

## Annexe : Sommaire du guide de pratique de l'AUC sur la prise en charge de la vessie hyperactive chez l'adulte

D<sup>r</sup> Jacques Corcos, FRCSC<sup>1</sup>; D<sup>r</sup> Mikolaj Przydacz<sup>1</sup>; D<sup>re</sup> Lysanne Campeau, Ph. D., FRCSC<sup>1</sup>; D<sup>r</sup> Jonathan Witten<sup>2</sup>; D<sup>r</sup> Duane Hickling, MSCI, FRCSC<sup>3</sup>; Christiane Honeine, inf., B. Sc. Inf.<sup>1</sup>; D<sup>r</sup> Sidney B. Radomski, FRCSC<sup>4</sup>; D<sup>re</sup> Lynn Stothers, M. Sc. S., FRCSC<sup>5</sup>; D<sup>r</sup> Adrian Wagg, FRCP (Lond), FRCP (Edin), FHEA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Département d'urologie, Hôpital général juif, Université McGill, Montréal, Qc; <sup>2</sup>Northern Alberta Urology Centre, Edmonton, Alb.; <sup>3</sup>Division d'urologie, Département de chirurgie, L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ont.; <sup>4</sup>Division d'urologie, Toronto Western Hospital, Université de Toronto, University Health Network, Toronto, Ont.; <sup>5</sup>Département des sciences urologiques, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; <sup>6</sup>Département de médecine, Université de l'Alberta, Edmonton, Alb.; Canada

Tiré à part

Citer comme suit à l'origine: *Can Urol Assoc J* 2017;11(5):E248-9.  
Publié en ligne le 9 mai 2017

La vessie hyperactive (VH) est un syndrome consistant en une impériosité mictionnelle avec ou sans incontinence urinaire par impériosité (IUI), souvent accompagnée de mictions fréquentes et de nycturie, en l'absence d'infection des voies urinaires (IVU) ou d'autres pathologies évidentes. La VH est fréquente chez les deux sexes, et la prévalence augmente avec l'âge. La prévalence globale de VH dans la population canadienne est évaluée à 14 à 18 %. La plupart des patients présentent un ensemble de symptômes. Chez les hommes atteints d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), la VH coexiste souvent avec une obstruction vésicale (**grade B**).

Comme la VH n'est pas une maladie menaçant le pronostic vital, son impact sur la qualité de vie (QdV) joue un rôle majeur dans la décision d'instaurer un traitement. L'impact négatif significatif de la VH sur les activités quotidiennes, la santé mentale, la fonction sexuelle et la satisfaction conjugale a été souligné par un certain nombre d'études. De plus, les symptômes de VH sont liés à une maladie dépressive. On fait habituellement la distinction entre la QdV et le bien-être chez les patients avec incontinence (VH « humide ») et sans incontinence (VH « sèche »). Les patients qui présentent une incontinence urinaire par impériosité (IUI) ont une QdV moindre. On dispose de peu de données concernant les répercussions psychosociales de la VH chez les personnes âgées frêles ou atteintes d'affections concomitantes; cela dit, les données actuellement publiées portent à croire qu'il s'agit d'une source importante de préoccupation.

Les patients avec VH doivent subir une évaluation complète. On s'entend largement pour dire que la vérification des antécédents constitue la première étape dans l'évaluation des patients atteints de VH (**grade B**). L'examen

clinique doit faire partie de l'évaluation des patients atteints de VH (**opinion d'experts**).

Les questionnaires remplis par les patients constituent la meilleure méthode pour évaluer le point de vue du patient sur les symptômes qui l'incommodent et leurs répercussions sur sa QdV (**grade B**). Les questionnaires doivent avoir été validés en anglais ou en français. La mesure de la fréquence des mictions et la vérification des habitudes de consommation de liquides doivent être effectuées par l'entremise de journaux des mictions (**grade B**). On recommande une période d'observation de 3 à 7 jours avec le journal des mictions.

Comme les symptômes de VH peuvent survenir pendant une IVU symptomatique, une analyse d'urine doit être incluse dans l'évaluation initiale de tous les patients chez qui on soupçonne une VH (**grade C**). Il n'est pas recommandé de procéder à une mesure du VRPM, une échographie vésicale/rénale, une cystoscopie, une TDM/IRM et un bilan urodynamique cystométrique dans l'évaluation initiale d'une VH sans complication (**grade A/B/C**). Des tests supplémentaires sont indiqués quand le diagnostic demeure incertain après l'examen physique et la vérification des antécédents, quand les symptômes ne sont pas corrélés avec les observations physiques ou après l'échec d'un traitement (**opinion d'experts**).

Les thérapies comportementales et les modifications du style de vie devraient être les traitements de première ligne chez tous les patients en raison de leur nature non invasive. L'entraînement vésical et des muscles du plancher pelvien peuvent être des méthodes efficaces de traitement dans certains cas (**grade B**). Les modifications du style de vie comprennent des modifications de la consommation de liquides et de caféine, une maîtrise du poids corporel, des modifications à l'alimentation, une prise en charge de la régularité intestinale, et l'atténuation optimale d'autres pathologies concomitantes (c.-à-d. diabète, insuffisance car-

diague chronique, apnée du sommeil obstructive) peut être efficace (**grade B/C**).

L'éducation des patients autonomise ces derniers et les fait participer à leur plan de traitement. Les traitements de première ligne de la VH reposent fortement sur l'observance et l'adhésion du patient. Les patients atteints de VH et d'IUI présentent une amélioration de la QdV quand ils comprennent bien leur problème médical et cherchent à adopter un style de vie permettant d'éviter le stress et favorisant les contacts sociaux. Comprendre les causes de leurs symptômes peut aider les patients à adopter des mesures qui réduiront la gravité de la maladie et ses répercussions (**opinion d'experts**).

Le traitement de deuxième ligne de la VH devrait inclure des antimuscariniques par voie orale, de l'oxybutynine transdermique ou un agoniste par voie orale des récepteurs bêta3-adrénergiques (**grade A**). La dose la plus faible recommandée doit d'abord être prescrite, suivie d'augmentations de la dose afin d'obtenir la plus grande amélioration clinique possible tout en surveillant l'apparition de MI (**grade B**). Si le médicament sélectionné au départ n'est pas toléré ou ne fournit pas un soulagement suffisant des symptômes, il faut offrir aux patients de passer à un autre médicament, de préférence un agent doté d'un mode d'action différent (**opinion d'experts**). Le profil de MI et de contre-indications possibles doit être pris en compte au moment de prescrire l'agent de prédilection comme traitement de deuxième ligne (**opinion d'experts**). Les préparations à libération immédiate d'antimuscariniques doivent être évitées si d'autres préparations sont offertes (**grade A**). Les patients qui demeurent incontinents après le traitement initial avec un antimuscarinique pourraient se voir offrir un traitement d'association par solifénacine et mirabégon (**grade C**).

Les changements liés à l'âge dans la pharmacocinétique affectent les antimuscariniques utilisés dans le traitement de l'IUI et ces facteurs devraient être intégrés dans la planification du traitement (**grade B**). Les médicaments peuvent être efficaces à des doses plus faibles chez les personnes âgées frêles par rapport aux personnes âgées en meilleure santé (**grade C**). La polypharmacie augmente les chances de réactions indésirables au médicament, qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées frêles (**grade A**). En outre, les interactions médicamenteuses et médicament-maladie sont fréquentes chez les personnes âgées frêles (**grade A/B**). Les

antimuscariniques pour le traitement de la VH demeurent des médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées frêles (**grade B/C**). Le traitement par des inhibiteurs de la cholinestérase est associé à la précipitation ou à l'aggravation des symptômes de VH (**grade C**).

La toxine botulinique de type A (100 U) peut être offerte en tant que traitement de longue durée chez des patients soigneusement sélectionnés présentant des mictions fréquentes, des mictions impérieuses et une IUI qui ont eu une réponse inadéquate à la pharmacothérapie pour traiter la VH ou qui étaient intolérants à ces agents (**grade A**). Les patients qui envisagent la toxine botulinique de type A doivent être soigneusement conseillés en ce qui concerne la nécessité d'un suivi étroit, le besoin éventuel de cathétérisme (à demeure ou cathétérisme intermittent propre) et la probabilité d'injections répétées pour maintenir l'atténuation des symptômes.

Les médecins et les patients devraient considérer la stimulation périphérique du nerf tibial comme sûre et efficace en tant que traitement de troisième ligne dans une population soigneusement sélectionnée (**grade B**). Les médecins et les patients devraient considérer la neuromodulation sacrée comme une technique plus invasive et à risque plus élevé que les autres traitements de troisième ligne, mais une option appropriée pour les patients présentant des symptômes de VH réfractaires aux options de traitement privilégiées (**grade B**). Le cathétérisme à demeure, la cystoplastie d'augmentation ou d'autres dérivations urinaires sont des stratégies de prise en charge à long terme de la VH et ne devraient être pris en considération qu'après qu'on ait écarté toutes les autres options médicales et chirurgicales et après un examen minutieux des avantages et des risques probables (**grade D**).

Le suivi du patient devrait être offert de façon systématique et individualisé en fonction des traitements en cours et de l'innocuité. À chaque visite de suivi, le clinicien devrait évaluer l'observance, l'efficacité et les effets secondaires potentiels. Si la prise en charge est jugée inefficace ou intolérable, d'autres options de traitement devraient être présentées, y compris la modification de la dose de médicament, la substitution par un agent de la même classe, le changement de classe ou l'ajout d'un agent d'une autre classe, ou la prise en compte de thérapies de troisième ligne ou de ligne subséquente contre la VH (**opinion d'experts**).