

GESTION MÉDICAMENTEUSE DE L'INCONTINENCE URINAIRE EN UCDG

ANNEXE 8 DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 3^{ÈME} ÉDITION » [1]

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

Auteurs :

Marie-Christine Blondin, M.D., gériatre, Hôpital Notre-Dame, Santé Québec Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal - Universitaire
Fanny Courtemanche, M.Sc., pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,
Santé Québec Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal - Universitaire

4^{ème} édition 2026

Révisure :

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,
Santé Québec Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal - Universitaire



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

Troisième édition : 2021 [2]

Deuxième édition : 2017 [3]

Première édition : 2015 [4]

Illustrations : Victoire K-Bezeau

GÉNÉRALITÉS

L'incontinence urinaire est définie comme tout symptôme d'écoulement involontaire d'urine [5]. 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 urinaire a des conséquences importantes sur la qualité de vie de la personne, contribue au fardeau de la personne proche aidante et des soignants pour les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs, et peut avoir une influence sur la décision de relocalisation [6, 7]. L'incontinence est probablement le syndrome gériatrique le plus négligé, ce qui est dommage car des améliorations significatives peuvent survenir avec des traitements non-pharmacologiques de première ligne chez les 2/3 des personnes qui en sont atteintes [8-10]. 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, a priori, près de 50 % des patients admis en UCDG pourraient bénéficier d'un traitement [11, 12]. Pour ce faire, il faut d'abord identifier le type d'incontinence.

Tableau 1 : Étiologies et caractéristiques associées selon le type d'incontinence urinaire [11, 13-16]

Types d'incontinence urinaire ¹	Étiologies	Caractéristiques associées
D'urgence <i>Sensation imminente de perte d'urine favorisée par un évènement déclencheur (type eau du robinet qui coule)</i>	Neurologiques • AVC • Troubles neurocognitifs majeurs (TNC majeur) • Hydrocéphalie à pression normale • Atrophie multi-systémique	→ Surtout AVC frontaux ou lacunaires → Peut être liée aux atteintes fonctionnelles → Triade : Symptômes cognitifs, ataxie et incontinence urinaire → Peut aussi être associée à de la rétention

Types d'incontinence urinaire ¹	Étiologies	Caractéristiques associées
	• Parkinson • Tumeur cérébrale • Lésion de la moelle supra-sacrée	→ L'hypotension orthostatique et les troubles de mobilité peuvent exacerber le tableau → Primaire ou métastatique → Traumatisme, myélopathie, sclérose en plaques, myélome multiple, sténose spinale, spasticité et hyperréflexie des membres inférieurs
	Autres	
	• Médicaments	→ Diurétiques, inhibiteurs de la cholinestérase, inhibiteurs SGLT2, hormonothérapie systémique, lithium
	• Infection urinaire	→ Symptômes urinaires nouveaux, fièvre, parfois délirium
	• Cancer de la vessie	→ Incontinence et hématurie
	• Endocrinopathies	→ Hyperglycémie dans le diabète, hypercalcémie, diabète insipide
	• Insuffisance cardiaque	→ Avec dyspnée et œdème des membres inférieurs
	• Breuvages • Apnée du sommeil	→ Caféine, théine, alcool, apport liquidien quotidien supérieur à 2 L/jour → Peut augmenter la production nocturne d'urine en stimulant la production du peptide natriurétique auriculaire
	Idiopathique	→ Hyperactivité du muscle détroisor
Liée à la rétention chronique ou par regorgement <i>Perte constante d'urine avec la sensation de vidange vésicale incomplète</i>	Neurologiques	
	• Lésion de la moelle sacrée	→ Syndrome de la queue de cheval, hernie discale, atteinte des réflexes sacrés
	• Neuropathie périphérique • Atrophie multi-systémique • Sclérose en plaque	→ Associée au diabète, zona, amylose
	Autres	
	• Médicaments • Post-infection urinaire • Anatomique • Idiopathique • Alitement prolongé	→ Anticholinergiques, narcotiques, antihistaminiques, antipsychotiques, α-agonistes, bloqueurs des canaux calciques → Sténose urétrale, hypertrophie ou néoplasie de la prostate, prolapsus → Contractilité réduite du détrisor observée chez 1/3 des patients en soins de longue durée
D'effort ou de stress	• Post-prostatectomie	→ Associée à la dysfonction érectile et à la radiothérapie chez l'homme

Types d'incontinence urinaire ¹	Étiologies	Caractéristiques associées
<i>Perte d'urine lors d'hyperpression abdominale (subite ou marquée de la pression abdominale, ex: toux, éclat de rire, éternuement)</i>	• Médicaments	→ Alpha-bloquants, hormonothérapie systémique, IECA (effet secondaire de toux)
	• Insuffisance sphinctérienne	→ Chez la femme, ATCD obstétricaux, chirurgies pelviennes, fistule, radiothérapie, toux chronique, constipation, faiblesse des muscles du plancher pelvien
Fonctionnelle <i>Difficultés à se rendre aux toilettes à temps</i>	• Troubles de la mobilité	→ Alitement, arthrite, troubles de la marche
	• Atteintes cognitives	→ Apraxie, atteintes exécutives, délirium, TNC majeur
	• Barrière environnementale	→ Accès difficile aux toilettes, aidants non disponibles, contention
	• Médicaments	→ Altération de la vigilance par somnifères, antipsychotiques

¹ L'incontinence mixte est la présence à la fois d'incontinence d'urgence et d'effort.

APPROCHE 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 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	
TOTAL	7 tasses (1670 ml)	1295 ml	8 épisodes		

Approche non-pharmacologique

En général, les modalités non-pharmacologiques devraient être considérées d'emblée pour le traitement de l'incontinence urinaire. Les traitements pharmacologiques peuvent être considérés selon le type d'incontinence urinaire, le plus souvent après une amélioration insuffisante des symptômes à la suite de l'essai de stratégies conservatrices [17].

Au-delà de l'implication du médecin, le traitement de l'incontinence en UCDG nécessite un travail d'équipe: l'infirmière doit évaluer les facteurs environnementaux et psycho-sociaux, le nutritionniste peut évaluer si des aliments ou substances sont en cause, par exemple en occasionnant une rétention hydrosodée, 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 peut atténuer les limitations fonctionnelles (vêtements adaptés, adaptation des lieux physiques).

En premier lieu, une révision des habitudes de vie peut permettre de réduire les facteurs de risque de l'incontinence urinaire (voir tableau 1). Les apports liquidiens devraient être quantifiés. La réduction de la consommation d'alcool et de

caféine doit être conseillée. S'il y a présence de nycturie, la consommation de liquides en soirée devrait être évitée. Des stratégies non pharmacologiques pour réduire l'œdème des membres inférieurs, le cas échéant, devraient être tentées pour réduire la résorption nocturne, puisqu'elle peut entraîner une polyurie nocturne. L'arrêt tabagique est également associé à une réduction des symptômes d'urgence, de fréquence urinaire et d'incontinence urinaire [18]. L'obésité abdominale est associée à l'incontinence urinaire et il a été démontré qu'une perte de poids de 5% aurait un impact sur les symptômes d'incontinence urinaire [19]. Cependant, il n'y a pas de données d'efficacité chez les personnes âgées fragiles pour plusieurs des interventions démontrées efficaces dans d'autres populations, dont la perte de poids, l'adaptation des apports liquidiens et la gestion de la constipation, de plus quelques petites études ont même rapportés une diminution de l'incontinence urinaire avec l'augmentation des apports liquidiens chez la personne âgée fragile [5]. Ainsi, des stratégies comportementales individualisées peuvent être essayées. Les autres facteurs de risque modifiables identifiés au tableau 1, devraient également être évalués. Il est en effet possible que le traitement adéquat des comorbidités associées réduise la sévérité des symptômes de l'incontinence urinaire [18]. Les causes médicamenteuses contribuant à l'incontinence urinaire peuvent être nombreuses, surtout chez la personne âgée polymédicamentée. La médication devrait être revue, et les causes médicamenteuses réévaluées lorsque possible.

Il ne faut pas oublier que des difficultés fonctionnelles, telles que la mobilité limitée, peuvent poser des défis supplémentaires à l'atteinte de la continence chez la personne âgée fragile et qu'une adaptation de l'environnement devrait parfois être considérée ainsi qu'un programme d'exercice individualisé pour améliorer l'autonomie aux AVQ et la capacité physique [20].

La rééducation vésicale est une composante importante de l'approche non-pharmacologique pour la gestion de l'incontinence urinaire [19]. Chez la femme, la rééducation périnéo-sphinctérienne devrait être le traitement de premier choix pour l'incontinence urinaire à l'effort, l'incontinence urinaire mixte et l'incontinence urinaire d'urgence puisqu'elle améliore les symptômes et peut même guérir l'incontinence urinaire [10, 19]. Ce traitement a été démontré efficace chez les patientes âgées [21], même chez celles ayant une légère atteinte cognitive (trouble neurocognitif léger ou trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer léger) [22, 23], malgré que ce soit peu étudié [24]. Chez l'homme, en cas de symptômes de vessie hyperactive, il peut aussi être recommandé de tenter des interventions comportementales comprenant un renforcement des muscles du plancher pelvien [23]. La rééducation périnéo-sphinctérienne n'a pas été étudiée de façon extensive chez la personne âgée fragile, mais elle devrait être tentée si la personne a les capacités cognitives suffisantes pour y participer [5]. La rééducation vésicale peut également s'inscrire dans le contexte de renforcement des muscles du plancher pelvien en cas d'incontinence urinaire d'urgence ou mixte. Lors de la survenue d'urgences mictionnelles, il est suggéré d'enseigner au patient à faire une contraction des muscles du plancher pelvien et d'utiliser une distraction cognitive afin de supprimer l'urgence.

Certaines études suggèrent un bénéfice à court terme [25] et possiblement à long terme [26] de la mise en place d'un horaire mictionnel incité. Ainsi, chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs, un horaire de miction incitée devrait être mis en place selon les ressources disponibles [5]. Il s'agit d'adapter l'horaire mictionnel en fonction du calendrier mictionnel habituel afin d'anticiper les mictions et de favoriser une visite à la toilette avant la survenue d'incontinence.

Approche pharmacologique

Il peut être indiqué de débiter un traitement pharmacologique lorsque l'approche non-pharmacologique est insuffisante 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.

Si un traitement pharmacologique est nécessaire, le choix s'étend à 2 classes de médicaments : les antimuscariniques et les beta-3 agonistes [5, 27]

(Tableau 4). Le choix devrait se baser sur les préférences du patient en prenant en considération les comorbidités, les caractéristiques du traitement (profil d'effets indésirables, interactions médicamenteuses, forme pharmaceutique et les enjeux d'administration du médicament), ainsi que les critères liés aux coûts et à la couverture d'assurance médicamenteuse.

Les formulations à libération prolongée sont à privilégier, car elles favorisent une meilleure observance et l'incidence des effets secondaires est plus faible. Pour minimiser le risque d'effets indésirables des deux classes, il est suggéré de débiter le médicament à faible dose et de titrer selon la tolérance [28, 29]. Il faut réaliser que l'effet des médicaments n'est pas immédiat, une certaine efficacité peut parfois être perçue après 1 semaine de traitement, mais 4 à 12 semaines sont en général nécessaires pour obtenir l'effet désiré. Si la réduction de l'incontinence n'est pas significative, il est généralement préférable d'abandonner le traitement et en essayer un autre. Quelques études ont démontré une efficacité supérieure de la combinaison de la solifénacine et du mirabegron en comparaison à l'utilisation de la solifénacine seule [30-32]. Ainsi, les lignes directrices canadiennes mentionnent que cette combinaison peut être considérée chez les patients qui demeurent incontinents après un traitement initial avec un antimuscarinique [33]. Bien que cette combinaison soit démontrée efficace chez la personne âgée de plus de 75 ans, sans augmentation apparente des effets indésirables comparativement aux patients plus jeunes (à l'exception de la constipation) [34], l'effet sur la personne âgée fragile n'a pas été spécifiquement étudié. De plus, les patients en UCDG pourraient présenter un risque accru d'effets indésirables, notamment de rétention urinaire en raison de la mobilité réduite. Ainsi, la précaution est de mise chez cette population. Bien évidemment, les antimuscariniques ne devraient pas être combinés entre eux.

Clientèle fragile

Malgré que les données sur l'utilisation du mirabegron chez les personnes âgées sont rassurantes, démontrant une tolérance similaire chez les personnes de 75 ans et plus en comparaison aux plus jeunes [35], il y a peu de données sur son utilisation chez la clientèle fragile [28, 29, 36, 37]. Effectivement, la plus récente consultation internationale d'experts sur l'incontinence conclue qu'il n'y a pas suffisamment d'évidences pour déterminer l'efficacité, la tolérabilité et la sécurité des traitements pharmacologiques de la vessie hyperactive chez les personnes âgées fragiles [38]. Dans une toute récente revue de littérature, il est proposé que parmi la clientèle fragile, les patients sévèrement fragiles, ceux atteints de trouble cognitif ou d'incontinence urinaire sévère sont probablement moins susceptibles d'obtenir des bénéfices de l'utilisation du mirabegron [36].

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 en conséquence, ne devraient pas être utilisés dans cette population [39]. De plus il a été démontré que certains anticholinergiques (tel l'oxybutynine) utilisés pour le traitement de la vessie hyperactive pourraient même contribuer au déclin cognitif [40, 41]. Considérant la propension élevée de trouble neurocognitifs chez la clientèle fragile, la prudence est de mise pour l'utilisation des antimuscariniques chez cette population tel que stipulé par les experts consultés dans l'établissement des critères de Beers [41].

Considérant la nature complexe et hétérogène de cette clientèle, le choix de traitement doit être individualisé pour tenir compte notamment de la sévérité des symptômes et de l'impact sur la qualité de vie. L'importance de l'identification et de réduction des causes médicamenteuses ne doit pas être sous-estimé chez cette clientèle.

Tableau 4 : Les options pharmacologiques de l'incontinence urinaire [42]

Médicament	Statut RAMQ	Posologie (débuter à faible dose)	Métabolisme et interactions	Précautions, particularités
LES ANTIMUSCARINIQUES				
Chlorure de trospium (Trosec®) <i>Comprimé de 20 mg</i>	Exception Code GU178	- 20 mg p.o. bid 1h avant les repas - Clcr < 30 ml/min : 20 mg die - Clcr < 15 ml/min : Éviter	Estérases	• Semble sécuritaire au niveau de la cognition (étudié chez une population saine et avec trouble cognitif léger) [43, 44] • La nourriture diminue les concentrations de 70-80 %, donc le médicament doit être pris à jeun. • N'est pas métabolisé par les cytochromes donc aucun risque d'interactions cytochromiques. • Le comprimé ne doit pas être écrasé.
Darifénacine (Enablex®) <i>Comprimé de 7,5 et 15 mg</i>	Refus Non couvert	- 7,5 à 15 p.o. mg die - Aucun ajustement requis en insuffisance rénale [45] - Insuffisance hépatique modérée : 7.5 mg die - Insuffisance hépatique sévère : Éviter	Substrat majeur et inhibiteur mineur CYP3A4 et inhibiteur et substrat mineur CYP2D6	• Semble sécuritaire au niveau de la cognition (étudié chez une population saine et avec trouble cognitif léger [44] • Taux élevé de constipation. • Le comprimé ne doit pas être écrasé. • Meilleures alternatives disponibles (non couvert).
Fésotérodine LA (Toviaz®) <i>Comprimés de 4 ou 8 mg</i>	Exception Code GU178	- 4-8 mg p.o. die - Clcr < 30 ml/min: 4 mg die	Substrat majeur 3A4 et mineur 2D6	• Le comprimé ne doit pas être écrasé [27]. • Limiter la dose à 4 mg po DIE lors d'utilisation concomitante avec inhibiteur puissant du CYP3A4 [46].
Oxybutynine (Ditropan®) <i>Comprimé de 2,5 et 5 mg Liquide oral 1mg/mL</i>	Régulier (liquide oral non couvert)	2,5 à 5 mg p.o. bid-tid [47]	Substrat mineur 3A4	• 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>. • Traverse la BHE (risque augmenté de confusion/sédation/troubles de la mémoire).

Médicament	Statut RAMQ	Posologie (débuter à faible dose)	Métabolisme et interactions	Précautions, particularités
				• Cas rapportés d'angio-œdème ou d'œdème des voies respiratoires supérieures.
Solifénacine (Vesicare®) <i>Comprimé de 5 et 10 mg</i>	Régulier	- 5-10 mg p.o. die - Clcr < 30 ml/min: 5 mg die	Substrat majeur 3A4	• Constipation fréquente (5-13 %, liée à la dose), vision floue. • Prolongation de l'intervalle QT possible en présence de facteurs de risque (bradycardie, désordre électrolytique, médication concomitante prolongeant l'intervalle QT) [48] • Le comprimé ne doit pas être écrasé.
Toltérodine (Detrol®) <i>Comprimé de 1 et 2 mg</i>	Régulier	- 1-2 mg p.o. bid - Clcr < 30 ml/min : 1 mg p.o. BID [49] - Insuffisance hépatique sévère: 1 mg p.o. BID	Substrat majeur 3A4-2D6 et mineur 2C9-2C19	• Prolongation de l'intervalle QT (< 1 %, risque augmenté chez les métaboliseurs lents du 2D6 ou de médicaments avec des inhibiteurs du 2D6 ou 3A4).
Toltérodine LA (Detrol LA®) <i>Capsule de 2 et 4 mg</i>	Régulier	- 2-4 mg p.o. die - Clcr < 30 ml/min: 2 mg die - Insuffisance hépatique sévère: 2 mg die	Substrat majeur 3A4-2D6 et mineur 2C9-2C19	• Prolongation de l'intervalle QT (< 1 %, risque augmenté chez les métaboliseurs lents du 2D6 ou de médicaments avec des inhibiteurs du 2D6 ou 3A4). • La capsule devrait être avalée entière.
Propivérine LA (Mictoryl®) <i>Capsules de 30 et 45 mg</i>	Refus Non couvert	- 30-45 mg p.o. die - Clcr < 30 ml/min: 30 mg p.o. die - Insuffisance hépatique modérée ou sévère: contre-indiqué (pas étudié) [50]	Substrat et inhibiteur mineur 3A4 et 2D6 [50]	• Antimuscarinique ayant un effet antispasmodique musculotrope via l'inhibition des canaux Ca²⁺ [51] • La formulation courte action (comprimés de 5 mg) n'est pas indiqué chez l'adulte selon la monographie canadienne. • La capsule doit être avalée entière • Meilleures alternatives disponibles

Médicament	Statut RAMQ	Posologie (débuter à faible dose)	Métabolisme et interactions	Précautions, particularités
LES BETA-3-AGONISTES				
Mirabegron LA (Myrbetriq®)[28, 29, 52, 53] <i>Comprimé de 25 et 50 mg</i>	Exception Code GU 178	- 25-50 mg p.o. die - Clcr < 30 ml/min : 25 mg die - Clcr < 15 ml/min : Éviter - Insuffisance hépatique modérée : 25 mg p.o. DIE - Insuffisance hépatique sévère : Éviter	Inhibiteur mineur CYP2D6	• Pas d’effets anticholinergiques. • Augmentation de la pression artérielle chez 10-20 %. • Innocuité non établie si problèmes cardiaques ou prise concomitante de bêta-bloquants. • Prolongation de l’intervalle QT possible [48] • Le comprimé ne doit pas être écrasé.

Médicaments à éviter

Parmi les critères de Beers 2023 [41]:

Les antimuscariniques sont des médicaments avec de fortes propriétés anticholinergiques, il est recommandé de les utiliser avec précaution chez la clientèle gériatrique vu leurs propriétés anticholinergiques.

Parmi la classification US FORTA 2020 [54, 55]:

La classification FORTA, déterminée par méthode Delphi, comporte 4 catégories déterminant l’utilisation appropriée de plusieurs médicaments utilisés en gériatrie selon un panel d’expert : (A) à privilégier, (B) bénéfique, (C) prudence, (D) éviter [56]. Les antimuscariniques et le mirabegron se retrouvent parmi les médicaments à utiliser avec prudence, à l’exception de l’oxybutynine à libération immédiate qui devrait être évité. La fésotérodine est le seul antimuscarinique qui est jugé bénéfique par le panel d’expert [57]. Cette classification est également maintenue dans la plus récente édition de la liste FORTA 2024 et EURO-FORTA 2023 [54, 55].

Parmi les critères STOPP 2023 [58] :

Les antimuscariniques se retrouvent parmi les médicaments qu’il est recommandé d’arrêter chez les patients en délirium ainsi que chez les patients atteints de trouble neurocognitif majeur selon les critères STOPP/START. Les experts de ces critères rapportent le risque d’exacerbation des atteintes cognitives, de la confusion ou de l’agitation avec ces agents. Ils mentionnent également que les antimuscariniques devraient être cessés chez les patients atteints de glaucome à angle fermé, d’hypertrophie bénigne de la prostate avec haut volume résiduel post-mictionnel (>200 mL) ou de constipation. Il est également recommandé de cesser le mirabegron chez les patients avec hypertension sévère ou labile. Les antimuscariniques figurent également parmi la liste des médicaments pouvant augmenter le risque de chute chez les personnes âgées susceptibles.

CAS CLINIQUE

Mme R., 86 ans, est hospitalisée pour insuffisance cardiaque décompensée et pneumonie. Elle est connue pour une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, de l'hypertension, de l'arthrose facettaire lombaire, de l'ostéoporose, un trouble neurocognitif léger, de la constipation et de l'insomnie. 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.

A domicile, elle prend les médicaments suivants : metoprolol 25 mg bid, ramipril 2,5 mg die, lasix 40 mg die, lorazepam 1 mg HS, calcium 500 mg bid, vitamine D 10 000 unités 1 fois par semaine, alendronate 70 mg 1 fois par semaine. Elle utilise de l'ibuprofène en ventre libre, qu'elle prend qid.

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 lombaires. 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 [59].
- Cibler les médicaments qui causent ou peuvent contribuer à aggraver l'incontinence urinaire [60], 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).
 - Calcium (constipation)

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 les doses de diurétiques temporairement et en abaissant la tension artérielle.

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 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. 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. 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 :

- 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 [61] de type fésotérodine ou le chlorure de trospium [27]. En effet, les β -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 [12].**

ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Desforbes K, Firooz F: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 4^{ème} édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2026, https://rushgq.org/wp-content/uploads/2026/01/RUSHGQ_Guide_gestion_medicamenteuse_4ieme_edition_5janvier2026_FINAL.pdf.
2. Blondin M-C, Courtemanche F: **Gestion médicamenteuse de l'incontinence urinaire en UCDG - 3^{ème} édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2021.
3. Tannenbaum C, Jean M, Lessard A, Bénard F, Laferrière-Chèvrefils M, Gilbert S, Kergoat MJ, Courtemanche F: **Gestion médicamenteuse de l'incontinence urinaire en UCDG - 2^{ème} édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2017.
4. Tannenbaum C, Jean M, Lessard A, Bénard F, Laferrière-Chèvrefils M, Gilbert S, Kergoat MJ: **Gestion médicamenteuse de l'incontinence urinaire en UCDG** Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
5. Wagg A, Gibson W, Ostaszewicz 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**. *Neurourol Urodyn* 2015, **34**(5):398-406.
6. Orme S, Morris V, Gibson W, Wagg A: **Managing Urinary Incontinence in Patients with Dementia: Pharmacological Treatment Options and Considerations**. *Drugs Aging* 2015, **32**(7):559-567.
7. Talarska D, Tobis S, Kotkowiak M, Strugała M, Stanisławska J, Wieczorowska-Tobis K: **Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning**. *Med Sci Monit* 2018, **24**:1604-1613.
8. 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.
9. 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**. *J Womens Health Gend Based Med* 2001, **10**(8):751-756.
10. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC: **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women**. *Cochrane database of systematic reviews* 2018, **10**:CD005654.
11. 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 (Québec, Canada): Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2014.
12. 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.
13. Srulovich M, Chopra A: **Urinary incontinence in older men**. *Clinical Geriatrics* 2007, **15**(9):38-45.
14. Chutka DS, Takahashi PY: **Urinary incontinence in the elderly. Drug treatment options**. *Drugs* 1998, **56**(4):587-595.
15. 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.
16. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson RL, Sjostrom S, Tikkinen K: **Epidemiology**

- of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence. In: *Incontinence 7th Edition*. Edited by Cardozo L, Rovner, E, Wagg, A, Wein, A, Abrams, P. Bristol UK: International Continence Society (ICI-ICS); 2023.
17. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, Enemchukwu E, Ginsberg DA, Helfand BT, Linder BJ, Reynolds WS, Rovner ES, Souter L *et al*: **The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder**. *J Urol* 2024, **212**(1):11-20.
 18. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, Bedretdinova DA, Ambuhl D, Farag F, Lombardo R *et al*: **EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence**. *European urology* 2018, **73**(4):596-609.
 19. Dufour S, Wu M: **No. 397 - Conservative Care of Urinary Incontinence in Women**. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC* 2020, **42**(4):510-522.
 20. Vinsnes AG, Helbostad JL, Nyronning S, Harkless GE, Granbo R, Seim A: **Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes**. *Clin Interv Aging* 2012, **7**:45-50.
 21. Stenzelius K, Molander U, Odeberg J, Hammarstrom M, Franzen K, Midlov P, Samuelsson E, Andersson G: **The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review**. *Age Ageing* 2015, **44**(5):736-744.
 22. Lee BA, Kim SJ, Choi DK, Kwon O, Na HR, Cho ST: **Effects of Pelvic Floor Muscle Exercise on Urinary Incontinence in Elderly Women With Cognitive Impairment**. *Int Neurourol J* 2017, **21**(4):295-301.
 23. Burgio KL, Kraus SR, Johnson TM, 2nd, Markland AD, Vaughan CP, Li P, Redden DT, Goode PS: **Effectiveness of Combined Behavioral and Drug Therapy for Overactive Bladder Symptoms in Men: A Randomized Clinical Trial**. *JAMA Intern Med* 2020, **180**(3):411-419.
 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 Geriatr* 2012, **12**:77.
 25. Eustice S, Roe B, Paterson J: **Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults**. *Cochrane database of systematic reviews* 2000(2):CD002113.
 26. Lai CKY, Wan X: **Using Prompted Voiding to Manage Urinary Incontinence in Nursing Homes: Can It Be Sustained?** *J Am Med Dir Assoc* 2017, **18**(6):509-514.
 27. 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**. *J Urol* 2014, **191**(2):395-404.
 28. 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 Opin Pharmacother* 2014, **15**(6):873-887.
 29. 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 Ageing* 2014, **43**(5):666-675.
 30. Drake MJ, Chapple C, Esen AA, Athanasiou S, Cambronerio J, Mitcheson D, Herschorn S, Saleem T, Huang M, Siddiqui E *et al*: **Efficacy and Safety of Mirabegron Add-on Therapy to Solifenacin in Incontinent Overactive Bladder Patients with an Inadequate Response to Initial 4-Week Solifenacin Monotherapy: A Randomised Double-blind Multicentre Phase 3B Study (BESIDE)**. *European urology* 2016, **70**(1):136-145.
 31. Herschorn S, Chapple CR, Abrams P, Arlandis S, Mitcheson D, Lee KS, Ridder A, Stoelzel M, Pairedy A, van Maanen R *et al*: **Efficacy and safety of combinations of mirabegron and solifenacin compared with monotherapy and placebo in patients with overactive bladder (SYNERGY study)**. *BJU international* 2017, **120**(4):562-575.

32. Abrams P, Kelleher C, Staskin D, Rechberger T, Kay R, Martina R, Newgreen D, Pairedy A, van Maanen R, Ridder A: **Combination treatment with mirabegron and solifenacin in patients with overactive bladder: efficacy and safety results from a randomised, double-blind, dose-ranging, phase 2 study (Symphony).** *European urology* 2015, **67**(3):577-588.
33. Corcos J, Przydacz M, Campeau DL, J. W: **Guide de pratique de l'AUC sur la prise en charge de la vessie hyperactive chez l'adulte.** *CUAJ* 2017 May, **11**(5):R2.
34. Gibson W, MacDiarmid S, Huang M, Siddiqui E, Stolzel M, Choudhury N, Drake MJ: **Treating Overactive Bladder in Older Patients with a Combination of Mirabegron and Solifenacin: A Prespecified Analysis from the BESIDE Study.** *Eur Urol Focus* 2017, **3**(6):629-638.
35. Herschorn S, Staskin D, Schermer CR, Kristy RM, Wagg A: **Safety and Tolerability Results from the PILLAR Study: A Phase IV, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study of Mirabegron in Patients ≥ 65 years with Overactive Bladder-Wet.** *Drugs Aging* 2020, **37**(9):665-676.
36. Shaw C, Wagg A: **Efficacy and Safety of Mirabegron in Frail Older Adults with Overactive Bladder.** *Drugs Aging* 2026, **43**(6):485-493.
37. Wagg A, Staskin D, Engel E, Herschorn S, Kristy RM, Schermer CR: **Efficacy, safety, and tolerability of mirabegron in patients aged ≥ 65 yr with overactive bladder wet: a phase IV, double-blind, randomised, placebo-controlled study (PILLAR).** *European urology* 2020, **77**(2):211-220.
38. Bower W, Gibson W, Kirschner-Hermanns R, Hunter K, Kuchel G, Morris V, Ostaszkiwicz J, Suskind A, Suzuki M, Wyman J: **Incontinence in frail older adults.** In: *Incontinence 7th Edition*. Edited by Cardozo L, Rovner, E, Wagg, A, Wein, A, Abrams, P. Bristol UK: International Continence Society (ICI-ICS); 2023.
39. 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.** *J Am Geriatr Soc* 2008, **56**(5):847-853.
40. Dmochowski RR, Thai S, Iglay K, Enemchukwu E, Tee S, Varano S, Gorman C, Radican L, Mudd PN, Jr., Poole C: **Increased risk of incident dementia following use of anticholinergic agents: A systematic literature review and meta-analysis.** *Neurourol Urodyn* 2021, **40**(1):28-37.
41. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria(R) for potentially inappropriate medication use in older adults.** *J Am Geriatr Soc* 2023, **71**(7):2052-2081.
42. Chancellor M, Boone T: **Anticholinergics for overactive bladder therapy: central nervous system effects.** *CNS Neurosci Ther* 2012, **18**(2):167-174.
43. 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.** *Int J Clin Pract* 2010, **64**(9):1294-1300.
44. Duong V, Iwamoto A, Pennycuff J, Kudish B, Iglesia C: **A systematic review of neurocognitive dysfunction with overactive bladder medications.** *Int Urogynecol J* 2021, **32**(10):2693-2702.
45. Searchlight Pharma Inc: **Monographie de produit: Enablex. Révision datée du 4 février 2019.** Montréal (Canada): Searchlight Pharma Inc; 2019, https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00049777.PDF.
46. 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.
47. Pharmascience Inc.: **Monographie du produit : pms-oxybutynin, révision datée du 28 octobre 2010.** Montréal (Québec, Canada); 2010.
48. Woosley RL, Heise CW, Gallo T, Tate J, Woosley D, Romero KA: **QTdrugs List.** Oro Valley (AZ, USA): AZCERT Inc; 2020, www.CredibleMeds.org.
49. Pfizer Canada: **Monographie du produit : Detrol®. Révision datée du 12 février 2015.** Kirkland (Québec, Canada) 2015, https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00029726.PDF.

50. Duchesnay I: **Monographie du produit : Mictoryl®. Révision datée du 15 janvier 2018.** Blainville (Québec, Canada): Duchesnay Inc. ; 2018, https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00043480.PDF.
51. McKeage K: **Propiverine: a review of its use in the treatment of adults and children with overactive bladder associated with idiopathic or neurogenic detrusor overactivity, and in men with lower urinary tract symptoms.** *Clin Drug Investig* 2013, **33**(1):71-91.
52. Andersson KE, Martin N, Nitti V: **Selective beta(3)-adrenoceptor agonists for the treatment of overactive bladder.** *J Urol* 2013, **190**(4):1173-1180.
53. Astellas Pharma Canada: **Monographie du produit : MyrbetriqMD. Revision datée du 2 juin 2016.** Markham (Ontario, Canada) 2016, http://www.cmsastellas.ca/uploads/pdf/2016-06-02%20Myrbetriq%20French_1.pdf.
54. Pazan F, Weiss C, Wehling M, Forta: **The FORTA (Fit for the Aged) List 2024: Fifth Version of a Validated Clinical Aid for Improved Pharmacotherapy in Older Adults.** *Drugs Aging* 2025, **42**(12):1197-1199.
55. Pazan F, Weiss C, Wehling M, Members FEP: **The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List Version 2: Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Pharmacotherapy in Older Adults.** *Drugs Aging* 2023, **40**(5):417-426.
56. Pazan F, Gercke Y, Weiss C, Wehling M, Raters F: **The U.S.-FORTA (Fit fOR The Aged) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults.** *J Am Med Dir Assoc* 2020, **21**(3):439 e439-439 e413.
57. Oelke M, Becher K, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Kirby M, Wagg A, Wehling M: **Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014).** *Age Ageing* 2015, **44**(5):745-755.
58. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G *et al*: **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3.** *Eur Geriatr Med* 2023, **14**(4):625-632.
59. 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* 2013, **120**(12):1566-1572.
60. 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.
61. Madhuvrata P, Cody JD, Ellis G, Herbison GP, Hay-Smith EJ: **Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults.** *Cochrane database of systematic reviews* 2012, **1**(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)
TOTAL					