



Incontinence urinaire d'effort : exercices du plancher pelvien ou pessaire?

QUESTION CLINIQUE

Quelle est l'efficacité des exercices du plancher pelvien ou des pessaires contre l'incontinence urinaire d'effort?

CONCLUSION

Les exercices du plancher pelvien augmentent la proportion de femmes qui connaissent une amélioration des symptômes (74 % par rapport à 11 %) et qui sont satisfaites (71 % par rapport à 13 %) par comparaison avec un groupe témoin au cours d'une période de 1 à 6 mois. Les pessaires sont susceptibles de réduire les épisodes d'incontinence par rapport à l'absence de traitement selon une petite étude de deux semaines. Les exercices sont possiblement légèrement meilleurs que les pessaires à trois mois (par exemple, plus de patientes sans symptômes incommodants), avec moins d'écoulement vaginal à 12 mois.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents, sauf indication contraire. Concentration sur des revues systématiques des 10 dernières années.

- Exercices du plancher pelvien :
 - La plus grande revue systématique : 18 essais contrôlés randomisés (ECR), de 26 à 133 femmes, par comparaison avec l'absence de traitement ou un groupe témoin¹. À 6-24 semaines :
 - Guérison/amélioration autodéclarée : 74 % par rapport à 11 % (groupe témoin), nombre de sujets à traiter (NST) = 2.
 - Incontinences (par exemple, au début de l'étude : 1-2 épisodes/jour)² : diminution d'un épisode par jour par rapport au groupe témoin.
 - Satisfaction des patientes : 71 % par rapport à 13 % (groupe témoin), NST = 2.
 - D'autres revues systématiques et des ECR plus récents font état de résultats semblables³⁻⁹.
- Pessaires :
 - Pas de méta-analyses^{10,11} regroupant les ECR.
 - ECR, 55 femmes, comparaison de pessaires avec l'absence de traitement¹². Après deux semaines :
 - Réduction du nombre total d'épisodes d'incontinence : 32 % par rapport à 7,6 % (groupe témoin).
 - Satisfaction (échelle de 0 à 100, plus le score est élevé, plus la satisfaction est grande) : 60 par rapport à 5 (groupe témoin).
 - Limites : Financement de l'industrie; déséquilibre entre le nombre d'épisodes d'incontinence au départ : 36 par rapport à 58 (groupe témoin) durant les deux semaines précédant l'essai.
 - ECR, 446 femmes, comparaison des exercices du plancher pelvien avec un pessaire¹³ :
 - À 3 mois :
 - Proportion de patientes sans symptômes incommodants : 49 % par rapport à 33 % (pessaire), NST = 7.
 - Amélioration/beaucoup d'amélioration : aucune différence.
 - Satisfaction : 54 % par rapport à 50 % (pessaire), NST = 27.
 - Abandons à cause d'effets indésirables : aucune différence.
 - À 12 mois :
 - Aucune différence pour ce qui est des résultats susmentionnés.
 - Écoulement vaginal : 6 % par rapport à 16 % (pessaire), NST = 10.
 - Exercices et pessaire par rapport aux exercices seulement : aucune différence.
 - Limites : Le nombre d'abandons du pessaire est plus élevé à 3 mois, mais il n'y a pas de différence à 12 mois.
 - Limites : Les ECR n'étaient pas à l'aveugle et les résultats étaient souvent subjectifs^{12,13}.

CONTEXTE

- Les exercices du plancher pelvien sont considérés comme le traitement de première intention¹⁴.
 - Si des programmes supervisés sont inaccessibles, on peut fournir de [l'information écrite](#)¹⁵ ou suggérer aux patientes de regarder cette [vidéo \(en anglais\)](#)¹⁶.
 - On recommande au moins huit contractions trois fois par jour¹⁴.

- Pessaires :
 - Ils peuvent avoir une durée de 5 à 10 ans et être installés en milieu de soins primaires^{17,18}.
 - La première mise en place est un échec chez environ 10 à 40 % des femmes^{13,19}.
 - Coût¹⁷ : de 50 à 150 \$.

RÉFÉRENCES

1. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Cochrane Database Syst Rev. 2018:CD005654.
2. Asklund I, Nyström E, Sjöström M, et al. Neurourol Urodyn. 2017; 36(5):1369-1376.
3. Stenzelius K, Molander U, Odeberg J. Age Ageing. 2015;5:736-744.
4. Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, et al. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(2):97-111.
5. Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, et al. Int J Gynaecol Obstet. 2017;138(3):250-255.
6. Garcia-Sanchez E, Avila-Gandia V, Lopez-Roman J, et al. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(22):4358.
7. Okayama H, Ninomiya S, Naito K, et al. Int Urogynecol J. 2019; 7:1093-1099.
8. Al Belushi ZI, Al Kiyumi MH, AlMazuri AA, et al. Neurourol Urodyn. 2020; 39:5:1557-1566.
9. Kamali S, Ozengin N, Topcuoglu MA. Women Health. 2023; 63(6): 473-483.
10. Lipp A, Shaw C, Glavind K. Cochrane Database Syst Rev. 2014:CD001756.
11. Ayeleke Ro, Hay-Smith EJC, Omar MI. Cochrane Database Syst Rev. 2015:CD010551.
12. Cornu JN, Mouly S, Amarenco G, et al. Int Urogynecol J. 2012; 23(12):1727-1734.
13. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Obstet Gynecol. 2010;115(3):609-617.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Lien : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#non-surgical-management-of-urinary-incontinence>. Consulté le 5 mai 2023.
15. Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada). Traitement. Lien : <https://www.canadiancontinence.ca/FR/traitement.php>.

AUTEURS

Samantha S Moe, PharmD, ACPR, **Anthony Train**, MBChB, MSc, CCMF

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

16. MDConversation. Pelvic Floor Muscle Training. Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=AuG7ZaKcH60>. Consulté le 2 juillet 2023.
17. Santé Ontario. Ont Health Technol Assess Ser. 2021;21(3):1-155.
18. Bordman R, Telner D, Jackson B, et al. Can Fam Physician. 2007;53(3):485-487.
19. Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, et al. JOGC. 2021;411:267-280.

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.