire normal, l'élévation excessive de l'urètre peut partiellement obstruer le débit urinaire, causant ainsi un dysfonctionnement mictionnel. Les degrés bénins de miction incomplète se manifesteront sous forme de pollakiurie, de retard de la miction et de nycturie. Les obstacles mictionnels plus graves se manifestent sous forme de rétention urinaire, de globe vésical et d'incontinence par regorgement, d'infections récurrentes des voies urinaires et d'une possible décompensation des voies supérieures. Une simple mesure du débit urinaire (incluant la mesure du débit de pointe et du volume de résidu post-mictionnel) s'avère suffisante pour le dépistage du dysfonctionnement mictionnel<sup>1</sup>. Les niveaux de résidu post-mictionnel peuvent être mesurés par cathétérisme, échographie ou radiographie à contraste. La présence d'un profil mictionnel intermittent révélé par la mesure du débit urinaire, d'une baisse du débit de pointe (< 15 ml/seconde) ou d'un volume de résidu post-mictionnel élevé (> 150 ml) devrait mener à la tenue d'études mictionnelles plus sophistiquées, lesquelles peuvent comprendre une cystométrie mictionnelle (mesure simultanée des pressions intravésicale et abdominale pendant la miction), le débit urinaire, un électromyogramme et la mesure de l'activité du sphincter urétral<sup>15</sup>.

Le traitement devrait être personnalisé et les options devraient comprendre la miction à intervalles déterminés, la miction double, le cathétérisme intermittent ou l'urétrolyse. Nous ne disposons que de données limitées sur l'utilisation de relaxants urétraux (p. ex. benzodiazépines, Lioréal, alpha-bloquants). La stimulation du détrusor au moyen de bétanécoul est habituellement inefficace<sup>18</sup>. À l'occasion, la miction peut être améliorée par l'utilisation d'un pessaire ou la mise en œuvre d'une chirurgie visant à corriger un cysto-coele élevé, le cas échéant. Lorsqu'une hypotonie du détrusor en est la cause, on peut alors avoir recours à la stimulation du nerf sacré. Les opérations anti-incontinence additionnelles visant l'incontinence à l'effort devraient être planifiées avec précaution chez les patientes qui présentent un dysfonctionnement mictionnel postopératoire marqué<sup>15</sup>.

### **Recommandations**

8. La pollakiurie s'accompagnant d'une hausse modérée du volume du résidu post-mictionnel peut être prise en charge au moyen de mesures conservatrices, telles que

l'administration de médicaments visant à détendre le sphincter urétral, la miction à intervalles déterminés et la miction double. L'auto-cathétérisme intermittent peut également être mis en œuvre. (III-C)

9. L'incapacité totale de procéder à la miction, avec ou sans incontinence par regorgement, peut être prise en charge au moyen d'un auto-cathétérisme intermittent ou d'une urétrolyse. (III-C)

## FISTULE UROGÉNITALE

L'apparition d'une fistule urogénitale à la suite d'une chirurgie visant l'incontinence constitue une complication rare. Une fistule peut en venir à se manifester entre le vagin et l'urètre, la vessie, l'uretère ou une combinaison de ces organes. Une solution de bleu de méthylène peut être instillée dans la vessie avant la tenue d'un examen au spéculum ou la mise en place de tampons dans le vagin. La visualisation directe du colorant ou la coloration des tampons confirmeront la présence d'une fistule vésicovaginale. L'urétrocystoscopie devrait permettre l'identification d'une fistule dans l'urètre ou la vessie, ainsi que la détermination de la taille, de l'emplacement et du nombre exacts des fistules. L'injection de carmin d'indigo par voie intraveineuse, suivie d'un examen au spéculum ou d'un test au moyen de tampons, peut permettre d'identifier une fistule urétérovaginale lorsque la présence d'une fistule vésicovaginale a été écartée. La tenue d'une pyélographie intraveineuse ou d'une tomographie par ordinateur au moyen d'un produit de contraste intraveineux (urogramme TDM) s'avère indiquée pour identifier de possibles lésions des voies supérieures.

La présence d'une fistule urogénitale constitue un problème chirurgical qui doit être rectifié<sup>19</sup>. Le choix de l'intervention dépend de la gravité et de l'emplacement de la fistule. Une fistule et une incontinence à l'effort peuvent constituer des problèmes concomitants. Lorsqu'une chirurgie est mise en œuvre, elle devrait avoir pour objectif de rectifier tous les problèmes d'incontinence et de prolapsus du plancher pelvien, que ce soit de façon concomitante ou par étapes, en fonction des circonstances individuelles.

## Recommandation

10. Les fistules devraient être prises en charge par un médecin expérimenté. (III-C)

## REFERENCES

1. Farrell SA, Epp A, Flood C, Lajoie F, MacMillan B, Mainprize T, Robert M. « Évaluation de l'incontinence d'urine à l'effort en vue d'une intervention chirurgicale primaire. Directive clinique de la SOGC n° 127, avril 2003 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 25, 2003, p. 313–8.
2. Robert M, Ross S, Farrell SA, Easton WA, Epp A, Girouard L et coll. « Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire. Directive clinique de la SOGC n° 186, décembre 2006 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 28, 2006, p. 1113–25.
3. Nager CW, Schulz JA, Stanton SL, Monga A. « Correlation of urethral closure pressure, leak-point pressure and incontinence severity measures », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 12, 2001, p. 395–400.
4. Lo TS, Wang AC, Horng SG, Liang CC, Soong YK. « Ultrasonographic and urodynamic evaluation after tension free vagina tape procedure (TVT) », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 80, 2001, p. 65–70.
5. GM Ghoniem, AN Elgamasy, R Elsergany, DS Kapoor. « Grades of intrinsic sphincteric deficiency (ISD) associated with female stress urinary incontinence », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 13, 2002, p. 99–05.
6. McGuire EJ, Fitzpatrick CC, Wan J, Bloom D, Sanvordenker J, Ritchey M. « Clinical assessment of urethral sphincter function », *J Urol*, vol. 150, 1993, p. 1452–4.
7. Karram MM, Bhatia NW. « The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence », *Obstet Gynecol*, vol. 71, 1988, p. 807–11.
8. Rezapour M, Falconer C, Ulmsten U. « Tension-free vaginal tape (TVT) in stress incontinent women with intrinsic sphincter deficiency (ISD)—a long-term follow-up », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, n° 2 (suppl), 2001, p. S12–14.
9. Sand PK, Bowen LW, Panganiban R, Ostergard DR. « The low pressure urethra as a factor in failed retropubic urethropexy », *Obstet Gynecol*, vol. 69, 1987, p. 399–402.
10. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A. « Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency », *Obstet Gynecol*, vol. 112, 2008, p. 1253–61.
11. Guerette NL, Bena JF, Davila GW. « Transobturator slings for stress incontinence: using urodynamic parameters to predict outcomes », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 19, 2008, p. 97–102.
12. Herschorn S. « Current status of injectable agents for female stress urinary incontinence », *Can J Urol*, vol. 8, 2001, p. 1281–9.
13. Bombieri L, Freeman RM, Perkins EP, Williams MP. « Why do women have voiding dysfunction and de novo detrusor instability after colposuspension? », *BJOG*, vol. 109, 2002, p. 402–12.
14. JG Ouslander. « Management of overactive bladder », *N Engl J Med*, vol. 350 2004, p. 786–99.
15. Carr L, Webster G. « Voiding dysfunction following incontinence surgery: diagnosis and treatment with retropubic or vaginal urethrolysis », *J Urol*, vol. 157, 1997, p. 821–3.
16. Rezapour M, Falconer C, Ulmsten U. « Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence—a long-term follow-up », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, n° 2 (suppl), 2001, p. S15–18.
17. Minassian VA, Al-Badr A, Drutz HP, Lovatsis D. « Tension-free vaginal tape, Burch, and slings: are there predictors for early postoperative voiding dysfunction? », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 15, 2004, p. 183–7.
18. Farrell SA, Webster RD, Higgins LM, Steeves RA. « Duration of postoperative catheterization: a randomized, double-blind trial comparing two catheter management protocols and the effect of bethanecol », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 1, 1990, p. 132–5.
19. Miller EA, Webster GD. « Current management of vesicovaginal fistulae », *Curr Opin Urol*, vol. 11, 2001, p. 417–21.
20. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. « Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, 2003, p. 207–8.