

# GESTION MÉDICAMENTEUSE DE L'INCONTINENCE URINAIRE EN UCDG

ANNEXE 8 DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 2<sup>ÈME</sup> ÉDITION » [1]

Cette fiche pratique est présentée à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du médecin ou du pharmacien.

2<sup>ème</sup> édition

## Auteurs :

Cara Tannenbaum, M.D., M.Sc., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal  
Fanny Courtemanche, M.Sc., pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

## Révisure:

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Illustrations : Victoire K-Bezeau



Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques  
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

## GÉNÉRALITÉS

L'incontinence urinaire est définie comme tout symptôme d'écoulement involontaire d'urine [2]. Elle est souvent multifactorielle et n'est pas la conséquence du vieillissement normal. Dans la majorité des cas, il existe des facteurs réversibles que l'on peut corriger. L'incontinence est probablement le syndrome gériatrique le plus négligé, ce qui est dommage car des améliorations importantes peuvent survenir avec des traitements non-pharmacologiques de première ligne chez les 2/3 des personnes qui en sont atteintes [3, 4]. La prévalence d'incontinence en UCDG reflète celle de la population vivant en collectivité, soit 1 femme sur 2 et 1 homme sur 5. Ainsi, près de 50 % des patients admis en UCDG pourraient donc bénéficier d'un traitement [5, 6]. Pour ce faire, il faut d'abord identifier le type d'incontinence.

Tableau 1 : Étiologies et caractéristiques associées selon le type d'incontinence urinaire [5, 7-9]

| Types d'incontinence urinaire <sup>1</sup>   | Étiologies  | Caractéristiques associées   |
|--|---|--|
| <b>D'urgence</b><br><br><i>Sensation imminente de perte d'urine favorisée par un évènement déclencheur (type eau du robinet qui coule)</i> | <b>Neurologiques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• AVC</li><li>• Démence</li><li>• Hydrocéphalie à pression normale</li><li>• Atrophie multi-systémique</li><li>• Parkinson</li><li>• Tumeur cérébrale</li><li>• Lésion de la moelle supra-sacrée</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>→ Surtout AVC frontaux ou lacunaires</li><li>→ Liée aux atteintes fonctionnelles</li><li>→ Triade : démence, ataxie et incontinence urinaire</li><li>→ Associée à l'hypotension orthostatique</li><li>→ Urgence et fréquence mictionnelle dans 60 % des cas</li><li>→ Primaire ou métastatique</li><li>→ Traumatisme, myélopathie, sclérose en plaques, myélome, sténose spinale, spasticité et hyperréflexie des membres inférieurs</li></ul> |
|  | <b>Autres</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments</li><li>• Infection urinaire</li><li>• Cancer de la vessie</li><li>• Endocrinopathies</li><li>• Brevages</li><li>• Idiopathique</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>→ Diurétiques, inhibiteurs de la cholinestérase, hormonothérapie, lithium</li><li>→ Symptômes urinaires nouveaux, fièvre, délirium</li><li>→ Incontinence et hématurie</li><li>→ Hyperglycémie dans le diabète, hypercalcémie, diabète insipide, cardiopathie</li><li>→ Caféine, théine, alcool, apport liquidien quotidien supérieur à 2 L/jour</li><li>→ Hyperactivité du muscle détrusor</li></ul>  |

| Types d'incontinence urinaire <sup>1</sup>  | Étiologies  | Caractéristiques associées  |
|---|---|---|
| <b>Liée à la rétention chronique ou par regorgement</b><br><br><i>Perte constante d'urine avec la sensation de vidange vésicale incomplète</i>  | <b>Neurologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésion de la moelle sacrée</li> <li>• Neuropathie périphérique</li> </ul>                                 | → Syndrome de la queue de cheval, hernie discale, atteinte des réflexes sacrés<br>→ Associée au diabète, zona, amylose  |
|   | <b>Autres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments</li> <li>• Post-infection urinaire</li> <li>• Anatomique</li> <li>• Idiopathique</li> </ul>          | → Anticholinergiques, narcotiques, antihistaminiques, antipsychotiques, α-agonistes, bloqueurs des canaux calciques<br>→ Après alitement prolongé<br>→ Sténose urétrale, hypertrophie ou carcinome de la prostate, prolapsus<br>→ Contractilité réduite du détrusor observée chez 1/3 des patients en soins de longue durée |
| <b>D'effort ou de stress</b><br><br><i>Perte d'urine lors d'hyperpression abdominale (augmentation subite ou marquée de la pression abdominale, ex. : toux, éclat de rire, éternuement)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Post-prostatectomie</li> <li>• Médicaments</li> <li>• Insuffisance sphinctérienne</li> </ul>                                   | → Associée à la dysfonction érectile et à la radiothérapie chez l'homme<br>→ Alpha-bloquants, hormonothérapie, IECA (effet secondaire de toux)<br>→ Chez la femme, ATCD obstétricaux, chirurgies pelviennes, fistule, radiothérapie, toux chronique, constipation, faiblesse des muscles du plancher pelvien                |
| <b>Fonctionnelle</b><br><br><i>Difficultés à se rendre aux toilettes à temps</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de la mobilité</li> <li>• Atteintes cognitives</li> <li>• Barrière environnementale</li> <li>• Médicaments</li> </ul> | → Alitement, arthrite, troubles de la marche<br>→ Apraxie, atteintes exécutives, delirium, démence<br>→ Accès difficile aux toilettes, aidants non disponibles, contention<br>→ Somnifères, antipsychotiques  |

<sup>1</sup> L'incontinence mixte est la présence à la fois d'incontinence d'urgence et d'effort.

## ÉVALUATION ET INTERVENTION CLINIQUE

Lorsqu'il y a au moins une réponse positive aux questions du tableau 2, une évaluation plus approfondie est requise pour identifier le type d'incontinence urinaire (cf. tableau 1). Pour mieux cerner le diagnostic (tableau 3 et annexe 2), un calendrier mictionnel devrait être complété. En effet, l'utilisation d'un calendrier mictionnel sur trois jours permettra de préciser le type d'incontinence urinaire, d'évaluer les apports liquidiens et éventuellement d'objectiver les effets du traitement mis en place.

**Tableau 2 : Exemples de questions pour dépister le type d'incontinence urinaire lors de l'anamnèse**

| Questions  |
|--|
| <i>Avez-vous des difficultés à retenir les urines lors de sentiments d'urgence?</i>                  |
| <i>Avez-vous parfois de la difficulté à arriver à la toilette à temps?</i>                           |
| <i>Avez-vous des pertes d'urine lors d'un effort ou de toux?</i>                                     |
| <i>Devez-vous parfois porter des protections sanitaires à cause de pertes involontaires d'urine?</i> |

**Tableau 3 : Exemple d'un calendrier mictionnel quotidien complété**

| Heure du jour | Consommation de liquides (quelle sorte/quelle quantité?) | Visites aux toilettes (quantité d'urine excrétée (ml)) | Fuites urinaires  | Circonstances de la perte urinaire | Résidu post-mictionnel par ultrasons (RPM) |
|---------------|--|--|-------------------|------------------------------------|--|
| 6h30          | 1 verre d'eau  | 200 ml   | Oui, peu          | En se rendant aux toilettes        | 60 ml                                      |
| 9h00          | 1 tasse de café<br>1 verre de jus de fruits              |  | Oui               | Sur éternuements                   |  |
| 12h10         | 1 verre d'eau  | 170 ml   | Oui, peu          | En se rendant aux toilettes        | 120 ml                                     |
| 13h           |  |  | Oui, peu          | Envie pressante d'uriner           | 75 ml                                      |
| 16h45         | 1 tasse de thé   | 225 ml   |                   |                                    |  |
| 19h00         | 1 verre d'eau  |  | Oui               | Sur effort de toux                 |  |
| 20h30         | 1 tasse de thé   | 350 ml   | Oui, peu          | Envie pressante d'uriner           |  |
| 23h15         |  |  | Oui, abondant     | Culotte mouillée en dormant        |  |
| 1h30          |  | 200 ml   |                   |                                    |  |
| 4h00          |  | 150 ml   | Oui, peu          | Culotte mouillée en dormant        |  |
| <b>TOTAL</b>  | <b>7 tasses (1670 ml)</b>                                | <b>1295 ml</b>   | <b>8 épisodes</b> |                                    |  |

## APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

En général, il faut privilégier les approches non-pharmacologiques pendant au moins 3-6 mois avant de considérer une approche pharmacologique. Il est indiqué de débiter un traitement pharmacologique lorsque les stratégies comportementales (adaptation des apports liquidiens, rééducation vésicale, tenue d'un calendrier mictionnel), les mesures non-pharmacologiques (rééducation périnéo-sphinctérienne) et la réduction des facteurs de risque (cf. tableau 1) sont insuffisants pour contrôler les symptômes d'incontinence dus à l'hyperactivité vésicale (urgence). Il n'existe aucun traitement pharmacologique approuvé pour les autres types d'incontinence. Au-delà de l'implication du médecin, le traitement de l'incontinence en UCDG nécessite un travail d'équipe: l'infirmière et la diététiste-nutritionniste doivent évaluer les facteurs environnementaux, le physiothérapeute doit compléter l'évaluation de la force du plancher pelvien et de la mobilité, le pharmacien doit identifier les médicaments pouvant contribuer aux symptômes urinaires et les ajuster et l'ergothérapeute, pour atténuer les limitations fonctionnelles, et l'ergothérapeute pour diminuer limitations fonctionnelles (vêtements adaptés, aides techniques à la mobilité, aux transferts et adaptation des lieux physiques).

Si un traitement pharmacologique est nécessaire, le médecin (pharmacien) peut choisir parmi 2 classes de médicaments : les antimuscariniques et les beta-3 agonistes. Les antimuscariniques existent depuis longtemps et plusieurs études cliniques randomisées démontrent leur efficacité chez les personnes âgées [2, 10]. Les beta-3-agonistes ont été approuvés par Santé Canada au printemps 2013 [11] et pour remboursement au Québec en février 2014. Il y a très peu d'études démontrant leur innocuité chez la clientèle fragile [12, 13]. Pour éviter les effets secondaires des deux classes, il est suggéré de débiter le médicament à faible dose et de titrer selon la tolérance. Les formulations à libération prolongée sont à privilégier, car elles favorisent une meilleure observance et l'incidence des effets secondaires est plus faible. L'effet des médicaments n'est pas immédiat, 4-12 semaines sont nécessaires pour obtenir l'effet désiré. Si la réduction de l'incontinence n'est pas significative, il faut abandonner le traitement et en essayer un autre. Il est à noter que tous les médicaments anticholinergiques peuvent antagoniser l'effet des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase utilisés pour le traitement des troubles neurocognitifs majeurs et ne devraient pas être utilisés dans cette population [14].

**Tableau 4 : Les options pharmacologiques de l'incontinence urinaire [15]**

| Médicament et action   | Statut RAMQ            | Posologie (débuter à faible dose)   | Métabolisme et interactions   | Précautions, particularités  |
|--|------------------------|---|---|--|
| <b>LES ANTIMUSCARINIQUES</b>   |                        |   |   |  |
| Chlorure de trospium (Trosec®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br>Comprimé de 20 mg                | Exception<br>Code GU33 | - 20 mg p.o. bid 1h avant les repas<br>- Clcr < 30 ml/min : 20 mg die<br>- Clcr < 15 ml/min : Éviter  | Estérases   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuritaire au niveau de la cognition (étudié chez une population saine et avec trouble cognitif léger) [16].</li> <li>• La nourriture diminue les concentrations de 70-80 %, donc le médicament doit être pris à jeun.</li> <li>• N'est pas métabolisé par les cytochromes donc aucun risque d'interactions cytochromiques.</li> <li>• Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> </ul> |
| Darifénacine (Enablex®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br>Comprimé de 7,5 et 15 mg                | Refus<br>Non couvert   | - 7,5 à 15 p.o. mg die<br>- Clcr < 10 ml/min : Éviter [17]<br>- Insuffisance hépatique modérée : 7.5 mg die<br>- Insuffisance hépatique sévère : Éviter | Substrat majeur et inhibiteur mineur CYP3A4 et inhibiteur et substrat mineur CYP2D6 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux élevé de constipation.</li> <li>• Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> <li>• Meilleures alternatives disponibles (non couvert).</li> </ul>  |
| Fésotérodine LA (Toviaz®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br>Comprimés de 4 ou 8 mg                | Exception<br>Code GU33 | - 4-8 mg p.o. die<br>- Clcr < 30 ml/min : 4 mg die  | Substrat majeur 3A4 et mineur 2D6   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le seul médicament dont l'innocuité et l'efficacité ont été établies chez une population âgée fragile lors d'une étude clinique randomisée [10]. Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> <li>• Limiter la dose à 4 mg po DIE lors d'utilisation concomitante avec inhibiteur puissant du CYP3A4 [18].</li> </ul>  |
| Oxybutinine LA (Ditropan XL®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br>Comprimé de 5 et 10 mg            | Exception<br>Code GU32 | 5-30 mg p.o. die  | Substrat mineur 3A4   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de sécheresse buccale diminué avec formulation orale prolongée (29 % à 10 mg/jour), traverse la BHE [risque augmenté de confusion/sédation/troubles de la mémoire (≥ 1 % à &lt; 5 %)].</li> <li>• Cas rapportés d'angio-œdème ou d'œdème des voies respiratoires supérieures.</li> <li>• Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> </ul>   |
| Oxybutinine (Ditropan®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br>Comprimé de 2,5 et 5 mg<br>Sirop 1mg/mL | Régulier               | 2,5 à 5 mg p.o. bid-tid [19]  | Substrat mineur 3A4   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet agent est mal toléré (sécheresse buccale 71 %, constipation 15 %, vision brouillée, confusion) par la population gériatrique et <u>ne devrait pas être utilisé</u>.</li> <li>• Traverse la BHE (risque augmenté de confusion/sédation/troubles de la mémoire).</li> <li>• Cas rapportés d'angio-œdème ou d'œdème des voies respiratoires supérieures.</li> </ul>                    |
| Oxybutinine timbre (Oxytrol®) [20]<br><i>Anticholinergique</i><br><br>Timbre de 36 mg              | Exception<br>Code GU32 | 36 mg (1 timbre) 2 fois par semaine (libère 3,9 mg/jour)  | Substrat mineur 3A4<br>Faible inhibiteur 3C8-2D6-3A4                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bon choix s'il y a présence de dysphagie, de sécheresse buccale ou si on veut éviter des comprimés par la bouche.</li> <li>• Sécheresse buccale et constipation beaucoup moins fréquentes qu'avec les autres anticholinergiques.</li> <li>• Réaction cutanée au site d'application possible, il faut alterner le site d'application du timbre (15 %)</li> </ul>                         |

| Médicament et action  | Statut RAMQ                       | Posologie (débuter à faible dose)   | Métabolisme et interactions                | Précautions, particularités  |
|---|-----------------------------------|---|--|--|
| Oxybutinine gel (Gelnique®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br><i>Gel topique 10 %</i>                  | Refus<br>Non couvert              | 1g gel (100 mg oxybutinine)<br>topique die  | Substrat mineur 3A4                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Laisser le gel au moins 30 minutes sur la peau, moins d'irritation cutanée que le timbre.</li> <li>Il faut alterner le site d'application.</li> </ul>   |
| Solifénacine (Vesicare®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br><i>Comprimé de 5 et 10 mg</i>               | Exception<br>Code GU33            | - 5-10 mg p.o. die<br>- Clcr < 30 ml/min : 5 mg die   | Substrat majeur 3A4                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Constipation fréquente (5-13 %, reliée à la dose), vision floue.</li> <li>Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> </ul>   |
| Toltérodine (Detrol®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br><i>Comprimé de 1 et 2 mg</i>                   | Exception<br>Code GU33            | - 1-2 mg p.o. bid<br>- Clcr < 30 ml/min : 1 mg p.o. BID [21]<br>- Insuffisance hépatique sévère: 1 mg p.o. BID  | Substrat majeur 3A4-2D6 et mineur 2C9-2C19 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prolongation de l'intervalle QT (&lt; 1 %, risque augmenté chez les métaboliseurs lents du 2D6 ou de médicaments avec des inhibiteurs du 2D6 ou 3A4).</li> </ul>  |
| Toltérodine LA (Detrol LA®)<br><i>Anticholinergique</i><br><br><i>Capsule de 2 et 4 mg</i>              | Exception<br>Code GU33            | - 2-4 mg p.o. die<br>- Clcr < 30 ml/min : 2 mg die<br>- Insuffisance hépatique sévère: 2 mg die   | Substrat majeur 3A4-2D6 et mineur 2C9-2C19 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prolongation de l'intervalle QT (&lt; 1 %, risque augmenté chez les métaboliseurs lents du 2D6 ou de médicaments avec des inhibiteurs du 2D6 ou 3A4).</li> <li>Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> </ul>  |
| <b>LES BETA-3-AGONISTES</b>   |                                   |   |  |  |
| Mirabegron LA (Myrbetriq®)[12, 13, 22, 23]<br><i>β-3 agoniste</i><br><br><i>Comprimé de 25 et 50 mg</i> | Exception<br>Formulaire à remplir | - 25-50 mg p.o. die<br>- Clcr < 30 ml/min : 25 mg die<br>- Clcr < 15 ml/min : Éviter<br>- Insuffisance hépatique modérée : 25 mg p.o. DIE<br>- Insuffisance hépatique sévère : Éviter | Inhibiteur mineur CYP2D6                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'effets anticholinergiques.</li> <li>Augmentation de la pression artérielle chez 10-20 %.</li> <li>Innocuité non établie si problèmes cardiaques ou prise concomitante de bêta-bloquants.</li> <li>Le comprimé ne doit pas être écrasé.</li> </ul> |

## CAS CLINIQUE

Mme R., 86 ans, est hospitalisée pour décompensation cardiaque et pneumonie. Elle est connue pour une insuffisance cardiaque chronique, une hypertension, une polyarthrose, un trouble cognitif léger, une constipation, des troubles du sommeil et de l'ostéoporose. Elle souffre aussi d'urgences mictionnelles, de pollakiurie (10x) et de nycturie (5x). Elle boit 2 tasses de café et 1 tasse de thé par jour et son apport liquidien sur 24 heures est de 2,5 L. Elle prend les médicaments suivants :

furosémide 40 mg bid; bisoprolol 5 mg die; ramipril 5 mg die; lorazépam 1 mg HS; carbonate de calcium 1500 mg avec vitamine D 800 UI die; advil 200 mg qid en PRN qu'elle achète en vente libre.

À l'examen clinique, on observe une tension artérielle à 160/90 mmHg, des oedèmes des membres inférieurs, un indice de masse corporelle à 32, un MMSE à 27/30 et des difficultés de mobilisation avec douleurs dans le dos. Elle a des douleurs aux doigts et des problèmes de dextérité des mains. On objective une faiblesse du plancher pelvien avec un test de toux positif.

### Approche initiale

Après stabilisation de la condition médicale aiguë, l'approche initiale pour la prise en charge de l'incontinence urinaire est de:

- Identifier le type d'incontinence. Mme R. présente une incontinence multifactorielle.
- Privilégier les approches non pharmacologiques :
  - gestion de l'apport liquidien (< 2 L /jour);
  - réduction / arrêt de la caféine;
  - traitement de la constipation (avec recherche active d'un fécalome) et perte de poids.
- Proposer un programme de rappel des mictions par le personnel soignant (toilettes aux 2-3 heures)[24] et un programme d'exercices quotidiens pour améliorer la mobilité et renforcer la musculature du plancher pelvien [25].
- Cibler les médicaments qui causent ou peuvent contribuer à aggraver l'incontinence urinaire [26], comme :
  - furosémide (fréquence mictionnelle accrue et urgences avec les diurétiques de l'anse);
  - ramipril (toux nouvelle ou aggravée avec IECA, incontinence d'effort);
  - lorazépam (énurésie);
  - ibuprofène (oedèmes périphériques et redistribution liquidienne nocturne, nycturie sous AINS).

### Mi-séjour

Les symptômes urinaires se sont améliorés (pollakiurie 8x et nycturie 3x). Mme R. présente encore des incontinenances d'urgence. La décompensation cardiaque a été corrigée en augmentant le dosage du bêta-bloquant, de l'IECA et des diurétiques.

On peut maintenant envisager de :

- Réduire le furosémide à 20 mg bid, à prescrire à 8h et 16h et mettre des bas de soutien
- Sevrer le lorazépam
- Changer l'IECA (effet indésirable de toux) pour un ARA, proposer le candersartan selon les effets sur la pression artérielle
- Proposer un traitement comportemental (exercices de renforcement du plancher pelvien), pour autant que la patiente soit cognitivement capable et motivée
- Installer une chaise d'aisance près du lit
- Surveiller le profil hydrique avec le calendrier mictionnel et, au besoin, envisager un traitement pharmacologique spécifique en combinaison avec les autres approches non pharmacologiques.

### Planification au congé / suivi

Mme R. s'est nettement améliorée. Elle est plus mobile et a débuté un programme de renforcement du plancher pelvien qu'elle suit rigoureusement. Elle ne boit plus de café / thé et limite sa consommation quotidienne de breuvages à < 2 L /jour. Avec l'optimisation des bêta-bloquants et de l'IECA, la tension artérielle a diminué (140/85 mmHg) mais il persiste un léger œdème vespéral. La

pollakiurie est de 6x, la nycturie 2x. La toux s'est améliorée avec la résolution de la pneumonie et si elle persiste encore, on pourrait changer l'IECA pour l'ARA. La constipation est encore présente. Enfin, au niveau du sevrage du lorazépam, on est à 0,5 mg HS.

Au congé, on peut encore proposer de:

- Prendre rendez-vous à la clinique de continence pour assurer le suivi (si disponible).
- Poursuivre les exercices de renforcement du plancher pelvien avec référence en physiothérapie.
- Déterminer un plan de sevrage complet des benzodiazépines qui sera transmis au pharmacien de la patiente.
- Diminuer le furosémide à 20mg die à 14h pour traiter l'œdème vespéral et contacter le CLSC pour aider la patiente à mettre les bas de soutien.
- Conseiller d'éviter dorénavant toute prise d'AINS et envisager l'acétaminophène en première intention.
- Cesser le carbonate de calcium pour introduire du citrate de calcium si la patiente accepte de payer elle-même (mieux toléré et absorbé), et limiter le dosage à 500 mg die pour éviter la constipation.

Si un traitement pharmacologique devait être introduit pour traiter l'incontinence chez cette patiente, on préconiserait un anticholinergique [27] de type fésotérodine, le chlorure de trospium, ou le timbre oxytrol si la patiente veut éviter d'autres comprimés [10]. En effet, les  $\beta$ -agonistes ne sont pas indiqués chez cette patiente avec insuffisance cardiaque, sous traitement avec bêta-bloquant et avec une tension artérielle encore élevée. **À long terme, si le statut cognitif de Mme R. devait se détériorer au point de requérir un inhibiteur de l'acétylcholinestérase, on recommanderait de cesser l'anticholinergique [6].**



## ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Gilbert S, Gravel J, Hill J, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Morin M, Papillon-Ferland L, Paré C *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 2<sup>ème</sup> édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.
2. Wagg A, Gibson W, Ostaszkiwicz J, Johnson T, 3rd, Markland A, Palmer MH, Kuchel G, Szonyi G, Kirschner-Hermanns R: **Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence**. *Neurourology and urodynamics* 2014.
3. Tannenbaum C, Agnew R, Benedetti A, Thomas D, van den Heuvel E: **Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial**. *BMJ open* 2013, **3**(12):e004135.
4. Tannenbaum C, Bachand G, Dubeau CE, Kuchel GA: **Experience of an incontinence clinic for older women: no apparent age limit for potential physical and psychological benefits**. *Journal of women's health & gender-based medicine* 2001, **10**(8):751-756.
5. Tannenbaum C: **L'incontinence urinaire: étiologie et traitement en soins de longue durée**. In: *Guide médical en soins de longue durée (version en ligne)*. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2014.
6. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W *et al*: **Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study**. *European urology* 2006, **50**(6):1306-1314; discussion 1314-1305.
7. Srulovich M, Chopra A: **Urinary incontinence in older men**. *Clinical Geriatrics* 2007, **15**(9):38-45.
8. Chutkan DS, Takahashi PY: **Urinary incontinence in the elderly. Drug treatment options**. *Drugs* 1998, **56**(4):587-595.
9. Gormley EA, Griffiths DJ, McCracken PN, Harrison GM: **Polypharmacy and its effect on urinary incontinence in a geriatric population**. *Br J Urol* 1993, **71**(3):265-269.
10. Dubeau CE, Kraus SR, Griebing TL, Newman DK, Wyman JF, Johnson TM, 2nd, Ouslander JG, Sun F, Gong J, Bavendam T: **Effect of fesoterodine in vulnerable elderly subjects with urgency incontinence: a double-blind, placebo controlled trial**. *The Journal of urology* 2014, **191**(2):395-404.
11. Astella: **Astellas Pharma Canada, Inc. reçoit l'avis de conformité de Santé Canada pour MyrbetriqMC (mirabegron), 8 mars 2013**. 2013, [http://www.cmsastellas.ca/uploads/pdf/FINAL%20-%20Myrbetriq%20NOC\\_FR.pdf](http://www.cmsastellas.ca/uploads/pdf/FINAL%20-%20Myrbetriq%20NOC_FR.pdf) [consulté le 17 juin 2017].
12. Leone Roberti Maggiore U, Cardozo L, Ferrero S, Sileo F, Cola A, Del Deo F, Torella M, Colacurci N, Candiani M, Salvatore S: **Mirabegron in the treatment of overactive bladder**. *Expert opinion on pharmacotherapy* 2014, **15**(6):873-887.
13. Wagg A, Cardozo L, Nitti VW, Castro-Diaz D, Auerbach S, Blauwet MB, Siddiqui E: **The efficacy and tolerability of the beta3-adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients**. *Age and ageing* 2014, **43**(5):666-675.
14. Sink KM, Thomas J, 3rd, Xu H, Craig B, Kritchevsky S, Sands LP: **Dual use of bladder anticholinergics and cholinesterase inhibitors: long-term functional and cognitive outcomes**. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008, **56**(5):847-853.
15. Chancellor M, Boone T: **Anticholinergics for overactive bladder therapy: central nervous system effects**. *CNS neuroscience & therapeutics* 2012, **18**(2):167-174.
16. Staskin D, Kay G, Tannenbaum C, Goldman HB, Bhashi K, Ling J, Oefelein MG: **Trospium chloride has no effect on memory testing and is assay undetectable in the central nervous system of older patients with overactive bladder**. *International journal of clinical practice* 2010, **64**(9):1294-1300.
17. Merus Labs Luxco S.: **Monographie du produit : Enablex. Révision datée du 9 avril 2013**. Steichen, Luxembourg; 2013, [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00020092.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00020092.PDF) [9 avril 2013].
18. Pfizer Canada: **Monographie du produit : ToviazMD. Révision datée du 12 février 2015**. Kirkland (Québec, Canada) 2015, [http://www.pfizer.ca/sites/g/files/g10017036/f/201505/Toviaz\\_PM\\_17885912Feb2015\\_FR.pdf](http://www.pfizer.ca/sites/g/files/g10017036/f/201505/Toviaz_PM_17885912Feb2015_FR.pdf) [consulté le 17 juin 2017].
19. Pharmascience Inc.: **Monographie du produit : pms-oxybutynin, révision datée du 28 octobre 2010**. Montréal (Québec, Canada); 2010.
20. Kalisch Ellett LM, Pratt NL, Barratt JD, Rowett D, Roughton EE: **Risk of medication-associated**

- initiation of oxybutynin in elderly men and women.** *Journal of the American Geriatrics Society* 2014, **62**(4):690-695.
21. Pfizer Canada: **Monographie du produit : Detrol®. Révision datée du 12 février 2015.** Kirkland (Québec, Canada) 2015, [http://www.pfizer.ca/sites/g/files/g10023411/f/201506/DETROL\\_PM\\_F.pdf](http://www.pfizer.ca/sites/g/files/g10023411/f/201506/DETROL_PM_F.pdf) [consulté le 17 juin 2017].
22. Andersson KE, Martin N, Nitti V: **Selective beta(3)-adrenoceptor agonists for the treatment of overactive bladder.** *The Journal of urology* 2013, **190**(4):1173-1180.
23. Astellas Pharma Canada: **Monographie du produit : MyrbetriqMD. Révision datée du 2 juin 2016.** Markham (Ontario, Canada) 2016, [http://www.cmsastellas.ca/uploads/pdf/2016-06-02%20Myrbetriq%20French\\_1.pdf](http://www.cmsastellas.ca/uploads/pdf/2016-06-02%20Myrbetriq%20French_1.pdf) [consulté le 17 juin 2017].
24. Drennan VM, Greenwood N, Cole L, Fader M, Grant R, Rait G, Iliffe S: **Conservative interventions for incontinence in people with dementia or cognitive impairment, living at home: a systematic review.** *BMC geriatrics* 2012, **12**:77.
25. Fritel X, Lachal L, Cassou B, Fauconnier A, Dargent-Molina P: **Mobility impairment is associated with urge but not stress urinary incontinence in community-dwelling older women: results from the Ossebo study.** *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2013, **120**(12):1566-1572.
26. Tannenbaum C, Johnell K: **Managing therapeutic competition in patients with heart failure, lower urinary tract symptoms and incontinence.** *Drugs & aging* 2014, **31**(2):93-101.
27. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, Herbison GP, Hay-Smith EJ: **Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults.** *The Cochrane database of systematic reviews* 2012, **1**:CD005429.

## ANNEXE 2 - CALENDRIER MICTIONNEL

### Calendrier mictionnel quotidien

| Heure du jour | Consommation de liquides (quelle sorte/quelle quantité?) | Visites aux toilettes (quantité d'urine excrétée (ml)) | Fuites urinaires | Circonstances de la perte urinaire | Résidu post-mictionnel par ultrasons (RPM) |
|---------------|--|--|------------------|------------------------------------|--|
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
|               |  |  |                  |                                    |  |
| <b>TOTAL</b>  |  |  |                  |                                    |  |