

Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire

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

AUTEURS PRINCIPAUX

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

Sue Ross, PhD, Calgary (Alb.)

COMITÉ SUR L'UROGYNÉCOLOGIE

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

William Andrew Easton, MD, FRCSC, Scarborough (Ont.)

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

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

Chandra Gupta, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)

François Lajoie, MD, FRCSC, Sherbrooke (Québec)

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

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

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

Sue Ross, PhD, Calgary (Alb.)

Joyce Schachter, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Jane Schulz, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

David H. L. Wilkie, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Résultats : Des recherches ont été menées dans la *Cochrane Library* et Medline afin d'y trouver les articles, publiés entre 1966 et 2005, traitant de la prise en charge conservatrice de l'incontinence. Les exposés de synthèse ont été évalués.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée et les recommandations ont été établies au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Avantages, désavantages et coûts : Les résultats qui sous-tendent les options de prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire sont solides. Ces options peuvent être recommandées à titre d'interventions primaires ne présentant que des désavantages minimaux ou même inexistantes pour les femmes.

Recommandations :

1. La mise en œuvre d'exercices de rééducation du plancher pelvien (Kegel) devrait être recommandée pour les femmes qui présentent une incontinence à l'effort. (I-A)
2. L'exécution en bonne et due forme des exercices Kegel devrait être confirmée par examen vaginal digital ou par rétroaction biologique. (I-A)
3. Un suivi devrait être mis en œuvre pour les femmes qui ont recours à la rééducation du plancher pelvien, puisque les taux de guérison sont faibles et que d'autres traitements peuvent s'avérer indiqués. (III-C)
4. Dans le cas du syndrome de la vessie hyperactive (VHA), les exercices Kegel peuvent être offerts à titre de traitement d'appoint s'ajoutant à d'autres traitements, mais ils ne doivent pas constituer le seul traitement offert en vue de contrer les symptômes en cause. (I-B)
5. Bien que l'électrostimulation fonctionnelle (ÉSF) n'ait pas été étudiée à titre de modalité indépendante, elle peut être utilisée à titre de traitement d'appoint accompagnant la rééducation du plancher pelvien, particulièrement chez les patientes qui ont de la difficulté à identifier et à contracter les muscles pelviens. (III-C)
6. L'ÉSF devrait être offerte à titre d'option efficace pour la prise en charge de la VHA. (I-A)
7. Le recours aux cônes vaginaux peut être recommandé en tant que forme de rééducation du plancher pelvien pour les femmes qui présentent une incontinence à l'effort. (I-A)
8. Les pessaires de continence devraient être offerts aux femmes à titre de modalité de traitement efficace et n'entraînant que de faibles risques contre tant l'incontinence à l'effort que l'incontinence mixte. (II-B)

Résumé

Objectif : Décrire les résultats qui sous-tendent les options de prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire.

Options : Parmi les options de prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire, on trouve les modifications comportementales, la modification du mode de vie, la rééducation du plancher pelvien et le recours à des dispositifs mécaniques.

Issues : Permettre la compréhension des résultats actuellement disponibles en ce qui concerne l'efficacité des solutions de rechange conservatrices visant la prise en charge de l'incontinence urinaire; habiliter les femmes à choisir des traitements contre l'incontinence comptant des avantages et ne présentant que des désavantages minimaux ou même inexistantes.

Mots clés : Urinary incontinence, stress incontinence, overactive bladder, urge incontinence, conservative management

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'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.	I. 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.¹³

† 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 préventifs.¹³

9. La rééducation vésicale (exercices vésicaux) devrait être recommandée pour les symptômes associés à la VHA, puisqu'elle ne s'accompagne d'aucun effet indésirable, (III-C) et qu'elle s'avère aussi efficace que la pharmacothérapie. (I-B)
10. Les protocoles de prise en charge comportementale qui font appel à des modifications du mode de vie, conjointement avec la mise en œuvre d'une rééducation vésicale et d'exercices des muscles pelviens, s'avèrent grandement efficaces et devraient être utilisés dans la prise en charge de l'incontinence urinaire. (I-A)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 28, n° 12, 2006, p. 1119–1125

INTRODUCTION

L'incontinence à l'effort et la miction impérieuse constituent les types les plus courants d'incontinence urinaire (miction involontaire). L'incontinence à l'effort est la fuite involontaire d'urine au cours de l'effort ou associée à l'éternuement ou à la toux. La miction impérieuse, ou syndrome de la vessie hyperactive (VHA), engendre une constellation de symptômes, dont la pollakiurie, l'impériosité et la fuite immédiatement précédée d'une impériosité¹. Le taux d'incontinence urinaire chez les femmes adultes se situe entre 20 % et 50 %². Cette situation exerce un effet significatif sur leur qualité de vie³⁻⁵.

Bien qu'il existe des traitements chirurgicaux et pharmacothérapeutiques, leurs rapports risques-avantages ne sont pas toujours acceptables aux yeux des femmes^{6,7}. Le recours à une prise en charge conservatrice est habituellement recommandé à titre d'intervention initiale, en raison des risques minimaux mis en jeu⁸⁻¹². La présente

directive clinique de consensus s'efforcera d'examiner les interventions présentement disponibles.

La qualité des résultats signalés dans la présente directive clinique a été décrite au moyen des critères d'évaluation des résultats présentés dans le

rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau)¹³.

RÉÉDUCATION DU PLANCHER PELVIEN

Méthodes

Les programmes de réadaptation du plancher pelvien visent à renforcer la musculature de ce dernier. Cette musculature est composée du groupe des muscles releveurs de l'anus, du sphincter anal externe et du sphincter strié de l'urètre. Les programmes de réadaptation peuvent comprendre de simples renseignements oraux ou écrits, des exercices effectués par rétroaction biologique, des contractions des muscles pelviens provoqués par électrostimulation fonctionnelle (ÉSF), des exercices de réapprentissage moteur ou quelque combinaison que ce soit des éléments susmentionnés. La réussite est tributaire de la mise en œuvre d'un programme continu et régulier d'exercices effectués à la maison visant à éviter le déconditionnement¹⁴. Puisque bon nombre de modalités d'enseignement, de durées de traitement et de critères d'évaluation différents ont été utilisés, il est difficile de procéder à la comparaison des résultats d'essai¹⁵. Cependant, la rééducation du

plancher pelvien devrait respecter les mêmes principes que ceux qui s'appliquent à l'entraînement de tout muscle strié. Les instructions écrites et orales ne sont pas adéquates, puisque environ 30 % des femmes sont incapables de contracter leur plancher pelvien à volonté et que, chez 25 % des femmes, l'effort facilite en fait l'incontinence¹⁶.

Exemples de programme d'entraînement

1. Instructions écrites : Ces instructions comprendront habituellement une explication de la pathophysiologie de l'incontinence urinaire, une description de l'anatomie pertinente du plancher pelvien et un programme d'exercices.

2. Exercices par rétroaction biologique : Les dispositifs de rétroaction biologique, tels que les cônes et les ballonnets vaginaux, offrent une rétroaction tactile ou visuelle (affichage numérique) afin de faciliter l'identification et la sollicitation des muscles appropriés.

3. Électrostimulation fonctionnelle : Ces dispositifs génèrent un courant électrique de faible intensité qui entraîne la contraction des muscles pelviens, simulant ainsi une contraction pelvienne volontaire.

Effet sur l'incontinence à l'effort

La rééducation du plancher pelvien a été recommandée aux fins de la prise en charge conservatrice de l'incontinence à l'effort, du syndrome de la VHA et de l'incontinence mixte. On estime que la contraction des muscles du plancher pelvien presse l'urètre contre la symphyse, ce qui permet d'augmenter la transmission de pression sur l'urètre pendant un accès de toux, en plus d'entraîner directement une hausse de la pression intra-urétrale¹⁷. Bien que ces effets se produisent par réflexe lorsque les muscles du plancher pelvien sont renforcés par des exercices réguliers, le résultat peut être amélioré davantage en faisant coïncider la contraction et la hausse de la pression intra-abdominale (occasionnée par un accès de toux, un saut, etc.). La force et la coordination sont toutes deux des facteurs importants pour prendre le « tour de main » nécessaire à la mise en œuvre de cette manœuvre.

Bien que la rééducation des muscles du plancher pelvien semble être plus efficace que le fait de n'avoir recours à aucun traitement contre l'incontinence à l'effort et mixte, très peu d'études randomisées se sont affairées à comparer la rééducation musculaire à d'autres modalités de traitement. Nous manquons également d'études à long terme. Il s'avère donc impossible de déterminer si la rééducation musculaire est plus efficace que d'autres traitements¹⁵.

Dans le cadre d'une analyse, les taux de guérison subjective à court terme, en ce qui concerne l'incontinence à l'effort,

étaient d'environ 21 % (9 %–36 %) et les taux d'amélioration significative subjective à court terme, de 69 % (55 %–85 %)¹⁸. Après deux ans, moins de 50 % des femmes avaient continué à faire régulièrement de l'exercice¹⁶. Cela a mené à un taux de guérison à deux ans de 8 % (0–9%) et à un taux d'amélioration significative de 40 % (20 %–42 %). Après 15 ans, 28 % des femmes faisaient de l'exercice de façon hebdomadaire et 36 %, de façon périodique; pourtant, seulement 46 % des participantes avaient eu recours à la chirurgie. Les femmes qui avaient été satisfaites à la suite du traitement, 15 ans auparavant, étaient moins susceptibles de chercher à subir d'autres interventions¹⁴.

La rééducation des muscles du plancher pelvien s'accompagne souvent d'un recours à la rétroaction biologique et à la modification comportementale. Bien que des essais randomisés n'aient pas démontré que l'ajout d'une rétroaction biologique constituait un avantage, cet ajout est néanmoins souvent recommandé. On estime qu'une rétroaction auditive ou visuelle directe entraîne une amélioration tant de la sensibilisation au plancher pelvien que de la motivation de la patiente¹⁵.

Les exercices de réapprentissage moteur (« tour de main ») mettent en jeu la contraction du plancher pelvien à l'occasion de situations problématiques (p. ex. toux, éternuement, saut et action de soulever qqch.). Le « tour de main » peut réduire les épisodes de fuite au cours de la toux selon une proportion de 73 % à 98 %^{15,19}; son apprentissage devrait donc être ajouté à un programme de réadaptation¹⁵.

Effet sur le syndrome de la vessie hyperactive

La façon dont la contraction de la musculature pelvienne peut en venir à inhiber les contractions du détrusor demeure trouble. Il est possible que la contraction des muscles pelviens cause une inhibition réflexe du muscle détrusor²⁰. Cette contraction peut engendrer des avantages même lorsque la contraction de la vessie n'est pas entièrement inhibée, puisque la pression urétrale s'en trouvera accrue, ce qui entraînera la hausse de la résistance au débit d'urine.

Nous ne disposons pas de données suffisantes pour recommander le recours à la rééducation du plancher pelvien dans le cas du syndrome de la VHA¹⁵. Il n'existe que peu d'essais comparatifs randomisés et chacun d'entre eux a fait appel à des modalités de traitement différentes. Peu de données indiquent que la rééducation du plancher pelvien pourrait s'avérer bénéfique et équivalente à la prise en charge médicale²⁰.

Recommandations

1. La mise en œuvre d'exercices de rééducation du plancher pelvien (Kegel) devrait être recommandée pour les femmes qui présentent une incontinence à l'effort. (I-A)
2. L'exécution en bonne et due forme des exercices Kegel devrait être confirmée par examen vaginal digital ou par rétroaction biologique. (I-A)
3. Un suivi devrait être mis en œuvre pour les femmes qui ont recours à la rééducation du plancher pelvien, puisque les taux de guérison sont faibles et que d'autres traitements peuvent s'avérer indiqués. (III-C)
4. Dans le cas du syndrome de la VHA, les exercices Kegel peuvent être offerts à titre de traitement d'appoint s'ajoutant à d'autres traitements, mais ils ne doivent pas constituer le seul traitement offert en vue de contrer les symptômes en cause. (I-B)

ÉLECTROSTIMULATION FONCTIONNELLE

Méthodes

L'électrostimulation fonctionnelle (ÉSF) consiste en l'application d'une stimulation électrique au nerf honteux. Les deux effets constatés dans le cadre de ce traitement sont tributaires des fréquences utilisées : une contraction passive des muscles du plancher pelvien ou une inhibition réflexe des contractions de la vessie¹⁸. Ce traitement a pour avantage de ne pas nécessiter un effort volontaire de la part de la patiente; toutefois, il a pour désavantage le fait que les contractions musculaires passives sont plus faibles que les contractions volontaires.

Effet sur l'incontinence à l'effort

En raison de la diversité des protocoles étudiés, les résultats concernant le rôle de l'ÉSF sont peu satisfaisants¹⁵. La mise en œuvre de ce traitement est recommandée à titre de modalité d'enseignement efficace en présence d'une musculature pelvienne très faible, puisque les muscles en cause peuvent s'en trouver revigorés²¹. Dans le cadre d'une étude prospective randomisée comparant l'ÉSF aux exercices pelviens pour la prise en charge de l'incontinence à l'effort, ces modalités de traitement ont toutes deux entraîné une diminution significative des symptômes²².

Effet sur le syndrome de la vessie hyperactive

L'ÉSF a le plus souvent été utilisée dans la prise en charge du syndrome de la VHA. Le suivi mené un an à la suite du traitement indique des taux de guérison de 30 % (22 %–33 %) et des taux d'amélioration de 72 % (70 %–73 %)¹⁸.

Recommandations

5. Bien que l'ÉSF n'ait pas été étudiée à titre de modalité indépendante, elle peut être utilisée à titre de traitement d'appoint accompagnant la rééducation du plancher pelvien, particulièrement chez les patientes qui ont de la difficulté à identifier et à contracter les muscles pelviens. (III-C)
6. L'ÉSF devrait être offerte à titre d'option efficace pour la prise en charge de la VHA. (I-A)

CÔNES VAGINAUX

Méthodes

En réponse aux forts taux d'abandon que compte la rééducation du plancher pelvien, les cônes vaginaux ont été élaborés afin de faciliter l'exécution des contractions du plancher pelvien. Les cônes sont placés dans le vagin au-dessus du niveau de la musculature du plancher pelvien. La contraction de ces muscles est requise pour empêcher le cône de glisser hors du vagin. Un programme prévoyant une séance d'exercice de 15 minutes, deux fois par jour, est habituellement recommandé. Les cônes vaginaux sont offerts en poids différents; la patiente s'insère des cônes de poids de plus en plus élevés, au fur et à mesure de l'évolution de sa capacité à les maintenir dans le vagin. Parmi les avantages d'avoir recours à des cônes à titre de moyen de tonifier les muscles pelviens, on trouve la facilité d'utilisation, une courbe d'apprentissage douce et le fait de n'avoir à consacrer que très peu de temps chaque jour aux exercices, ces avantages pouvant tous mener à accroître l'observance.

Effet sur l'incontinence à l'effort

Les cônes semblent être efficaces. Bien que le risque de présenter une incontinence à l'effort après avoir eu recours à des cônes vaginaux soit moins élevé qu'en l'absence de traitement (risque relatif [RR] 0,74; intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,59–0,93), aucune différence n'est constatée lorsque l'on compare le recours aux cônes à la rééducation des muscles du plancher pelvien ou à l'électrostimulation²². Le recours concomitant aux cônes et à la rééducation des muscles du plancher pelvien ou à l'électrostimulation ne semble pas plus avantageux que le seul recours aux cônes²³. Ces résultats sont limités par l'hétérogénéité des essais. L'abandon précoce des cônes est constaté chez approximativement 25 % des utilisatrices (0 %–63 %), ce qui est comparable aux taux d'abandon propres à l'électrostimulation et à la rééducation du plancher pelvien.

Recommandation

7. Le recours aux cônes vaginaux peut être recommandé en tant que forme de rééducation du plancher pelvien pour les femmes qui présentent une incontinence à l'effort. (I-A)

DISPOSITIFS MÉCANIQUES VISANT À CONTRER L'INCONTINENCE URINAIRE

Méthodes

Les pessaires sont utilisés depuis la nuit des temps pour la prise en charge du prolapsus des organes pelviens²⁴. Plus récemment, des pessaires conçus tout particulièrement pour la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort ont été élaborés. Ces pessaires permettent de soutenir l'urètre de façon mécanique. Les bouchons urétraux sont des dispositifs placés à l'intérieur de l'urètre. Tous les dispositifs mécaniques sont traditionnellement utilisés pour contrer l'incontinence à l'effort et non les symptômes associés à une VHA.

Effet sur l'incontinence à l'effort : Pessaires

Aucun essai randomisé ne s'est penché sur l'efficacité des pessaires. Trois études examinant l'effet des pessaires de continence ont été publiées²⁵⁻²⁷. Les études rétrospectives menées par Donnelly et Farrell ont indiqué que plus de 50 % des femmes, présentant une incontinence à l'effort pure ou une incontinence mixte, qui ont été traitées au moyen de pessaires étaient satisfaites des résultats et ont poursuivi leur utilisation de pessaires pendant une période allant jusqu'à 11 mois^{25,27}. Ces auteurs ont eu recours, dans la plupart des cas, au pessaire en forme d'anneau et au pessaire en forme d'anneau « avec support et bouton » (*support and knob*). Robert, qui a eu recours au pessaire en forme de cuvette et au pessaire en forme d'anneau, a constaté un taux de guérison de 24 % dans le cadre d'une étude de cohorte prospective (chez des sujets retenus au début de l'essai clinique) d'une durée d'un an²⁶. Chez les patientes présentant des antécédents de chirurgie pelvienne, les taux de réussite des pessaires connaissent une baisse. Les complications associées aux pessaires étaient minimales.

Effet sur l'incontinence à l'effort : Bouchons urétraux

Les quelques études s'étant penchées sur l'efficacité des bouchons urétraux indiquent un taux de réussite médian de 43 %²⁸; cependant, tout enthousiasme envers ce dispositif se doit d'être atténué par la constatation du fait que les utilisatrices connaissent un taux d'infection urinaire de 30 %. Aucune étude n'a récemment été publiée, ce qui pourrait indiquer une baisse de l'engouement envers les bouchons urétraux.

Recommandations

8. Les pessaires de continence devraient être offerts aux femmes à titre de modalité de traitement efficace et n'entraînant que de faibles risques contre tant l'incontinence à l'effort que l'incontinence mixte. (II-B)

RÉÉDUCATION VÉSICALE

Méthodes

La rééducation vésicale est également connue sous le nom d'exercices vésicaux. Elle active l'inhibition corticale du centre réflexe sacré de la miction²⁹. La rééducation vésicale vise à accroître l'intervalle mictionnel et à amenuiser l'impériosité et l'incontinence qui à celle-ci est associée. Elle est utilisée chez les patientes qui présentent des symptômes de VHA, dont l'impériosité, la pollakiurie, l'incontinence par impériosité et la nycturie. La rééducation compte habituellement trois composantes : sensibilisation de la patiente, miction à heures fixes et renforcement positif²⁹. La gestion des liquides, un journal des mictions et la suppression de l'impériosité y sont souvent ajoutés. L'effet du traitement n'est pas tant tributaire des techniques comportementales utilisées que du fait d'offrir toutes les composantes de façon concomitante²⁹.

Effet sur le syndrome de la vessie hyperactive

Une analyse Cochrane de la rééducation vésicale visant l'incontinence urinaire chez les adultes³⁰ a recensé cinq essais, totalisant 457 participantes, qui évaluaient l'effet de la rééducation vésicale sur l'incontinence urinaire chez la femme³¹⁻³⁵. Deux études comparant la rééducation vésicale à l'absence de traitement n'ont constaté aucune différence significative sur le plan statistique quant aux effets^{31,32}. Deux études comparant la rééducation vésicale à la pharmacothérapie ont constaté que la rééducation vésicale entraînait des taux accrus de guérison perçue chez les participantes^{33,34}. L'utilisation d'anticholinergiques entraîne un taux d'effets indésirables de 50 %³⁰. Un essai n'a constaté aucune différence entre la rééducation vésicale et la rééducation des muscles pelviens s'accompagnant d'une rétroaction biologique³⁵. Deux essais randomisés publiés récemment ont démontré l'efficacité de la rééducation vésicale chez les femmes^{10,11}. Dougherty et coll. ont comparé le programme « *behavioural management for continence* (BMC) » (un protocole séquentiel en trois étapes : autosurveillance, rééducation vésicale et exercices des muscles pelviens) à l'absence de traitement¹⁰. Par autosurveillance, on entendait la diminution de l'apport en caféine, la modification des quantités de l'apport en liquides et des heures auxquelles cet apport s'effectue, la diminution des intervalles excessivement longs entre les mictions et le fait d'adopter des changements alimentaires visant à

promouvoir la régularité intestinale. À la suite de l'autosurveillance, les participantes sont passées à la rééducation vésicale et, au besoin, aux exercices des muscles pelviens s'accompagnant d'une rétroaction biologique. À deux ans, le groupe BMC présentait une diminution de la gravité de son incontinence urinaire de l'ordre de 61 %, tandis que dans le cas du groupe témoin, cette gravité avait connu une hausse de l'ordre de 184 %. Subak et coll. ont affecté au hasard des femmes à un groupe soumis à six semaines de rééducation vésicale ou à un groupe n'étant soumis à aucun traitement; ils ont constaté que le groupe « traitement » présentait une diminution du nombre hebdomadaire moyen d'épisodes d'incontinence de l'ordre de 40 %¹¹. Malgré de telles améliorations, il est probable que seul un faible nombre de patientes seront complètement guéries de leurs symptômes vésicaux³⁶.

Recommandations

9. La rééducation vésicale (exercices vésicaux) devrait être recommandée pour les symptômes associés à la VHA, puisqu'elle ne s'accompagne d'aucun effet indésirable, (III-C) et qu'elle s'avère aussi efficace que la pharmacothérapie. (I-B)

10. Les protocoles de prise en charge comportementale qui font appel à des modifications du mode de vie, conjointement avec la mise en œuvre d'une rééducation vésicale et d'exercices des muscles pelviens, s'avèrent grandement efficaces et devraient être utilisés dans la prise en charge de l'incontinence urinaire. (I-A)

Résumé des options de prise en charge conservatrice de l'incontinence

Incontinence à l'effort

- La rééducation du plancher pelvien mettant l'accent sur le « tour de main » grâce au recours :
 - à des instructions verbales ou écrites pour les patientes qui sont en mesure de contracter leur plancher pelvien de façon volontaire;
 - à la rétroaction biologique manuelle, auditive ou visuelle;
 - à l'électrostimulation fonctionnelle pour les patientes qui ne sont pas en mesure de contracter leurs muscles pelviens de façon volontaire;
 - à des cônes vaginaux;
 - à des pessaires.

Vessie hyperactive

- Rééducation du plancher pelvien (contraction du plancher pelvien en présence de symptômes d'impériosité)
- ÉSF
- Rééducation vésicale (exercices vésicaux)

- Combinaisons de modification du mode de vie, d'exercices vésicaux et de rééducation des muscles pelviens

CONCLUSION

La mise en pratique de la prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire est très répandue et devrait être encouragée. Toutes les modalités semblent être plus efficaces que l'absence de traitement. Contrairement à la prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire, laquelle s'accompagne d'un risque considérable de complications et d'issues à long terme médiocres, la prise en charge conservatrice est associée à des issues indésirables minimales. Pour un nombre significatif de patientes, les résultats de la prise en charge conservatrice sont satisfaisants et peuvent rendre superflu le recours à des interventions médicales ou chirurgicales.

RÉFÉRENCES

1. Abrams P, Cordozol L, Fall M, Griffiths D, Rossier P, Ulmsten U et coll. « The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society », *NeuroUrol Urodyn*, vol. 21, 2002, p. 167–78.
2. Bump RC, Norton PA. « Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 25, 1998, p. 723–46.
3. Wyman J F. « The 'costs' of urinary incontinence », *Eur Urol*, vol. 32, n° s2, 1997, p. 13–9.
4. Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. « The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women », *Age Ageing*, vol. 22, 1993, p. 82–9.
5. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. « Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life », *NeuroUrol Urodyn*, vol. 19, 2000, p. 259–71.
6. Black N, Griffiths J, Pope C, Bowling A, Abel P. « Impact of surgery for stress incontinence on morbidity: cohort study », *BMJ*, vol. 315, 1997, p. 1493–8.
7. Diokno A, Yuhico M Jr. « Preference, compliance and initial outcome of therapeutic options chosen by female patients with urinary incontinence », *J Urol*, vol. 154, 1995, p. 1727–30.
8. Burgio KL. « Behavioral treatment options for urinary incontinence », *Gastroenterology*, vol. 126 (suppl. 1), 2004, p. S82–9.
9. Karram MM, Partoll L, Rahe J. « Efficacy of nonsurgical therapy for urinary incontinence », *J Reprod Med*, vol. 41, 1996, p. 215–9.
10. Dougherty MC, Dwyer JW, Pendergast JF, Boyington AR, Tomlinson BU, Coward RT et coll. « A randomized trial of behavioral management for continence with older rural women », *Res Nurs Health*, vol. 25, 2002, p. 3–13.
11. Subak LL, Quesenberry CP Jr, Posner SF, Cattolica E, Soghikian K. « The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial », *Obstet Gynecol*, vol. 100, 2002, p. 72–8.
12. Diokno AC, Sampselle CM, Herzog AR, Raghunathan TE, Hines S, Messer KL et coll. « Prevention of urinary incontinence by behavioral modification program: a randomized, controlled trial among older women in the community », *J Urol*, vol. 171, 2004, p. 1165–71.
13. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207–8.

14. Bø K, Kvarstein B, Nygaard I. « Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years », *Obstet Gynecol*, vol. 105 (Pt 1), 2005, p. 999–1005.
15. Hay-Smith EJC, Bo K, Berghmans LCM, Hendricks HJM, de Bie RA, vanWaalwijk Doorn ESC. « Pelvic muscle training for urinary incontinence in women », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2001.
16. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. « Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 165, 1991, p. 322–9.
17. Delancey J. « Structural support of the urethra as it relates to stress incontinence: the hammock hypothesis », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 170, 1994, p. 1713–23.
18. Robert M, Mainprize TC. « Biofeedback and functional electrical stimulation », dans : Drutz H, Herschorn S, Diamant N, éditeurs. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, London, R.-U. : Springer-Verlag, 2002.
19. Miller JM, Ashton-Miller JA, Delancey JO. « A pelvic muscle precontraction can reduce cough related urine loss in selected women with mild SUI », *J Am Geriatr Soc*, vol. 46, 1998, p. 870–4.
20. Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Wallwijk van Doorn ES, Bo K, van Kerebroeck PE. « Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials », *BJU Int*, vol. 85, 2000, p. 254–3.
21. Reckemeyer I, Jundt K, Drinovac V, Dimpfl T, Peschers UM. « Pelvic floor re-education with electrical stimulation: how many women learn how to contract? », *NeuroUrol Urodyn*, vol. 21, 2002, p. 134.
22. Seo JT, Yoon H, Kim YH. « A randomized prospective study comparing new vaginal cone and FES-Biofeedback », *Yonsei Med J*, vol. 45, 2004, p. 879–84.
23. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. « Weighted vaginal cones for urinary incontinence », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2002, CD002114.
24. Miller DS. « Contemporary use of the pessary », dans : Drogemueller W, Sciarra JJ, éditeurs. *Gynecology and Obstetrics*, Philadelphie : JB Lippincott, 1992, p. 1–12.
25. Farrell SA, Singh B, Aldakhil L. « Continence pessaries in the management of urinary incontinence in women », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, 2004, p. 113–7.
26. Robert M, Mainprize T. « Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence », *Int Urogynecol J*, vol. 13, 2002, p. 326–9.
27. Donnelly MJ, Powell-Morgan S, Olsen AL, Nygaard IE. « Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 15, 2004, p. 302–7.
28. Vierhout ME, Lose G. « Preventive vaginal and intra-urethral devices in the treatment of female urinary stress incontinence », *Curr Opin Obstet Gynecol*, vol. 106, 1999, p. 42–49.
29. Fantl JA, Newman DK, Colling J et coll. « Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. Clinical practice guideline, No 2, 1996 Update. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; March 1996 », *AHCPR*, n° de publication 96–0682.
30. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer, M. « Bladder training for urinary incontinence in adults », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 2004, p. CD001308.
31. Fantl A, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR et coll. « Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence », *JAMA*, vol. 265, 1991, p. 609–13.
32. Lagro Janssen AL, Debruyne FM, Smits AJ, Van Weel C. « The effects of treatment of urinary incontinence in general practice », *Fam Pract*, vol. 9, 1992, p. 284–9.
33. Colombo M, Zanetta G, Scalabrino S, Milani R. « Oxybutynin and bladder training in the management of female urinary urge incontinence: a randomized study », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 6, 1995, p. 63–7.
34. Jarvis GJ. « A controlled trial of bladder drill and drug therapy in the management of detrusor instability », *Br J Urol*, vol. 53, 1981, p. 565–6.
35. Wyman JF, Fantl AJ, McClish DK, Bump RC. « The Continence Program for Women Research Group. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 179, 1998, p. 999–1007.
36. Burgio KL. « Influence of behavior modification on overactive bladder », *Urology*, vol. 60 (suppl. 1), 2002, p. 72–6.