

Avis : Des arbitres scientifiques du Comité d'urogynécologie ont procédé à l'analyse de la présente directive clinique. Ils ont donné leur aval à la poursuite de son utilisation pour l'instant; une révision est en cours.

N° 127, avril 2003 (réaffirmée février 2018)

N° 127-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.

Scott A. Farrell, MD, Halifax (N.É.)

Comité d'urogynécologie : Scott A. Farrell, MD (président), Halifax (N.-É.); Annette Epp, MD, Saskatoon (Sask.); Cathy Flood, MD, Edmonton (Alb.); François Lajoie, MD, Sherbrooke (Qc); Barry MacMillan, MD, London (Ont.); Thomas Mainprize, MD, Calgary (Alb.); Magali Robert, MD, Calgary (Alb.).

Key Words: Stress incontinence, evaluation, surgery

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.

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(2):e51–e57

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.035>

Copyright © 2018 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Resultats 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.

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.

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

Ce document fait état 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'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 ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

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).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781802>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781802>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)