

FICHE D'INFORMATIONS DES PATIENTES

BANDELETTE SOUS URETRALE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT CHEZ LA FEMME

Nom du médecin

Madame.....
Date de la remise de la fiche :

Cette fiche, rédigée par la SCGP et le CNGOF est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre gynécologue à propos de votre incontinence urinaire et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble. En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre gynécologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares. Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre gynécologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Votre gynécologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter vos fuites urinaires à l'effort par voie vaginale.

La vessie et l'urètre

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée.

L'urètre est le canal d'expulsion de l'urine vers l'extérieur. Le sphincter permet de fermer l'urètre et assure la continence. L'action d'uriner s'appelle la miction.

Qu'est-ce qu'une incontinence urinaire ?

L'incontinence urinaire se définit par toute fuite involontaire d'urine à l'origine d'une gêne. Il existe plusieurs types d'incontinence urinaire :

- L'incontinence urinaire d'effort : il se produit des fuites lors de l'effort (activités sportives, toux, rire, éternuement, marche, changement de position).
- L'incontinence urinaire par urgenturie (ou impériosités) : elle se traduit par des besoins urgents qu'il n'est pas possible de retenir.
- L'incontinence urinaire mixte : elle associe des fuites à l'effort et des fuites par impériosités.

À quoi est due l'incontinence urinaire d'effort ?

L'incontinence urinaire d'effort est due à l'hypermobilité de l'urètre dont les systèmes de soutien sont altérés. L'affaiblissement du plancher pelvien (tissu élastique du vagin et des muscles sous-jacents fermant la partie inférieure du bassin) peut entraîner un affaissement progressif de la vessie et de l'urètre : l'urètre est alors moins bien soutenu et ne se ferme plus parfaitement au moment de l'effort. L'autre mécanisme en cause, moins fréquent, est un relâchement et un mauvais fonctionnement du sphincter de l'urètre qui ne permet plus la fermeture du conduit urétral. L'incontinence urinaire peut toucher les femmes de n'importe quel âge même si le vieillissement est un des facteurs de risque d'apparition. L'affaiblissement du plancher pelvien peut être dû : aux grossesses, à l'accouchement, à la carence en œstrogènes, à une fragilité tissulaire constitutionnelle. Il est aggravé par : l'obésité, la constipation chronique, la pratique excessive d'un sport, le port régulier de charges lourdes.

Pourquoi cette intervention ?

Les fuites urinaires à l'effort sont la conséquence de l'altération des structures de soutien de la vessie et de l'urètre. L'intervention consiste à positionner sous l'urètre une bandelette synthétique non résorbable en polypropylène qui permet de remplacer les structures de soutien défaillantes et de soutenir l'urètre. La bandelette peut être placée sous l'urètre et ressortir juste au-dessus du pubis, ou être placée sous l'urètre, passer par le trou obturateur du bassin et ressortir à proximité des plis de la cuisse. Il se peut qu'il n'y ait qu'une seule incision au niveau du vagin, sans orifice de sortie. Le chirurgien vous informera de la mise en place choisie.

Existe-t-il d'autres options ?

La prise en charge va dépendre de la gêne occasionnée par cette incontinence : ne sont traitées que les patientes gênées et demandeuses d'une prise en charge. Aucun médicament n'est actuellement actif sur l'incontinence urinaire d'effort.

- La rééducation périnéale : elle est recommandée en première intention avec nécessité de réaliser plusieurs séances. Ses résultats sont inconstants et aléatoires dans le temps et peuvent imposer des séances d'entretien pour maintenir l'amélioration.
- La prise en charge chirurgicale est l'alternative à la rééducation, en cas d'échec, de contre-indication à la rééducation, ou de refus de la patiente.

D'autres interventions existent et peuvent être proposées : injections péri-urétrales, ballons péri-urétraux, sphincter artificiel, colpo-suspension. Elles peuvent être proposées en cas d'échec de la bandelette sous urétrale ou dans des situations très spécifiques.

Préparation à l'intervention

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre chirurgien et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée. Avant de programmer la chirurgie, un examen de la miction (débitmètre avec évaluation du résidu post mictionnel) et éventuellement un examen urodynamique peuvent être effectués.

Votre dossier sera présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire afin de valider l'indication chirurgicale.

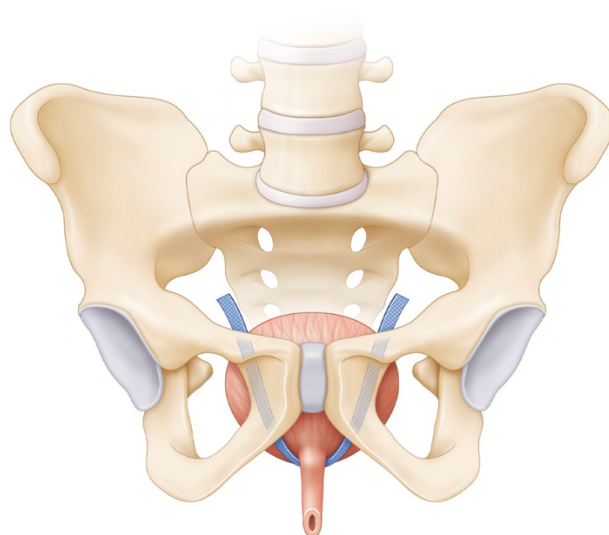
Le choix du type d'anesthésie (générale, locorégionale ou locale) dépend de l'avis du chirurgien, du médecin anesthésiste et de votre souhait personnel. Une consultation d'anesthésie préopératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une analyse d'urine est réalisée avant l'intervention pour vérifier l'absence d'infection urinaire. Si tel était le cas, l'intervention pourrait être différée.

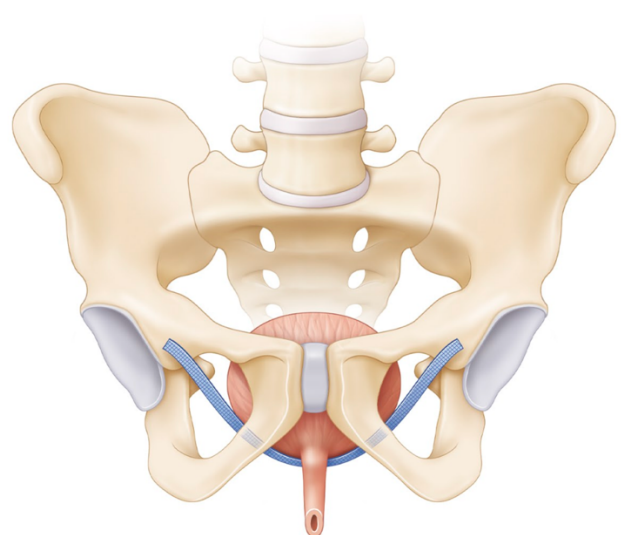
Une douche pré opératoire vous sera demandée. L'intervention peut être réalisée en période de règles.

Technique opératoire

Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique : une courte incision est pratiquée sur le vagin juste en dessous de l'urètre. Selon la bandelette choisie, deux courtes incisions pourront être effectuées au-dessus du pubis ou dans le pli de l'aîne permettant le passage de la bandelette. Celle-ci est passée au moyen d'une aiguille de chaque côté de l'urètre et devant la vessie, puis elle est posée sans tension sous l'urètre. Un contrôle endoscopique (cystoscopie) peut être effectué selon la bandelette choisie pour vérifier l'absence de plaie de la vessie lors du passage de la bandelette. La durée de l'intervention est le plus souvent inférieure à 30 minutes. En fin d'intervention, le chirurgien peut laisser temporairement une sonde urinaire pour que votre vessie soit au repos.



TVT
passage en sus-pubien



TOT
passage en trans-obturateur

Suites habituelles, précautions à prendre lors du retour à domicile

Dans la majorité des cas, les suites habituelles de l'intervention sont simples. Si une sonde urinaire a été laissée en place, son ablation (habituellement de quelques heures à 24 heures sauf situation particulière) est définie par le chirurgien. Vous pouvez ressentir

quelques brûlures et constater que votre vessie se vide plus lentement. Les douleurs au niveau du pubis et du vagin sont rarement importantes et souvent temporaires. La durée d'hospitalisation est variable, d'un jour (ambulatoire) à quelques jours.

Cicatrisation

La mise en place d'une bandelette nécessite une ou plusieurs incisions qui sont des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agit d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation s'effectue en plusieurs semaines. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement vaginal ; les fils sont en général résorbables et ne nécessitent pas d'être enlevés. Une désunion de la cicatrice vaginale peut parfois survenir et il est alors nécessaire de consulter rapidement votre chirurgien.

Activités

Vous pourrez reprendre une activité normale, mais les efforts violents, le port de charges lourdes (supérieures à 5 kg) sont interdits pendant 4 à 6 semaines. Vos activités sportives habituelles doivent également être interrompues pendant 1 à 2 mois en fonction du type de sport et de son intensité. La pratique du vélo et de la moto est également déconseillée pendant 1 mois. Vous devez absolument éviter la constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un traitement facilitateur du transit peut être nécessaire pendant plusieurs semaines. Vous devrez éviter les bains, les relations sexuelles avec tout type de pénétration, les tampons périodiques pendant les six semaines qui suivent l'intervention afin que l'incision du vagin cicatrise parfaitement. Lors de votre douche, vous pouvez laver les petites incisions cutanées avec votre savon habituel.

Un arrêt de travail pourra vous être prescrit dont la durée sera adaptée à votre contexte professionnel. Une consultation de contrôle avec votre chirurgien est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décidera de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives et sexuelles. Vous devez éviter les efforts violents dans les deux mois suivant l'intervention.

Que faire si vous ressentez ou présentez...

Des sueurs, des palpitations et / ou une pâleur cutanée

Ces signes peuvent être la conséquence d'un saignement du site opératoire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche en téléphonant au Centre 15.

Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après une telle intervention est inhabituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.

Des brûlures en urinant

Une légère douleur peut survenir en urinant. Son accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, ce qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines.

Envies fréquentes d'uriner

Il est parfois constaté après l'intervention des envies d'uriner plus fréquentes et plus urgentes. Ces anomalies disparaissent généralement en quelques jours ou semaines. En cas de persistance, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien

Du sang dans les urines

Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie. Les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours. Si ce saignement persiste ou s'amplifie, il faut recontacter un médecin.

Des douleurs au niveau des cicatrices ou du périnée

L'intervention ne nécessitant pas de grande incision ou de gestes traumatisants, les douleurs sont généralement minimales, limitées aux quelques jours suivant l'intervention. Un traitement contre la douleur vous a été prescrit. Une douleur importante ou persistante nécessite que vous contactiez votre médecin de même qu'un écoulement ou hématome au niveau de la plaie.

Des difficultés à uriner

La force du jet vous semble faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical.

Des fuites urinaires

Il est possible que vous présentiez encore des fuites urinaires après l'intervention. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et peut régresser progressivement. Cela sera réévalué par votre chirurgien en consultation post opératoire.

Des troubles du transit intestinal

Vous devez absolument éviter une constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un régime diversifié, riche en fruits et légumes, accompagné d'une bonne hydratation, est habituellement suffisant. Un traitement facilitateur du transit est parfois nécessaire pendant quelque temps. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements nécessitent une consultation en urgence.

Sensation de percevoir des fils lors de la toilette intime

Les « douches vaginales » sont à proscrire en temps habituel et particulièrement après ce type de chirurgie.

Lors de votre toilette, si vous percevez la présence de fils, ceci est tout à fait normal et correspond aux fils de fermeture du vagin en fin d'intervention. Ces fils sont résorbables et partiront spontanément en 6 à 8 semaines maximum.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Ils vous seront expliqués lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

Les complications communes à toute chirurgie sont :

- Infection locale, généralisée
- Saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :

Pendant le geste opératoire

Plaie de vessie

Une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir au cours du passage de la bandelette, ce qui nécessite simplement un repositionnement par un nouveau passage.

Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui rend la dissection plus difficile. Cette plaie peut même interrompre le déroulement de l'intervention. La sonde vésicale peut alors être conservée plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.

Plaie urétrale

Elle survient pendant l'intervention, il est alors préférable de renoncer à la pose de la bandelette.

Plaie intestinale

Exceptionnelle, elle peut être favorisée par des interventions abdominales antérieures. Elle fera l'objet d'une prise en charge spécifique avec un risque de devoir ouvrir l'abdomen

Plaie vasculaire

Exceptionnelle, elle fera l'objet d'une prise en charge spécifique avec un risque de devoir ouvrir l'abdomen

Dans les suites opératoires

Infection urinaire

Une infection urinaire est possible après l'intervention nécessitant la prescription d'antibiotiques.

Difficultés à uriner / rétention

La reprise des mictions est parfois difficile et peut nécessiter quelques jours supplémentaires de sondage. Le chirurgien juge de la conduite à tenir : détendre la bandelette ou attendre que la vessie retrouve une contraction normale.

A distance de l'intervention, il est possible de constater un ralentissement du jet urinaire. Des difficultés importantes pour uriner peuvent persister, d'où la nécessité de recourir à des sondages répétés ou à un drainage vésical par cathétérisme sus-pubien (drainage direct dans la vessie). Le chirurgien juge alors de la nécessité d'une ré-intervention (section ou ablation de la bandelette).

Les besoins impérieux d'uriner (urgenterie)

Ils sont le plus souvent modérés, parfois cependant à l'origine de fuites. Ils seront souvent régressifs avec le temps, éventuellement avec un traitement médical. S'ils persistent, le chirurgien peut faire des examens complémentaires afin de déterminer la solution la plus adaptée à votre cas.

Hématome

Le plus souvent résolutif sous simple surveillance il peut nécessiter exceptionnellement une ré- intervention ou une transfusion sanguine.

Exposition vaginale de la bandelette

La bandelette peut parfois s'exposer dans le vagin en raison d'une mauvaise cicatrisation en post opératoire ou à distance. Cette exposition peut entraîner des douleurs en dehors ou pendant les rapports sexuels, des saignements, des pertes sales. La prise en charge de cette exposition devra être discutée avec votre chirurgien.

Complications exceptionnelles

Douleurs à distance

Les douleurs tardives sont le plus souvent inexistantes. Cependant, exceptionnellement des douleurs peuvent durer et dans de rares cas, nécessiter l'ablation de la bandelette. Dans de très rares cas, des douleurs peuvent survenir lors de la pénétration vaginale.

Fistules vésico-urétrale/vaginales

La pose de la bandelette peut exceptionnellement entraîner une communication entre l'urètre ou la vessie et le vagin entraînant un écoulement d'urine +/- permanent. Cette complication rare fera l'objet d'une prise en charge spécifique.

Érosion vésicale ou urétrale

La bandelette peut se retrouver dans l'urètre ou la vessie de façon exceptionnelle entraînant des symptômes urinaires. Cette érosion nécessitera une prise en charge spécialisée dans un centre de référence avec exérèse de la bandelette.

Occlusion intestinale

En l'absence de gaz ou de selles pendant plusieurs jours, vous devez contacter votre médecin.

Infection de la bandelette

La composition de la bandelette rend cette complication rarissime mais en cas d'écoulement sale, de douleurs, de fièvre inexpliquée, vous devez contacter votre chirurgien.

Par la suite : une surveillance régulière est nécessaire. N'hésitez pas à consulter votre médecin une fois par an, ou en cas d'anomalie, envies fréquentes, difficultés d'uriner, infections urinaires répétées, écoulement vaginal anormal.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

RÉSULTATS

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon (85 à 90 %) sur le long terme, mais ne peut être garanti. Il peut arriver que les fuites persistent en post opératoire ou récidivent après un délai beaucoup plus long. La persistance des fuites ou leur récurrence fera l'objet d'une prise en charge spécifique.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre chirurgien gynécologue.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,

Parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : [tabac-info-Service.fr](http://tabac-info-service.fr) pour vous aider à arrêter.