

4. Pharmacothérapie

4.a. incontinence par mictions impérieuses : Instabilité du détrusor (ID)

La pratique clinique a démontré l'utilité de certains agents pharmacologiques dans les cas de ID. (Force de la preuve = B)

Agents anticholinergiques : oxybutynine, chlorhydrate de dicyclomine, propanthéline, toltérodine.

Antidépresseurs tricycliques : imipramine, doxépine, désipramine et nortriptyline.

- Décontractant musculaire à action directe : flavoxate.

4.b. Agents anticholinergiques

Les agents anticholinergiques font partie de la pharmacothérapie de première ligne pour traiter la ID. (Force de la preuve = A)

Lorsqu'une pharmacothérapie s'impose pour traiter la ID, l'oxybutynine est un produit anticholinergique de choix. La dose recommandée est de 2,5 à 5 mg par absorption orale deux à quatre fois par jour. (Force de la preuve = A)

L'oxybutynine à libération contrôlée prise une fois par jour est aussi efficace que l'oxybutynine à libération immédiate. De plus fortes doses peuvent être mieux tolérées par libération contrôlée. (Niveau de la preuve = 1) (Anderson et coll., 1999) (Niveau

de la preuve = 2) (Gleason et coll., 1999)

Une faible dose d'oxybutynine combinée avec une rééducation de la vessie peut réduire la fréquence des mictions chez les femmes âgées souffrant de ID. (Niveau de la preuve = 2) (Szonyi et coll., 1995)

La toltérodine est un agent anticholinergique qui agit sélectivement sur les récepteurs urinaires de la vessie plutôt que sur les récepteurs salivaires. Son efficacité est comparable à celle de l'oxybutynine. C'est le médicament de choix lorsque son usage est limité par un assèchement excessif de la bouche. La dose optimale est de 2 mg bid. (Niveau de la preuve = 1) Drutz et coll., 1999; Abrams et Wein, 1997)

La propanthéline est un agent anticholinergique de seconde ligne pour le traitement de l'ID de patients qui peuvent tolérer une pleine dose. La dose recommandée est de 7,5-30 mg trois à cinq fois par jour; une dose supérieure (15-60 mg qid) peut être nécessaire. (Force de la preuve = B)

Les personnes affectées par l'incontinence par mictions impérieuses ou l'impériosité peuvent bénéficier de plus fortes doses de flavoxate (800-1200 mg) prises à raison de trois doses par jour. (Niveau de la preuve = 2) (Fehrmann-Zumpe et coll., 1999; Guarneri et coll., 1994)

4.c. Agents tricycliques

Les agents tricycliques (ATC) doivent être réservés à des patients qui ont fait l'objet d'une évaluation approfondie. La dose orale normale est de 10-25 mg, au départ de une à trois fois par jour, mais il est habituellement possible d'administrer ces médicaments moins fréquemment en raison de leur longue demi-vie. La dose quotidienne totale est habituellement de 25-100 mg. (Force de la preuve = B)

Fortement anticholinergiques, les ATC, notamment l'amitriptyline et la doxépine, sont contre-indiqués pour les personnes âgées fragiles. (Niveau de la preuve = 3) (McLeod et coll., 1997; B. G. Pollock, 1999)

4.d. Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre-indiqués dans le traitement primaire de l'ID. (Force de la preuve = C)

5. Incontinence urinaire d'effort (IUE) : déficience du sphincter urétral

5.a. Thérapie à l'œstrogène

On peut considérer l'œstrogène (administré par voie orale ou vaginale) comme un agent pharmacologique complémentaire pour traiter l'IUE ou l'incontinence mixte chez les femmes postménopausées. Conjugué à un autre médicament, l'œstrogène est administré habituellement par voie orale (0,3-1,25 mg/jour) ou par voie vaginale (2 g ou fraction/jour). On peut prescrire de la progestérone (comme la médroxyprogestérone, 2,5-10 mg/jour) de façon continue ou intermittente. (Force de la preuve = B) **(Niveau de la preuve = 2) (Fantl et coll., 1996). Les résultats des essais contrôlés aléatoires ne concordent pas. La meilleure étude (Fantl et coll., 1996) ne montre pas d'effet de l'œstrogène sur la continence. Il peut y avoir d'autres raisons de prescrire de l'œstrogène aux femmes postménopausées souffrant d'IUE.**

5.b. Autres médicaments potentiellement bénéfiques

L'imipramine (10-75 mg q.h.) est recommandé à titre de pharmacothérapie alternative dans les cas d'IUE

lorsque les agents de première ligne se révèlent inefficaces. **Aucune étude n'a été menée pour déterminer son innocuité à long terme dans les cas d'IUE, mais les données de la littérature psychiatrique sont rassurantes.** (Force de la preuve = C)

L'utilisation du propranolol ou d'autres bêta-bloquants est contre-indiqué dans le traitement de l'IUE par suite de l'absence d'expériences ou d'études cliniques. (Force de la preuve = C)

6. Traitement chirurgical

L'intervention chirurgicale est un traitement recommandé pour l'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez les hommes et les femmes, et elle peut être considérée à titre de traitement de première ligne pour certains patients qui ne peuvent se plier à d'autres **modifications de leur style de vie ou à une thérapie comportementale.** (Force de la preuve = B)

7. L'incontinence urinaire d'effort chez la femme

Hypermobilité ou déficience du sphincter interne (DSI)

7.a. Traitement de l'hypermobilité

La colposuspension rétropubienne est recommandée pour traiter l'hypermobilité chez les femmes lorsque l'IUE constitue la principale indication à une intervention chirurgicale. Parce qu'elle est plus efficace, cette méthode est préférée à la réparation de la paroi vaginale intérieure dans les cas d'hypermobilité. (Force de la preuve = B). **Toutes les techniques de colposuspension rétropubienne sont également efficaces à court et à long terme. Les résultats à long terme de la suspension à l'aiguille ne sont pas**

aussi bons. (Niveau de preuve = 2) (Leach et coll., 1997)

7.b. Traitement de la déficience du sphincter interne (DSI)

L'intervention de fronde est recommandée chez les femmes présentant des symptômes de DSI et d'hypermobilité ou comme traitement de première ligne de la DSI. (Force de la preuve = B)

Les injections trans-urétrales sont recommandées comme traitement de première ligne chez les femmes souffrant de DSI. (Force de la preuve = B). **La présence d'hypermobilité n'est pas nécessairement une contre-indication. (Niveau de la preuve = 2) (Herschorn et coll., 1996)**

Le TVT (mise en place d'une bandelette sous l'urètre) constitue une nouvelle technique peu effractive pour traiter une véritable IUE chez les femmes. Confiée à des professionnels bien formés, cette technique est une alternative aux interventions de fronde. Son taux de succès à court et à moyen terme est similaire, et l'incidence de complications post-opératoires est peut-être inférieure. Pour établir une véritable comparaison, il faudra de nouvelles données sur des suivis à long terme (plus de 3 ans). (Niveau de la preuve = 2) (Ulmsten et coll., 1995, 1998, 1999; Wang et Lo, 1998; Olsson et Kroon, 1999).

On recommande la pose d'un sphincter artificiel dans les cas de DSI et de grave IUE qui ne répond pas aux autres traitements chirurgicaux. À cause du taux élevé de complications, cette méthode est rarement utilisée comme première thérapie. (Force de la preuve = B)

8. Incontinence urinaire d'effort chez l'homme

Déficience du sphincter interne (DSI)

Des modifications au style de vie peuvent améliorer les symptômes dans le bas appareil urinaire. (Niveau de la preuve = 3) (Kondo et coll., 1999)

8.a. Injections trans-urétrales

Les injections trans-urétrales **peuvent** être recommandées comme traitement chirurgical de première ligne chez les hommes souffrant de DSI. (Force de la preuve = B)

8.b. Pose d'un sphincter artificiel

Six mois après une prostatectomie, on peut décider de poser un sphincter artificiel dans les cas de DSI. Il faut aussi faire l'essai d'une thérapie comportementale pendant ces six mois. (Force de la preuve = B) **(Niveau de la preuve = 2) (Schettini et coll., 1998)**

9. incontinence par mictions impérieuses : vessie hyperactive

Dans les cas d'instabilité du détrusor (ID), la neuromodulation est un traitement chirurgical peu effractif offert dans des centres spécialisés. Il peut être envisagé en cas d'échec des traitements non effractifs. (Niveau de la preuve = 2) (Weil et coll., 1998; Shaker et Hassouna, 1998).

L'entérocystoplastie d'augmentation est recommandée pour les personnes souffrant d'une grave et persistante instabilité de la vessie ou d'une compliance vésicale déficiente qui ne répond pas aux traitements non chirurgicaux. (Force de la preuve = B)

Une diversion des voies urinaires est recommandée

dans les cas graves et persistants d'ID ou d'une compli-ance vésicale déficiente qui ne répond pas à d'autres traitements. (Force de la preuve = B)

10. Mictions incomplètes

10.a. Obstruction du col vésical ou de l'urètre ou vessie peu contractile

Les symptômes de perte ou d'incontinence due à **une obstruction du col vésical, à une hypertrophie de la prostate ou au rétrécissement de l'urètre** peuvent être corrigés par intervention(s) chirurgicale(s). (Force de la preuve = B)

Un cathétérisme intermittent ou une sonde à demeure peut représenter une **mesure temporaire ou permanente pour des personnes devenues incontinentes en raison de mictions incomplètes dues à une vessie hypoactive ou obstruée**, et qui ne sont pas des candidats à une chirurgie ou **qui sont en attente d'une chirurgie**. (Force de la preuve = C)

Il n'existe aucune preuve qui favorise la dilatation de l'urètre pour traiter l'incontinence chez les femmes, bien que cette mesure puisse se révéler utile dans les cas extrêmement rares d'obstruction primaire. (Force de la preuve = C)

L'uréthrotomie interne n'est pas recommandée pour traiter l'obstruction de l'urètre chez la femme. (Force de la preuve = C)

La stimulation électrique du col vésical peut améliorer la vidange chez les hommes et les femmes dont la vessie est acontractile ou hypocontractile. (Niveau de la preuve = 3) (Primus et coll., 1996)

Gestion du traitement chirurgical

Dans les cas d'obstruction de l'appareil urinaire chez les hommes, on peut choisir la chirurgie lorsque d'autres formes de traitement ont échoué. Une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) est la cause la plus fréquente d'une obstruction infravésicale chez les hommes. Son traitement comporte plusieurs aspects qui sont traités dans d'autres guides de pratiques cliniques déjà publiés. (Niveau de la preuve = 3) (Jepsen et Bruskewitz, 1998).

11. Autres mesures et produits d'appoints

Des vêtements de protection et des appareils pour recueillir l'urine à l'extérieur jouent un rôle de premier plan dans la gestion de l'incontinence chronique. Il faut toujours utiliser les produits qui sont les plus absorbants et les plus doux pour la peau. Il n'existe toutefois aucune littérature scientifique pour aider le consommateur à choisir les produits les plus efficaces. (Force de la preuve = C)

11.a. Cathétérisme intermittent (CI)

Le CI est une mesure d'appoint recommandée pour les patients présentant les symptômes suivants : blessure de la moelle épinière, IU persistante, rétention chronique d'urine due à une vessie hypoactive ou partiellement obstruée. (Force de la preuve = B)

La technique propre est recommandée dans **tous les cas** de CI, **sauf pour les personnes immunodéprimées**. (Force de la preuve = B)

La technique stérile du CI est recommandée pour les personnes âgées ou immunodéprimées. (Force de la preuve = C)

Le recours régulier à un traitement suppressif à long terme avec des antibiotiques n'est pas recommandé pour les patients incontinents chronique qui

utilisent la technique de CI propre. (Force de la preuve = B)

Dans les populations à risques élevés, comme par exemple les personnes ayant une prothèse interne ou les personnes immunodéprimées à cause de l'âge ou d'une maladie, il faut analyser cas par cas le recours à un traitement aux antibiotiques pour une bactériurie asymptomatique. (Force de la preuve = C)

11.b. Sondes à demeure dans l'urètre

Les sondes à demeure sont recommandées pour traiter à court terme certains patients incontinents atteints d'une maladie terminale ou d'ulcères. (Force de la preuve = B)

Les sondes à demeure sont recommandées pour des patients atteints d'une grave invalidité pour qui il n'existe pas d'autres interventions possibles ainsi que pour ceux qui vivent seuls et n'ont pas de soignant pouvant leur offrir d'autres mesures d'appoint. (Force de la preuve = C)

11.c. Sondes sus-pubiennes

Les sondes sus-pubiennes sont utilisées à court terme après une chirurgie gynécologique, urologique ou autre, ou peuvent constituer une alternative à l'usage d'une sonde à long terme. La sonde sus-pubienne est contre-indiquée pour gérer à long terme l'incontinence de personnes aux prises avec une instabilité vésicale chronique (instabilité/hyperactivité du détrusor) et avec une DSI. (Force de la preuve = B)

11.d. Appareils externes pour recueillir l'urine

Des systèmes externes de collecte d'urine sont recommandés pour traiter les personnes incontinentes

(femmes et hommes) dont la vidange vésicale est satisfaisante, qui n'ont pas d'irritations cutanées de l'appareil génital et chez qui les autres thérapies ont échoué ou ne conviennent pas. (Force de la preuve = C)

11.e. Appareils de compression du pénis

Des appareils de compression du pénis sont utilisés en pratique clinique pour traiter l'IU. Il n'existe aucune littérature scientifique sur l'utilisation de ces appareils. Le comité reconnaît que des hommes peuvent utiliser de façon temporaire ces appareils dans certaines circonstances et sous la surveillance d'un soignant. (Force de la preuve = C)

11.f. Appareils de soutien des organes pelviens

Il n'existe aucune étude comparative avec d'autres traitements qui permette de conseiller l'utilisation de pessaires pour traiter l'IU chez les femmes ou d'en déconseiller l'usage. (Niveau de la preuve = 3)

Les pessaires sont recommandés pour les femmes qui présentent des symptômes de prolapsus des organes pelviens. (Force de la preuve = C)

11.g. Appareils vaginaux dans les cas d'incontinence par mictions impérieuses

Les appareils vaginaux peuvent réduire les pertes dans les cas d'incontinence par mictions impérieuses. (Niveau de la preuve =2) (Thyssen et coll., 1999; Versi et coll., 1997) □?

?

[r e t o u r]