

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**  
—  
**Recommandations  
pour la pratique clinique**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2009*

## Avertissement

**Le « texte court » des recommandations ici présenté a été rendu public au nom du CNGOF le 11 décembre 2009.**

Il est la reproduction in extenso des conclusions définitives du comité d'organisation après synthèse des exposés des experts et prise en compte des observations du groupe de relecture

Le « texte long » incluant le détail des communications des experts et l'ensemble des références bibliographiques sera publié dans un numéro spécial du *Journal de Gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, à paraître au premier trimestre 2010.

# Recommandations pour la pratique clinique

## Diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte

Élaborées par le Collège national des gynécologues  
et obstétriciens français

### *Promoteur*

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)  
184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 Paris

### *Comité d'organisation*

B. JACQUETIN, président (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), A. FAUCONNIER, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy Saint-Germain), X. FRITEL, coordonnateur (gynécologue obstétricien, Inserm U 953, Saint-Denis de La Réunion), P. MARÈS (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), G. MELLIER (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), G. ROBAIN (médecine physique et de réadaptation, CHU, Paris), F. HAAB (urologue, CHU, Paris), M. COSSON (gynécologue obstétricien, CHU, Lille)

### *Experts du groupe de travail*

G. BADER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy Saint-Germain), P. DEBODINANCE (gynécologue obstétricien, CH, Dunkerque), X. DEFFIEUX (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), P. DENYS (médecine physique et de réadaptation, CHU, Paris), R. de TAYRAC (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), P. DOMPEYRE (médecin

neurophysiologiste, secteur privé et praticien attaché, Poissy), D. FALTIN (gynécologue obstétricien, Genève, Suisse), B. FATTON (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), J.-F. HERMIEU (urologue, CHU, Paris), J. KERDRAON (médecine physique et de réadaptation secteur privé, Ploemeur), N. MICHEL-LAAENGH (gériatre, CHU, Lyon), C. NADEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers)

### ***Lecteurs***

G. AMARENCO (médecine physique et de réadaptation, CHU, Paris), M. BOUKERROU (gynécologue obstétricien, GH Sud Réunion), S. CONQUY (urologue, CHU, Paris), O. COTELLE (urologue, CHU, Paris), E. DELORME (urologue secteur privé, Chalon-sur-Saône), O. DUPUIS (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), C. GROSSHANS (gériatre, CH, Mulhouse), A. GUEYE (gynécologue obstétricien, CHR, Saint-Denis, La Réunion), C. HUCHON (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), Y. LIOU (gynécologue obstétricien secteur privé, Charenton le Pont), E. MARIT-DUCAMP (médecine physique et de réadaptation secteur privé, Bordeaux), L. MARPEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), M. MASANOVIC (médecine physique et de réadaptation, CHR, Saint-Denis, La Réunion), A. NAZAC (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), E. ORVAIN (gynécologue obstétricien, CHI, Castres), F. PIERRE (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), A. PIGNE (gynécologue obstétricien secteur privé, Paris), L. SENTILHES (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), F. SERGENT (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), J. SOUFFIR (kinésithérapeute secteur privé, Paris), G. VALANCOGNE (kinésithérapeute secteur privé, Lyon)

Le terme incontinence urinaire désigne la plainte de fuites involontaires d'urine. Chez la femme adulte, l'incontinence urinaire est une affection fréquente qui peut être handicapante et coûteuse (NP1). Les principaux types sont l'incontinence urinaire à l'effort, l'incontinence par urgenterie, et l'incontinence mixte. L'incontinence urinaire à l'effort est la plainte de fuites urinaires lors d'activités physiques, de la toux ou de l'éternuement. L'incontinence urinaire par impériosités (ou urgenterie) est la plainte de fuite urinaire involontaire, précédée ou accompagnée d'urgence mictionnelle. L'incontinence urinaire mixte est l'association en proportion variable d'une incontinence urinaire d'effort et d'une incontinence urinaire par urgenterie. Il n'existe pas toujours de correspondance entre les symptômes urinaires et les mécanismes physiopathologiques.

## 1. L'ÉVALUATION DE L'INCONTINENCE URINAIRE FÉMININE

### 1.1 L'évaluation clinique

Un questionnaire de symptômes urinaires, le catalogue mictionnel, un questionnaire de qualité de vie, le pad-test (pesée de la protection) sont des méthodes qui permettent d'évaluer la sévérité de l'incontinence urinaire (NP2). Le catalogue mictionnel réalisé sur 3 jours permet d'évaluer la fréquence et le volume mictionnel ainsi que la fréquence des fuites (NP2).

Chez une patiente qui consulte pour une incontinence urinaire, il est recommandé de préciser les circonstances, la fréquence et la sévérité des fuites urinaires (grade B). Des questionnaires en langue française existent pour évaluer les circonstances des fuites, la sévérité et le retentissement de l'incontinence urinaire. En cas de symptômes d'urgenterie, nycturie ou pollakiurie, il est recommandé d'utiliser un catalogue mictionnel (grade C).

Le test à la toux permet d'objectiver l'incontinence urinaire d'effort. Ce test clinique simple est fiable et reproductible (NP4). La positivité du test à la toux à vessie peu remplie en position allongée est en faveur du diagnostic d'insuffisance sphinctérienne (NP4).

Le test à la toux est recommandé pour objectiver l'incontinence urinaire d'effort avant la chirurgie (grade C). En cas de négativité du

test à la toux, il est recommandé de vérifier le volume vésical et de répéter le test en particulier en position debout (grade C).

Les méthodes cliniques proposées pour évaluer la mobilité urétrale sont l'observation, la mesure du point Aa du POPQ, les manœuvres de soutènement et le Q-tip test. Les manœuvres de soutènement (sous-urétrales et sous-cervicales) ne sont pas suffisamment évaluées pour déterminer le pronostic chirurgical. Le Q-tip test est reproductible (NP4). Cependant, le Q-tip test n'est pas bien corrélé à la mobilité urétrale mesurée par échographie ou urétrocystographie (NP3). Une faible mobilité urétrale mesurée par le Q-tip test ou l'urétrocystographie est associée à plus d'échecs pour les bandelettes sous-urétrales (NP3). La descente du point Aa de la classification internationale des prolapsus (POP-Q) n'est pas une méthode fiable pour quantifier l'hypermobilité cervico-urétrale et n'est pas corrélée au diagnostic d'incontinence urinaire d'effort (NP3).

Il est recommandé d'évaluer la mobilité urétrale avant la chirurgie de l'incontinence urinaire (grade C). La meilleure méthode pour évaluer la mobilité urétrale n'est pas encore déterminée.

Une évaluation clinique complète de l'incontinence urinaire d'effort (fuites urinaires à la toux, au rire ou à l'effort à l'interrogatoire, test à la toux positif, résidu postmictionnel inférieur à 50 ml, capacité vésicale fonctionnelle supérieure à 400 ml au catalogue mictionnel) est bien corrélée au bilan urodynamique (NP3).

## 1.2 Le bilan urodynamique

La réalisation d'un bilan urodynamique n'est pas associée à de meilleurs résultats dans le traitement conservateur de l'incontinence urinaire de la femme (NP2). Il n'est pas utile de prescrire un bilan urodynamique avant de proposer un traitement par rééducation périnéale pour l'incontinence urinaire de la femme (grade B).

La chirurgie par bandelette sous-urétrale de l'incontinence urinaire mixte (avec une composante d'effort prédominante) sans contraction non inhibée du détrusor sur le bilan urodynamique conduit à des résultats proches de ceux observés dans l'incontinence urinaire d'effort pure (NP3). Une incontinence urinaire mixte avec urgenteries prédominantes ou la présence de contractions détrusoriennes sur la cystomanométrie réduisent les taux de succès de la bandelette sous-urétrale (NP3). L'insuffisance sphinctérienne évaluée sur le bilan urodynamique n'est pas un élément pronostique déterminant du résultat de la pose de la bandelette sous-urétrale (NP3). Un faible débit

urinaire préopératoire est associé à un risque de dysurie postopératoire après bandelette sous-urétrale (NP3). Le bilan urodynamique ne sait pas prévoir l'urgenterie postopératoire (NP3).

Un bilan urodynamique complet est recommandé avant toute décision de procédure chirurgicale pour l'incontinence urinaire (grade C). Le bilan urodynamique est notamment recommandé en cas d'échec chirurgical antérieur (accord professionnel). En cas d'incontinence urinaire d'effort isolée, le bilan urodynamique n'est pas indispensable avant chirurgie si l'évaluation clinique est complète (questionnaire standardisé, test à la toux, catalogue mictionnel, détermination du résidu postmictionnel) et concordante (accord professionnel). Quand le bilan urodynamique est réalisé pour une incontinence urinaire chez la femme adulte non neurologique, il comporte une débitmètrie libre avec mesure du résidu postmictionnel, une cystomanométrie suivie de la mesure de la contraction vésicale mictionnelle, un profil urétral avec mesure de la pression de clôture (PCMU) et de la pression de fuite (VLPP) (grade C).

## 2. LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT DE LA FEMME

### 2.1 Le traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme

Le traitement conservateur de l'incontinence urinaire d'effort de la femme adulte comprend la rééducation périnéale, les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux.

#### 2.1.1 *La rééducation périnéale*

La rééducation comportementale est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme en particulier quand il existe une composante d'urgenterie (NP1). Les exercices musculaires du plancher pelvien font mieux que l'absence de traitement pour l'incontinence urinaire de la femme (NP1).

Il est recommandé de débiter le traitement de l'incontinence urinaire d'effort ou de l'incontinence urinaire mixte par une rééducation périnéale comportant des exercices musculaires du plancher pelvien (grade C). La rééducation comportementale est

recommandée de première intention en cas de symptômes d'urgenterie prédominants (grade C).

Le résultat de l'électrostimulation vaginale dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme semble d'effet limité et moins important que la rééducation par exercice musculaire du plancher pelvien (NP2).

### ***2.1.2 Le traitement par estrogènes***

L'administration des estrogènes montre des résultats inhomogènes et contradictoires sur la continence urinaire. Les études de faible puissance portant sur des durées de suivi courtes ont montré une impression d'amélioration des fuites ce qui n'a pas été confirmé dans des larges études de suivi portant sur des populations de femmes incontinentes ou non symptomatiques (NP1). Les études actuelles ne permettent donc pas d'établir un mode d'administration, une dose et un type d'estrogène optimal dans la prévention ou le traitement de l'incontinence.

Les bénéfices de l'estrogénothérapie per os seule ou associée à de la progestérone ne sont pas établis dans la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme ménopausée (NP2). Le traitement estrogénique par voie vaginale améliore l'urgenterie et la pollakiurie (NP2). Le traitement par estrogènes par voie orale n'est pas recommandé pour traiter ou prévenir l'incontinence urinaire d'effort de la femme (grade B). Le traitement estrogénique par voie vaginale peut être utilisé chez la femme ménopausée pour améliorer l'urgenterie ou la pollakiurie (grade B).

### ***2.1.3 Le traitement par duloxetine***

La duloxetine est significativement supérieure au placebo dans l'amélioration de la qualité de vie et dans la perception d'une amélioration (NP1). Les études de cas montrent une réduction significative du nombre d'épisodes de fuites d'environ 50 % durant la période de traitement (NP3). Cependant, sur les données objectives, une méta-analyse du pad-test à l'effort et du pad-test sur 24 heures ne montre pas une supériorité de la duloxetine sur le placebo (NP1). Le maintien du bénéfice lors d'un traitement prolongé n'est pas prouvé, de même que le maintien de l'efficacité à l'arrêt du traitement.

La place du traitement de l'incontinence urinaire d'effort de la femme par la duloxetine n'est pas connue, ce traitement n'est pas recommandé en première intention (grade B).



### **2.1.4 Les recommandations hygiéno-diététiques**

En cas de surpoids, la perte de poids améliore l'incontinence urinaire (NP1). Il est recommandé de peser toute patiente consultant pour incontinence urinaire et de proposer une prise en charge associant des mesures diététiques et de l'exercice physique (grade A).

## **2.2 Traitement chirurgical de première intention de l'incontinence urinaire d'effort de la femme**

Parmi les nombreuses techniques chirurgicales décrites pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme les techniques actuelles sont les bandelettes sous-urétrales (TVT, TOT) et les colposuspensions rétropubiennes (intervention de Burch par laparotomie ou cœlioscopie). Les techniques de bandelette sous-urétrale et la colposuspension de Burch par laparotomie donnent des résultats comparables sur la continence urinaire (NP1). La colposuspension par cœlioscopie donne des résultats objectifs sur l'incontinence urinaire légèrement inférieurs à la bandelette sous-urétrale, alors que le résultat subjectif est comparable (NP1). Les suites opératoires sont plus simples et plus courtes et le coût inférieur avec les bandelettes sous-urétrales comparées à la colposuspension de Burch par laparotomie ou cœlioscopie (NP1).

Pour les bandelettes sous-urétrales, les voies rétropubiennes de bas en haut et de haut en bas donnent des résultats similaires (NP2). La voie rétropubienne ascendante donne de meilleurs résultats sur la continence que la voie transobturatrice en cas d'insuffisance sphinctérienne (NP2). La voie prépubienne est moins efficace sur l'incontinence urinaire et expose à plus de complications que les autres voies (NP2). Les voies transobturatrices de dedans en dehors et de dehors en dedans donnent des résultats similaires (NP2). En l'absence d'étude comparative, il n'est pas possible de déterminer la place des minibandelettes pour traiter l'incontinence urinaire de la femme.

Pour la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort de la femme, la bandelette sous-urétrale (voie rétropubienne ou transobturatrice) est la technique recommandée de première intention en raison des suites opératoires plus simples et plus courtes que la colposuspension de Burch (grade B). L'insuffisance sphinctérienne n'est pas une contre-indication à la chirurgie par bandelette sous-urétrale (grade B). Pour les bandelettes sous-urétrales, les voies rétropubienne et transobturatrice ont chacune des qualités, il n'est pas possible de recommander une voie d'abord préférentielle (grade B). Les techniques de bandelettes sous-urétrales modifiées (minibandelettes par exemple) doivent être

évaluées par des essais cliniques comparatifs avant d'être utilisées en pratique (accord professionnel). Il est conseillé aux chirurgiens d'utiliser des matériaux implantables respectant la norme AFNOR S94-801, garant de la réalisation d'études précliniques et cliniques avant commercialisation (accord professionnel).

La pose de bandelette sous-urétrale peut être réalisée sous anesthésie locale, locorégionale ou générale (NP1). La pose de bandelette sous-urétrale peut être effectuée en ambulatoire ou en hospitalisation traditionnelle en fonction des choix de la patiente et du chirurgien (grade C).

La chirurgie par bandelette sous-urétrale comporte des risques opératoires, des risques postopératoires et un risque d'échec qui doivent faire l'objet d'une information préalable de la femme (grade A). Certains risques comme l'érosion sont spécifiques à l'utilisation d'un matériel non résorbable. Le CNGOF propose une fiche d'information destinée aux patientes qui vont bénéficier d'une chirurgie de l'IUE. Les principales complications peropératoires des bandelettes sous-urétrales (en termes de fréquence ou de sévérité) sont les plaies urinaires, vaginales et digestives. Les plaies vésicales sont moins fréquentes avec la voie transobturatrice qu'avec la voie rétropubienne (NP1). Pour la voie transobturatrice, le risque de perforation vaginale est plus élevé avec le passage de dehors en dedans par rapport au passage de dedans en dehors (NP2). Les principales complications postopératoires des bandelettes sous-urétrales sont la rétention vésicale, l'infection urinaire, l'urgenterie, la douleur, l'érosion vaginale, vésicale ou urétrale. La voie transobturatrice est plus pourvoyeuse d'érosion vaginale que la voie rétropubienne (NP1). En postopératoire, il est recommandé d'apprécier la qualité des mictions pour dépister la rétention vésicale (grade C).

### 3. LES CAS PARTICULIERS

#### 3.1 L'incontinence urinaire de la grossesse et du post-partum

La prévalence des symptômes d'incontinence urinaire augmente au cours de la grossesse (entre le premier et le troisième trimestre) puis diminue spontanément dans les trois premiers mois du post-partum. Ceci est vrai pour l'incontinence urinaire à l'effort et pour l'incontinence urinaire par urgenterie (NP1). L'existence d'une incontinence urinaire

avant une grossesse ou la survenue d'une incontinence urinaire en cours de grossesse est un facteur de risque de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire à 3 mois du post-partum et à distance (NP1).

Les modalités de l'accouchement vaginal (position pendant l'accouchement, durée du travail, durée de la seconde phase, extraction instrumentale, épisiotomie, anesthésie péridurale ou pudendale) n'ont pas d'impact sur l'apparition ou la persistance d'une incontinence urinaire dans le post-partum ou à long terme (NP2). À court terme, l'accouchement par césarienne est associé à une moindre prévalence et à une moindre incidence de l'incontinence urinaire postnatale (NP2). À plus long terme, les données sont insuffisantes pour conclure (NP2). La réalisation d'une césarienne programmée systématique en cas de présentation du siège à terme ne diminue pas le risque d'incontinence urinaire d'effort à 2 ans de l'accouchement (NP2).

Chez les femmes enceintes ayant déjà été opérées avec mise en place d'une bandelette sous-urétrale, la fréquence de l'incontinence urinaire postnatale n'est pas significativement diminuée si une césarienne est pratiquée (NP4).

En cas d'incontinence urinaire de la femme enceinte et du post-partum immédiat, la réalisation d'examens spécialisés n'est pas recommandée (grade B). La césarienne programmée et l'épisiotomie systématique ne sont pas des méthodes de prévention recommandées de l'incontinence urinaire postnatale, y compris chez les femmes à risque (grade B).

Une rééducation périnéale postnatale comprenant des exercices de contraction volontaire du plancher pelvien sous la direction d'un thérapeute (rééducateur ou sage-femme) diminue la prévalence d'incontinence urinaire à court terme (un an du post-partum) par rapport aux simples conseils d'exercices périnéaux individuels (NP1). En revanche, l'efficacité de cette rééducation du post-partum sur le long terme n'est pas démontrée (NP2).

La rééducation périnéale prescrite en cours de grossesse améliore l'incontinence urinaire de la grossesse (NP1), diminue la fréquence de l'incontinence urinaire à 3 mois du post-partum (NP1), en revanche, elle ne semble pas apporter de bénéfice à plus long terme (NP2).

La rééducation périnéale par exercice musculaire du plancher pelvien est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et postnatale (grade A). La rééducation périnéale préventive n'est pas recommandée (grade C). Les autres traitements médicaux ou chirurgicaux ne doivent pas être proposés de première intention au cours de la grossesse ou dans le post-partum immédiat (grade C).

### 3.2 L'incontinence urinaire de la femme âgée

La démarche diagnostique et thérapeutique pour l'incontinence urinaire de la femme âgée prend en compte les modifications du bas appareil urinaire avec l'âge et la fragilité de la personne âgée. L'âge est un facteur de risque indépendant d'incontinence urinaire (NP3). La prévalence de l'urgenterie augmente avec l'âge. Le type prédominant d'incontinence urinaire chez la femme âgée est l'incontinence urinaire mixte (NP1). Le nombre de mictions nocturnes augmente avec l'âge chez la femme, cela s'explique en partie par une augmentation de la diurèse nocturne (NP3). L'existence d'un résidu postmictionnel est également plus fréquente (NP3). La non-faisabilité du catalogue mictionnel donne une indication sur les difficultés prévisibles voire l'impossibilité de prise en charge (NP4).

Avant toute décision thérapeutique chez la femme âgée, il est recommandé de réaliser une bandelette de dépistage de l'infection urinaire, un catalogue mictionnel et une mesure de résidu postmictionnel (grade C).

L'incontinence urinaire de la femme âgée peut être transitoire, favorisée par des facteurs déclenchants modifiables comme un syndrome confusionnel, un facteur psychologique, une polymédication, un excès de diurèse, une réduction de la mobilité ou une constipation terminale (NP2). Il est recommandé de rechercher et, si possible, corriger ces facteurs déclenchants de l'incontinence urinaire chez la femme âgée (grade B).

La persistance d'une incontinence urinaire de novo chez la femme âgée malgré correction des facteurs déclenchants et prise en charge réadaptative est un marqueur de fragilité (NP2). Il est recommandé de faire appel au gériatre quand une fragilité est repérée (grade C). Les principales caractéristiques d'une personne âgée fragilisée sont l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne et l'isolement social.

Les possibilités thérapeutiques pour l'incontinence urinaire sont identiques à la personne jeune lorsqu'aucune fragilité n'est repérée. Pour les femmes âgées fragiles et dépendantes, le traitement comportemental à l'aide du catalogue mictionnel donne des résultats modestes sur l'incontinence diurne, mais intéressants par leur innocuité (NP4). Les femmes âgées lourdement dépendantes, au plan cognitif et/ou physique, bénéficient d'une prise en charge de nursing : mictions programmées, mobilisation et activité physique, utilisation de palliatifs

adaptés, régulation du transit (NP4). L'efficacité des anticholinergiques sur l'urgenterie ou l'incontinence urinaire mixte est établie dans la population des femmes de plus de 65 ans (NP3). Chez la femme âgée fragile, l'oxybutinine est moins efficace sur l'incontinence par urgence ou sur l'incontinence mixte à urgence prédominante (NP3). La sévérité de l'incontinence, l'hyposensibilité vésicale, le déclin cognitif sont des facteurs réduisant la réponse au traitement (NP2). Les anticholinergiques peuvent induire chez les patients âgés préalablement indemnes des altérations cognitives (NP2). L'association d'anticholinergiques avec des anticholinestérasiques, traitement de la maladie d'Alzheimer, est contre-indiquée.

Chez la femme âgée la prescription d'un anticholinergique doit s'accompagner d'une surveillance de l'apparition d'une altération des fonctions supérieures, d'une constipation, d'une rétention urinaire ou d'une restriction alimentaire (grade C).

La desmopressine a une efficacité modeste sur la nycturie et l'incontinence nocturne chez la femme âgée incontinente et dépendante (NP3). Elle est souvent responsable d'hyponatrémie chez la personne âgée (NP3). Elle n'a pas d'AMM au-delà de 65 ans dans cette indication.

### **3.3 L'association incontinence urinaire et prolapsus génital**

Le prolapsus génital peut s'accompagner d'une incontinence urinaire d'effort, d'une incontinence urinaire par urgence et de symptômes urinaires obstructifs. Les symptômes d'urgenterie ou d'obstruction disparaissent dans la moitié des cas quand le prolapsus est corrigé (NP4). Un prolapsus peut masquer une incontinence urinaire d'effort dans une proportion variant de 20 % à 70 % des cas selon les études (NP3). Chez la femme présentant un prolapsus génital sans symptômes d'incontinence urinaire d'effort, le refoulement par pessaire démasque moins d'incontinence urinaire d'effort que le refoulement par spéculum (NP1). Le test au pessaire a été aussi proposé pour prévoir le résultat de la chirurgie du prolapsus sur les symptômes urinaires. Dans cette utilisation, la valeur prédictive du test au pessaire reste incertaine (NP3), son utilisation systématique n'est pas recommandée (grade C). Le test à la toux et la recherche d'une IUE masquée permettent d'identifier les patientes qui pourraient bénéficier d'un geste urinaire associé en cas de chirurgie du prolapsus génital (NP4). Il est recommandé de réaliser un test à la toux et la recherche d'une IUE masquée avant la chirurgie du prolapsus génital (grade C).

Le bilan urodynamique préopératoire a une valeur prédictive pour le risque postopératoire d'urgenterie ou de rétention vésicale en cas de chirurgie du prolapsus génital (NP4). Il est conseillé de réaliser un bilan urodynamique avant la chirurgie du prolapsus génital quand il existe une symptomatologie urinaire ou une incontinence urinaire masquée (grade C).

Dans le cadre de la chirurgie du prolapsus génital par promonto-fixation chez la femme sans incontinence urinaire d'effort, la réalisation conjointe d'une colposuspension de Burch réduit le risque d'incontinence urinaire d'effort postopératoire (NP2). Chez les femmes présentant une incontinence urinaire d'effort masquée, l'association d'une bandelette sous-urétrale à la chirurgie du prolapsus par voie vaginale réduit significativement le taux d'incontinence urinaire d'effort postopératoire (NP2). Une chirurgie pour prolapsus génital réalisée conjointement à une bandelette sous-urétrale n'altère pas le taux de guérison de l'incontinence urinaire d'effort (NP2).

En l'absence d'incontinence urinaire d'effort symptomatique ou masquée il n'y pas d'indication à un geste chirurgical préventif sur la continence (grade C). Dans le cadre de la chirurgie combinée du prolapsus génital et de l'incontinence urinaire d'effort, la colposuspension de Burch ou la bandelette sous-urétrale sont les deux techniques chirurgicales recommandées (grade C). En cas de chirurgie du prolapsus génital chez une femme présentant également une incontinence urinaire d'effort symptomatique ou masquée, la décision d'un geste chirurgical associé sur la continence doit se faire en fonction de la sévérité de l'incontinence urinaire d'effort, des facteurs de risque, de la technique choisie et des effets indésirables attendus (accord professionnel).