

Traitements visant la vessie hyperactive : Accent sur la pharmacothérapie

La présente directive clinique a été rédigée par le comité d'urogynécologie, analysée par le comité consultatif de pratique familiale et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURE PRINCIPALE

Roxana Geoffrion, MD, Vancouver (C.-B.)

COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE

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

Jens-Erik Walter, MD (coprésident), Montréal (Québec)

Queena Chou, MD, London (Ont.)

William Easton, MD, Scarborough (Ont.)

Annette Epp, MD, Saskatoon (Sask.)

Roxana Geoffrion, MD, Vancouver (C.-B.)

Marie-Andrée Harvey, MD, Kingston (Ont.)

Annick Larochelle, MD, St-Lambert (Québec)

Kenny Maslow, MD, Winnipeg (Man.)

Grace Neustaedter, inf. aut., Calgary (Alb.)

Dante Pascali, MD, Ottawa (Ont.)

Marianne Pierce, MD, Halifax (N.-É.)

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

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

David Wilkie, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Options : Parmi les agents pharmacothérapeutiques permettant la prise en charge du VHA, on trouve les anticholinergiques (antimuscariniques) et les œstrogènes administrés par voie vaginale. Des préparations anticholinergiques orales et transdermiques sont disponibles.

Issues : Fournir une compréhension des données actuellement disponibles au sujet de l'innocuité et de l'efficacité clinique de la pharmacothérapie dans la prise en charge du VHA; orienter la sélection du traitement anticholinergique en fonction des caractéristiques personnelles des patientes.

Résultats : Des recherches ont été menées dans la *Cochrane Library* et Medline pour en tirer les articles publiés depuis 1950 et traitant d'anticholinergiques particuliers. Les exposés de synthèse sur la prise en charge du VHA réfractaire ont également été examinés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date ou de langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en 2010.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée et les recommandations ont été formulées au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Avantages, désavantages et coûts : Les anticholinergiques sont le pilier de la pharmacothérapie visant le VHA. Les données en soutenant l'efficacité sont principalement issues d'essais comparatifs à court terme de phase III. La réaction placebo est forte; de plus, les données sur le suivi à long terme et sur les issues subjectives connues par les patientes se font rares. Les fournisseurs de soins doivent bien connaître les effets indésirables des anticholinergiques et sélectionner le traitement en fonction des paramètres particuliers de la patiente.

Recommandations

1. L'électrostimulation fonctionnelle et les protocoles de prise en charge comportementale devraient être offerts au sein de la gamme des traitements primaires efficaces contre le syndrome de la vessie hyperactive. (I-A)

Résumé

Objectif : Offrir des lignes directrices en matière de pharmacothérapie pour la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive (VHA).

Mots clés : Anticholinergic, overactive bladder, urinary incontinence

J Obstet Gynaecol Can 2012;34(11):1102-1104

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 préventifs.

†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 préventif.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8.

- Des préparations orales (à libération immédiate et à libération prolongée) et transdermiques d'oxybutynine peuvent être offertes aux fins de la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive, et ce, car elles sont associées à une amélioration clinique objective significative à 12 semaines. (I-A) L'oxybutynine à libération immédiate compte une meilleure rentabilité, mais plus d'effets indésirables que les autres anticholinergiques. (I-A) Les préparations transdermiques d'oxybutynine sont associées à moins d'événements indésirables que les préparations orales du même médicament. (I-A)
- Des préparations de toltérodine à libération immédiate et à libération prolongée peuvent être offertes aux fins de la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive, et ce, car elles sont associées à une amélioration clinique objective significative à 12 semaines. (I-A)
- Des préparations de trospium à libération immédiate et à libération prolongée peuvent être offertes aux fins de la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive, et ce, car elles sont associées à une amélioration clinique objective significative à 12 semaines. (I-A) Le trospium constitue un anticholinergique adéquat pour les patientes atteintes du syndrome de la vessie hyperactive qui présentent des troubles cognitifs préexistants (II-B) et pour les patientes atteintes du syndrome de la vessie hyperactive qui prennent, de façon concomitante, des inhibiteurs du CYP450. (III-B)
- La solifénacine peut être offerte aux fins de la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive, et ce, car elle est associée à une amélioration clinique objective significative à 12 semaines. (I-A) La solifénacine peut constituer un anticholinergique adéquat pour les aînées atteintes du syndrome de la vessie hyperactive ou pour les patientes atteintes du syndrome de la vessie hyperactive qui présentent des troubles cognitifs préexistants. (I-B)
- La darifénacine peut être offerte aux fins de la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive, et ce, car elle est associée à une amélioration clinique objective significative à 12 semaines. (I-A) La darifénacine constitue un anticholinergique adéquat pour les patientes atteintes du syndrome de la vessie hyperactive qui présentent des troubles cardiaques ou cognitifs préexistants. (I-B)
- Les patientes atteintes du syndrome de la vessie hyperactive devraient se voir permettre de choisir entre la rééducation vésicale, l'électrostimulation fonctionnelle et le traitement anticholinergique, et ce, puisqu'il n'existe aucune différence entre ces modalités de traitement en matière de taux de guérison. Le traitement combiné ne compte pas d'avantage manifeste, par comparaison avec les interventions ne faisant appel qu'à une seule modalité de traitement. (I-A)
- Le choix du traitement anticholinergique devrait être orienté par les comorbidités que présentent la patiente, et ce, puisque tous les anticholinergiques présentent une efficacité objective similaire. (I-A) L'intensification de la posologie n'entraîne pas une amélioration des paramètres objectifs et donne lieu à une augmentation du nombre d'effets indésirables anticholinergiques; toutefois, elle est associée à une amélioration des issues subjectives. (I-A) Pour atténuer les effets indésirables, on devrait envisager le passage à une posologie moindre ou l'utilisation d'une préparation à libération prolongée ou d'un mécanisme d'administration par voie transdermique. (I-A)
- Des services de counseling au sujet de l'efficacité du traitement, de l'adoption d'attentes réalistes et de la durée du

traitement devraient être offerts aux patientes dès le début du traitement anticholinergique, et ce, puisque les taux de poursuite de ce dernier sont faibles. (III-B)

10. Le supplémentation en œstrogènes administrée par voie orale ou transdermique ne devrait pas être recommandée aux fins de la prise en charge du syndrome de la vessie hyperactive, et ce, puisque ses effets sont comparables à ceux d'un placebo. (I-E) L'utilisation d'œstrogènes administrés par voie vaginale peut être suggérée aux fins de l'atténuation subjective des symptômes du syndrome de la vessie hyperactive. (III-B)
11. L'injection intravésicale de toxine botulinique et la stimulation du nerf sacré et du nerf tibial postérieur

constituent des options efficaces sur le plan clinique pour les patientes atteintes du syndrome de la vessie hyperactive qui ne réagissent pas aux options conservatrices, aux anticholinergiques ou aux œstrogènes administrés par voie vaginale. (I-A)

Le texte intégral du présent document est
disponible en ligne à
<http://www.sogc.org> et à <http://www.jogc.com>.