

ÉVALUATION DE L'INCONTINENCE D'URINE À L'EFFORT EN VUE D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE PRIMAIRE

Cette directive 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.

AUTEUR PRINCIPAL

Scott A. Farrell, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE

Scott A. Farrell, MD, FRCSC (président), Halifax (N.-É.)

Annette Epp, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

Cathy Flood, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

François Lajoie, MD, FRCSC, Sherbrooke (Qc)

Barry MacMillan, MD, FRCSC, London (Ont.)

Thomas Mainprize, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)

Magali Robert, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)

Résumé

Objectif : Énoncer des directives cliniques pour l'évaluation des femmes atteintes d'incontinence urinaire à l'effort avant de pratiquer une intervention chirurgicale primaire visant à corriger cette incontinence.

Options : L'éventail des modalités d'évaluation s'étend du simple examen du pelvis au recours à des analyses d'appoint, notamment l'échographie et le bilan urodynamique.

Résultats attendus : Les présentes directives offrent une approche approfondie de l'évaluation préchirurgicale de l'incontinence urinaire visant à permettre d'éviter une évaluation excessive, tout en ne sacrifiant pas la précision du diagnostic.

Preuves : Des opinions d'experts publiées auxquelles s'ajoutent, le cas échéant, des résultats d'essais cliniques.

Valeurs : La qualité des preuves a été établie selon les critères énoncés par le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.

Avantages, préjudices et coûts : Une évaluation approfondie des femmes qui envisagent d'avoir recours à la chirurgie pour traiter leur incontinence urinaire est essentielle, afin d'écartier la possibilité que l'incontinence soit attribuable à des causes ne pouvant être traitées par une approche chirurgicale. Une évaluation qui demeure aussi simple que possible réduit les désagréments et la gêne que peuvent ressentir les patientes.

Recommandations :

1. Il est essentiel de faire une évaluation approfondie de chaque patiente afin de déterminer l'étiologie sous-jacente à l'incontinence urinaire et de guider la prise en charge de celle-ci. (II-3B)

2. Il faut pratiquer un examen préchirurgical du pelvis pour déceler la présence de masses pelviennes pouvant provoquer des symptômes au niveau du bas appareil urinaire (p. ex. un gros utérus fibreux empiétant sur la vessie) ou d'un prolapsus concomitant de l'organe pelvien, et pour écarter la possibilité d'une incontinence à l'effort latente. Chacune de ces constatations pourrait imposer des modifications de la démarche chirurgicale à suivre. (III-C)
3. Il faut confirmer l'hypermobilité de l'urètre avant l'intervention chirurgicale, dans la mesure où les interventions habituelles de correction de l'incontinence risquent peu de guérir les patientes dont le col vésical est fixe et bien soutenu. (II-2B)
4. Il faut confirmer, de manière objective, la présence de l'incontinence à l'effort avant de pratiquer une intervention chirurgicale anti-incontinence. (III-B)
5. Il faut mesurer le volume postmictionnel de l'urine résiduelle avant de pratiquer une intervention chirurgicale anti-incontinence. Des volumes résiduels postmictionnels élevés ne sont pas courants : leur présence signale le besoin de faire de plus amples évaluations du mécanisme mictionnel. (III-C)
6. Il faut déceler la présence d'une infection de l'appareil urinaire et la traiter avant d'entreprendre d'autres examens ou interventions thérapeutiques visant à corriger l'incontinence urinaire. (II-2B)
7. Lorsque la patiente présente une incontinence à l'effort pure pouvant être démontrée objectivement au cours d'un examen, il n'est pas nécessaire de mener une épreuve urodynamique préchirurgicale. (II-3B) Si la patiente présente d'autres symptômes du bas appareil urinaire ou une incontinence urinaire mixte, le clinicien doit utiliser son jugement pour décider de la pertinence d'un bilan urodynamique préchirurgical. (II-3B)

Key Words

Stress incontinence, evaluation, surgery

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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 ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Validation : Cette directive a été approuvée par le Comité d'urogynécologie, le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J Obstet Gynaecol Can 2003;25(4):319–24.

INTRODUCTION

La présente directive porte sur l'évaluation préchirurgicale de l'incontinence urinaire à l'effort sans complications : elle ne s'applique donc qu'aux femmes présentant une incontinence à l'effort pure ou mixte et n'ayant pas encore été traitées par chirurgie pour corriger l'incontinence ou le prolapsus de l'organe pelvien.

Par souci de clarté au cours de la discussion qui suit, nous offrons les définitions suivantes :

Incontinence urinaire à l'effort : Fuite d'urine involontaire lorsqu'il y a effort, toux ou éternuement.¹

Incontinence urinaire à l'effort pure : Expression décrivant le symptôme d'incontinence à l'effort isolée, sans incontinence impérieuse ou autres symptômes de dysfonction vésicale ou mictionnelle.¹

Incontinence urinaire impérieuse : Fuite d'urine involontaire accompagnée d'un besoin impérieux ou immédiatement précédée par un tel besoin.¹

Incontinence urinaire impérieuse pure : Expression décrivant le symptôme d'incontinence impérieuse isolée, sans incontinence à l'effort ou autres symptômes de dysfonction vésicale ou mictionnelle.¹

Incontinence urinaire mixte : Fuite involontaire associée au

besoin impérieux, ainsi qu'à l'effort, à l'éternuement et à la toux.¹

Incontinence urinaire à l'effort latente : Incontinence à l'effort ne se produisant (ou qui n'est décelée) que lorsque le prolapsus de l'organe pelvien est réduit (au cours de l'examen physique ou après l'insertion d'un pessaire).²

Il est important de noter que les définitions ci-dessus ne décrivent que les symptômes.

La qualité des preuves qui soutiennent les recommandations de ce document a été définie à partir des critères décrits par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique (Tableau 1).³

ÉLÉMENTS DE BASE DE L'ÉVALUATION

La femme présentant une incontinence urinaire doit faire l'objet d'une évaluation soignée et approfondie afin que l'on puisse déterminer avec certitude l'étiologie de cette incontinence avant d'envisager une intervention chirurgicale correctrice. L'évaluation préchirurgicale minimale acceptable comporte l'ensemble des éléments suivants :

1. Interrogatoire en profondeur sur les antécédents
2. Examen du pelvis
3. Démonstration de la mobilité de la jonction uréthro-vésicale (c.-à-d. le col de la vessie)
4. Preuves objectives de l'incontinence à l'effort (y compris l'évaluation de l'incontinence latente à l'effort)
5. Mesure du volume postmictionnel d'urine résiduelle

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ÉVIDENCE³	CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS³
<p>Les recommandations de ce document ont été pondérées en utilisant les critères d'évaluation de l'évidence établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.</p> <p>II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.</p>	<p>Les recommandations de ce document ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.</p> <p>D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p>

6. Analyse des urines et uroculture.

Pour chaque élément de l'évaluation, nous examinerons le but, les choix méthodologiques et la mise en pratique de l'information recueillie.

INTERROGATOIRE EN PROFONDEUR

SUR LES ANTÉCÉDENTS

Bien que la recherche ait démontré que la prise des antécédents ne suffit pas, à elle seule, à poser un diagnostic d'incontinence urinaire,⁴ un interrogatoire soigné et en profondeur sur les symptômes d'incontinence urinaire peut aider à formuler un diagnostic différentiel et à orienter la suite de l'évaluation. Le Tableau 2 présente les caractéristiques distinctives, en ce qui a trait aux antécédents, des différentes causes d'incontinence urinaire.

RECOMMANDATION

1. Il est essentiel de faire une évaluation approfondie de chaque patiente afin de déterminer la ou l'étiologie sous-jacente à l'incontinence urinaire et de guider la prise en charge de celle-ci. (II-3B)

EXAMEN DU PELVIS

L'examen du pelvis poursuit les objectifs suivants :

1. Identifier les masses pelviennes empiétant sur les structures de l'appareil urinaire;
2. Mesurer le degré de prolapsus de l'organe pelvien dans chacun des compartiments vaginaux (antérieur, moyen et postérieur);
3. Déceler la présence d'une incontinence à l'effort latent;
4. Évaluer la force et la maîtrise volontaire des muscles releveurs de l'anus;
5. Déterminer l'état de santé de la muqueuse urogénitale

(c.-à-d. écarter la possibilité d'une atrophie urogénitale et/ou d'une irritation ou infection vulvo-vaginale).

Idéalement, au cours de l'examen physique d'une femme atteinte d'incontinence, celle-ci devrait avoir la vessie pleine et être en position couchée (position gynécologique ou côté gauche). Il faut inspecter le périnée pour déceler tout signe d'irritation cutanée chronique. L'intégrité des racines du nerf sacré peut être vérifiée par une simple évaluation neurologique, comprenant les réflexes ano-cutanés et bulbo-caverneux, la sensation au toucher et la contraction volontaire du sphincter externe de l'anus.

On peut juger de l'apparence de l'épithélium vaginal par un examen au spéculum ; on l'utilise cliniquement comme mesure indirecte de l'exposition aux œstrogènes. L'examen au moyen du spéculum (pendant lequel la patiente fait les manœuvres de Valsalva) devrait aussi comprendre une évaluation du degré de prolapsus de l'organe pelvien dans chaque compartiment du vagin, et ce, de la manière suivante :

- a. *Prolapsus de l'utérus ou du dôme* : Lent retrait du spéculum de Graves ouvert.
- b. *Cystocèle* : Rétraction de la paroi vaginale postérieure au moyen de la moitié inférieure du spéculum de Graves ou d'un spéculum de Sims. On peut déterminer la contribution des composantes paravaginale et centrale au cystocèle en soutenant le cul-de-sac antérieur du vagin au moyen d'une pince circulaire. La mobilité urétrale peut être évaluée à cette occasion.
- c. *Rectocèle* : On peut évaluer le rectocèle, avec ou sans entérocele, pendant que le spéculum écarte la paroi antérieure du vagin.

Après l'examen au spéculum, on demande à la patiente de tousser ou de faire la manœuvre de Valsalva en position couchée. Si la perte à l'effort n'est pas évidente dans cette position, on répète la manœuvre en position debout. Si le prolapsus de la

TABLEAU 2

COMMENT DISTINGUER L'ÉTIOLOGIE DE L'INCONTINENCE À PARTIR DES ANTÉCÉDENTS

Question	IEP	II	Fuite
Description des épisodes d'incontinence	Fuite après toux, éternuement ou activité	Besoin impérieux soudain ne permettant pas de se rendre aux toilettes	Fuite lente et continue
Facteurs déclenchants	Toux, exercice physique, effort	Vessie pleine, déclencheurs sensoriels (p. ex., eau courante)	Aucune fuite, mais l'effort peut en provoquer une
Fréquence des mictions	Normale	Souvent accrue	Retard mictionnel, incapacité à vider complètement
Nycturie	< 1	Variable	Énurésie nocturne
Volume de la fuite d'urine	Petites quantités, un tampon suffit	Grandes quantités, vêtements mouillés, écoulement le long de la jambe	Fuite goutte à goutte continue

IEP = incontinence à l'effort pure; II = incontinence impérieuse

TABLEAU 3

LE TEST DU COTON-TIGE

- On insère un coton-tige lubrifié dans le méat urétral externe et on le pousse jusqu'à ce que la résistance décroisse, ce qui indique que le coton-tige a atteint la vessie. On le retire alors jusqu'à ce que la résistance réapparaisse. Le coton-tige devrait alors se trouver à la jonction uréthro-vésicale (c.-à-d. le col de la vessie).
- Au moyen d'un simple goniomètre, lequel sert à mesurer l'angle formé par la partie distale du coton-tige et la partie horizontale, on mesure l'angle pendant que la patiente est au repos, puis pendant qu'elle fait une manœuvre de Valsalva maximale.
- Le trajet du coton-tige pendant l'effort permet une mesure indirecte de la mobilité urétrale. On considère anormal un angle du coton-tige de plus de 30 degrés, au repos ou pendant l'effort.

patiente va de modéré à grave, il pourrait être possible de déceler une incontinence latente pendant la toux ou l'effort en réduisant le prolapsus manuellement, au moyen d'un spéculum ou à l'aide d'un pessaire non obstructif.

L'examen bimanuel du pelvis permet de déceler des masses pelviennes empiétant sur l'appareil urinaire et d'évaluer plus à fond les composantes de la détente pelvienne; il offre aussi l'occasion d'évaluer la capacité de la patiente d'isoler et de contracter les muscles releveurs de l'anus (palpables le long de la paroi vaginale, immédiatement en amont de l'anneau hyménal).

Finalement, on demande à la patiente de faire la vidange de la vessie et on mesure le volume résiduel postmictionnel. Cette mesure peut se faire au moyen d'une cathétérisation normale ou d'une échographie de chevet.

RECOMMANDATION

2. Il faut pratiquer un examen préchirurgical du pelvis pour déceler la présence de masses pelviennes pouvant provoquer des symptômes au niveau du bas appareil urinaire (p. ex. un gros utérus fibreux empiétant sur la vessie) ou d'un prolapsus concomitant de l'organe pelvien, et pour écarter la possibilité d'une incontinence à l'effort latente. Chacune de ces constatations pourrait imposer des modifications de la démarche chirurgicale à suivre. (III-C)

CONFIRMATION DE LA MOBILITÉ DE LA JONCTION URÉTHRO-VÉSICALE

La pathophysiologie de l'incontinence à l'effort authentique comprend une perte de la transmission de la pression à la jonc-

tion uréthro-vésicale (col de la vessie).⁵ Cette perte est attribuable à un prolapsus de l'urètre lorsque la pression intra-abdominale augmente.⁵ La confirmation de l'hypermobilité de l'urètre constitue donc une partie cruciale de l'évaluation préchirurgicale. Cela peut se faire objectivement au moyen du test du coton-tige⁶ (Tableau 3) ou d'une échographie;^{7,8} subjectivement, on peut aussi observer la position du col de la vessie au repos et pendant l'effort ou pratiquer une uréthroscopie. On n'a pas encore évalué la fiabilité de ces méthodes subjectives.

Il y a peu de chances que la chirurgie corrige l'incontinence des patientes dont l'urètre est fixe et élevé.^{9,10}

RECOMMANDATION

3. Il faut confirmer l'hypermobilité de l'urètre avant l'intervention chirurgicale, dans la mesure où les interventions habituelles de correction de l'incontinence risquent peu de guérir les patientes dont le col vésical est fixe et bien soutenu. (II-2B)

PREUVES OBJECTIVES DE L'INCONTINENCE À L'EFFORT (Y COMPRIS L'ÉVALUATION DE L'INCONTINENCE À L'EFFORT LATENTE)

Il faut chercher à obtenir des preuves objectives d'incontinence urinaire à l'effort avant de pratiquer une intervention chirurgicale. L'incontinence à l'effort latente doit être décelée avant l'intervention chirurgicale pour s'assurer que le plan de chirurgie prévoit l'intervention anti-incontinence nécessaire. La confirmation d'une fuite d'urine liée à la toux ou aux manœuvres de Valsalva, pendant l'examen du pelvis en position couchée, fournit une preuve suffisante d'incontinence à l'effort.² L'épreuve d'effort est un moyen plus normalisé de démontrer la présence d'une incontinence à l'effort. L'épreuve consiste à remplir la vessie au moyen de 200 à 300 ml de liquide et à faire tousser la patiente en position debout. On considère le résultat positif s'il y a fuite à l'effort et négatif si on ne constate aucune perte d'urine. Pour déceler l'incontinence à l'effort latente, l'épreuve d'effort est pratiquée pendant que le prolapsus est réduit. En l'absence d'une preuve objective d'incontinence à l'effort, on peut avoir recours au test du tampon (Tableau 4).¹¹

RECOMMANDATION

4. Il faut confirmer, de manière objective, la présence de l'incontinence à l'effort avant de pratiquer une chirurgie anti-incontinence. (III-B)

MESURE DU VOLUME POSTMICTIONNEL D'URINE RÉSIDUELLE

On mesure le volume postmictionnel d'urine résiduelle au moyen d'une cathétérisation ordinaire ou d'une échographie.¹² L'échographie est moins efficace, tout en étant suffisamment précise pour une utilisation clinique courante.^{13,14} Un volume résiduel < 100 ml est généralement considéré normal.¹²

TABLEAU 4

LE TEST DU TAMPON NORMALISÉ

Déroulement normal du test :

1. On commence le test sans que la patiente ait une miction.
2. On fixe un dispositif, pesé au préalable, pour recueillir l'urine et la première période d'une heure du test commence.
3. La patiente boit 500 ml de liquide sans sodium dans un court délai (15 minutes max.), puis elle s'assoit ou se repose.
4. Après une demi-heure : la patiente marche, y compris monter et descendre des escaliers équivalant à un étage.
5. Pendant le temps qu'il reste, la patiente effectue les actions suivantes:
 - a) elle se lève et s'assoit dix fois;
 - b) elle tousse vigoureusement dix fois;
 - c) elle fait de la course sur place pendant une minute;
 - d) elle se penche cinq fois pour ramasser un petit objet sur le plancher; et
 - e) elle se lave les mains à l'eau courante pendant une minute.
6. À la fin du test d'une heure, on retire le dispositif de recueil de l'urine et on le pèse.
7. Si l'on considère que le test est représentatif, la femme se vide la vessie et l'on mesure le volume d'urine produit.
8. Sinon, on répète le test, de préférence sans miction. Si le dispositif destiné à recueillir l'urine se trouve saturé ou rempli durant le test, il faut le retirer et le peser, puis le remplacer par un nouveau dispositif. On considère que le poids total de la fuite d'urine pendant le test est égal à l'augmentation du poids du ou des dispositifs utilisés pour recueillir l'urine. L'interprétation des résultats du test devrait tenir compte du fait que le premier gramme d'augmentation du poids du dispositif pourrait être attribuable à une erreur de mesure, à la sueur ou à des pertes vaginales.

On peut adapter les actions que doit effectuer la patiente à ses capacités physiques. Si des variations importantes sont apportées au déroulement habituel du test, il faut le noter, de façon à ce que le même protocole puisse être utilisé si on doit répéter le test.

RECOMMANDATION

- 5. Il faut mesurer le volume postmictionnel de l'urine résiduelle avant de pratiquer une intervention chirurgicale anti-incontinence. Des volumes de résidus postmictionnels élevés ne sont pas courants : leur présence signale le besoin de faire de plus amples évaluations du mécanisme mictionnel. (III-C)**

ANALYSE DES URINES ET UROLOGIE

Une infection de l'appareil urinaire peut imiter diverses causes d'incontinence urinaire : suractivité (instabilité) du détrusor et incontinence à l'effort urodynamique (authentique).¹⁵ Il faut analyser un échantillon d'urine permictionnel aussi bien par analyse des urines que par microscopie. L'urine obtenue par cathétérisation fournit un échantillon plus propre aux fins de la culture, mais, pour l'analyse des urines, les échantillons obtenus par cathéter pourraient faussement révéler la présence de sang. Chez les patientes symptomatiques, l'analyse des urines présente un taux important de résultats faux négatifs et doit donc être accompagnée d'une urologie et d'un test de sensibilité.¹⁶

RECOMMANDATION

- 6. Il faut déceler la présence d'une infection de l'appareil urinaire et la traiter avant d'entreprendre d'autres examens ou interventions thérapeutiques visant à corriger l'incontinence urinaire. (II-2B)**

BILAN URODYNAMIQUE

Bien que l'épreuve urodynamique (y compris la cystométrie et la profilométrie de la pression urétrale) puisse déceler une suractivité du détrusor (instabilité) et une fonction urétrale compromise, l'importance clinique de ces résultats fait l'objet de controverses.¹⁷ La détection d'une vessie instable ou d'une faible pression urétrale pourrait modifier les options de traitement et les issues de la chirurgie. Cependant, les patientes présentant des symptômes d'incontinence mixte et une vessie instable connue obtiennent quand même des taux élevés de guérison après une intervention chirurgicale pour incontinence.^{18,19} Le diagnostic d'une faible pression urétrale prête à controverse. Une étude prospective récente a démontré que, chez la femme ayant une pression de fermeture urétrale maximale de moins de 20 cm d'eau, la technique de Burch et celle de la fronde pubo-vaginale produisaient des résultats subjectifs et objectifs équivalents à court terme.²⁰ On a remis en question le rapport coût/efficacité du bilan urodynamique préchirurgical.²¹ De plus, en raison de la pénurie généralisée de matériel urodynamique, l'*Agency for Health Care Policy and Research* américaine a émis des directives cliniques sur la sélection des patientes pouvant subir une intervention chirurgicale sans passer une épreuve urodynamique au préalable.

Une revue Cochrane a récemment conclu à un manque de résultats de recherche prouvant que l'épreuve urodynamique contribue à une amélioration des issues des interventions chirurgicales.¹⁷ Il n'y a pas non plus de preuves convaincantes établissant

la reproductibilité et la fiabilité des résultats de l'épreuve urodynamique.²³⁻²⁵ D'ici à ce que l'utilité de l'épreuve urodynamique ait été démontrée, il faut laisser la décision d'y avoir recours pour les patientes présentant *des symptômes primaires* d'incontinence urinaire à l'effort à la discrétion du médecin traitant. Le bilan urodynamique préchirurgical demeurera sujet à controverse jusqu'à ce que de plus amples recherches tranchent la question.

RECOMMANDATION

7. Lorsque la patiente présente une incontinence à l'effort pure pouvant être démontrée objectivement au cours d'un examen, il n'est pas nécessaire de mener une étude urodynamique préchirurgicale. (II-3B) Si la patiente présente d'autres symptômes du bas appareil urinaire ou une incontinence urinaire mixte, le clinicien doit utiliser son jugement pour décider de la pertinence d'un bilan urodynamique préchirurgical. (II-3B)

DISCUSSION

Cette directive propose une structure visant à guider l'évaluation de base de la patiente pour qui on envisage le recours à la chirurgie anti-incontinence en raison d'une incontinence urinaire à l'effort sans complications. Sans prétendre être exhaustive, elle porte sur un groupe de patientes présentant une incontinence à l'effort pure ou mixte et n'ayant pas encore subi une intervention chirurgicale visant à corriger l'incontinence ou le prolapsus de l'organe pelvien. Dans certains cas particuliers, une évaluation plus approfondie pourrait s'avérer nécessaire.

RÉFÉRENCES

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam* 2002;21:167-78.
- Farrell SA. Clinical evaluation of the pelvis. In: Drutz HP, Herschorn S, Diamant NE. *Female pelvic medicine and reproductive pelvic surgery*. London: Springer-Verlag; 2003. p. 81-90.
- Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on the Periodic Health Exam. Ottawa: Canada Communication Group; 1994. p. xxxvii.
- Jensen JK, Nielsen FR Jr, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1994;83:904-10.
- Bent AE. Pathophysiology. In: Bent AE, Ostergard DR, Cundiff GW, Swift SE, editors. *Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. p. 43-50.
- Karram MM, Bhatia NW. The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1988;71:807-11.
- Lucente V. Anatomic investigation - ultrasound investigation. In: Benson JT, editor. *Female pelvic floor disorders*. New York: Norton Medical Books; 1992. p. 92-9.
- Koelbl H, Hanzai E, Bernascheck G. Sonographic urethrocytography - methods and application in patients with genuine stress incontinence. *Int Urogynecol J* 1991;2:25-31.
- 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* 2001;(Supp 2):S12-4.
- Summit RL, Bent AE, Ostergard DR, Harris JA. Stress incontinence and low urethral closure pressure. Correlation of preoperative urethral hypermobility with successful suburethral sling procedures. *J Reprod Med* 1990;35:877-80.
- Bates P, Bradley WE, Glen E, Melchion H, Rowan D, Sterling A, et al. First report on standardization of terminology of lower urinary tract function. Urinary incontinence. Procedures related to evaluation of urine storage: cystometry, urethral closure pressure profile, units of measurement. *Br J Urol* 1976;48:39-42. *Eur Urol* 1976;2:274-6. *Scand J Urol Nephrol* 1976;11:193-6. *Urol Int* 1976;32:81-7.
- Marks LS, Dorey FJ, Macairan ML, Park C, de Kernion JB. Three-dimensional ultrasound device for rapid determination of bladder volume. *Urology* 1997;50:341-8.
- Alnaif B, Drutz HP. The accuracy of portable abdominal ultrasound equipment in measuring postvoid residual volume. *Int Urogynecol J* 1999;10:215-8.
- Goode PS, Locher JL, Bryant RL, Roth DL, Burgio KL. Measurement of postvoid residual urine with portable transabdominal ultrasound scanner and urethral catheterization. *Int Urogynecol J* 2000;11:296-300.
- Ribeiro RM, Rossi P, Guidi HGC, Pinotti JA. Urinary tract infections in women. *Int Urogynecol J* 2002;13:198-203.
- Silva WA, Farrell SA. The predictive value of urinalysis for UTI. *Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the American Urogynecologic Society*; 2002 October 17-19; San Francisco, California. p. 86.
- Glazener CMA, Lapitan MC. Urodynamics investigations for the management of urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software; 2002.
- Rezapour M, Ulmsten U. Tension-free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence - a long-term follow-up. *Int Urogynecol J* 2001;(Suppl 2):S15-8.
- Colombo M, Zoretta G, Vitobello D, Milani R. The Burch colposuspension for women with and without detrusor overactivity. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:255-60.
- Sand PK, Winther H, Blackhurst DW, Culligan PJ. A prospective randomized study comparing modified Burch retropubic urethropexy and suburethral sling for the treatment of genuine stress incontinence with low-pressure urethra. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:30-4.
- Weber AM, Walters MD. Cost-effectiveness of urodynamics testing before surgery for women with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1338-47.
- Agency for Health Care Policy and Research. *Clinical practice guideline: urinary incontinence in adults*. Washington: Department of Health and Human Services (US), Agency for Health Care Policy and Research; 1992.
- Mortenson S, Lose G, Thysson H. Repeatability of cystometry and pressure-flow parameters in female patients. *Int Urogynecol J* 2002;13:72-5.
- Lose G, Broström S. Low-pressure urethra in women: what does it mean and what can it be used for? *Int Urogynecol J* 2002;13:215-7.
- Verecken RL. A critical view on the value of urodynamics in non-neurogenic incontinence in women. *Int Urogynecol J* 2000;11:188-95.