

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 assurés 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 préventifs²⁰.

†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 préventif²⁰.

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