

Cure d'incontinence urinaire par bandelette de soutènement sous-urétral

Votre médecin vous a proposé un **traitement chirurgical pour incontinence urinaire (fuites d'urines)**. Le présent document a pour but de vous expliquer les principes de cette chirurgie, ses avantages et ses inconvénients potentiels.

L'incontinence urinaire est définie par «toute perte involontaire d'urine». Les formes cliniques sont l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité et l'incontinence urinaire mixte. **L'incontinence urinaire d'effort** est caractérisée par une fuite involontaire d'urine qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale. **L'incontinence urinaire par impériosité** est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner. **L'incontinence urinaire mixte** combine les deux types de symptômes.

Il faut préciser que les fuites par impériosité et les symptômes à type d'urgences et d'envies fréquentes d'uriner sont inconstamment améliorés par le soutènement sous urétral.

QU'EST-CE QU'UNE CURE CHIRURGICALE D'INCONTINENCE URINAIRE ?

Cette intervention consiste à corriger les anomalies anatomiques à l'origine des fuites urinaires. Son objectif est de tenter de rétablir un soutènement de l'urètre par le biais d'une **bandelette placée sans fixation et sans tension par les voies naturelles**. La bandelette est le plus souvent constituée de **matériel synthétique élastique non résorbable** tricoté. Elle mesure environ 15 cm de long et 1 cm de large.

Au moment de l'effort, la bandelette favorise la clôture de l'urètre, améliorant ainsi le plus souvent la continence urinaire.

COMMENT SE DERoule UNE POSE DE LA BANDELETTE SOUS-URETRALE ?

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale (rachianesthésie ou péridurale), ou enfin sous anesthésie locale associée à l'administration d'un tranquillisant selon le choix et les décisions de votre chirurgien.

L'intervention peut se réaliser de plusieurs manières. Votre chirurgien vous précisera lors de la visite préopératoire le type d'intervention prévue selon votre cas.

- **La voie rétro pubienne** : une incision d'1 cm est réalisée sur la face antérieure du vagin et deux petites incisions de 5 mm sur la peau du pubis.

- **La voie transobturatrice** : une incision d'1 cm est réalisée sur la face antérieure du vagin et deux autres incisions de 5 mm réalisées sur la peau de part et d'autre des grandes lèvres au niveau de la partie haute de la cuisse.

Dans les deux cas, une cystoscopie (endoscopie de la vessie) peut être réalisée en fin d'intervention.

EN PRATIQUE

Avant l'opération :

Selon les cas, un bilan urodynamique peut être proposé et permet d'étudier le fonctionnement de la vessie afin d'adapter le traitement.

Une consultation pré-anesthésique est systématiquement réalisée une à deux semaines avant l'intervention.

Vous serez hospitalisée la veille ou le matin même de l'opération.

Le jour de l'opération :

Après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire. Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.

Après l'opération :

Vous passerez en salle de réveil pour une surveillance postopératoire de deux heures environ avant de retourner dans votre chambre.

Une sonde urinaire (facultative) de même que la perfusion intraveineuse, seront laissées en place pour une durée variable. Après l'ablation de la sonde urinaire, l'équipe soignante surveillera vos mictions.

Une mèche ou une compresse est parfois laissée en place dans le vagin pendant quelques heures.

Le premier lever se fera accompagné d'une infirmière ou d'une aide soignante.

Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire.

La reprise d'une alimentation normale se fait le soir même en l'absence de complication.

La sortie a généralement lieu le lendemain de l'intervention et parfois le jour même.

Les douches sont possibles dès le lendemain de l'opération. Une toilette intime est conseillée (prescription médicale).

Il est recommandé d'attendre un mois après l'opération pour reprendre des bains et une activité sexuelle du fait de la présence d'une cicatrice vaginale.

Un traitement anticoagulant peut être prescrit afin de réduire le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, particulièrement chez les patientes à risque.

Les exercices physiques sont contraindiqués pendant 2 à 4 semaines (sport, port de charges lourdes).

Après votre retour à domicile, si des douleurs persistantes, des saignements significatifs et persistants, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets, ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable de consulter votre médecin.

QUELS SONT LES RISQUES ET LES INCONVÉNIENTS DE LA CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE ?

La cure d'incontinence urinaire est une intervention courante, mini invasive et bien réglée, dont le déroulement est simple et sans conséquence pour les patientes dans la majorité des cas.

Pendant l'intervention :

L'ouverture de l'abdomen (ou laparotomie) : la voie d'abord initialement prévue peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention. Une laparotomie peut parfois s'avérer nécessaire alors que l'intervention était prévue par les voies naturelles.

La plaie de la vessie : c'est la complication la plus fréquente de la technique TVT (environ 5% des cas). Ce risque est majoré par un antécédent de chirurgie pour prolapsus (descente d'organes) ou incontinence urinaire (fuites d'urines). Si une plaie vésicale est constatée au moment de la cystoscopie, l'aiguille est repositionnée correctement ; vous garderez alors une sonde urinaire pendant 48 heures et votre hospitalisation sera prolongée de 2 à 3 jours. Ceci ne modifie en rien le résultat de l'intervention. Le risque de plaie de la vessie est exceptionnel lorsque la bandelette est posée par voie obturatrice.

La plaie de l'urètre : complication rare (moins d'1% des procédures) impliquant le retrait de la bandelette, la suture de l'urètre et le report de l'intervention.

Les lésions d'organes de voisinage peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale ou des vaisseaux sanguins nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique.

L'hémorragie : elle peut exceptionnellement menacer la vie de la patiente et nécessiter une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang.

Durant la période postopératoire

L'hématome : il nécessite le plus souvent des soins locaux mais une évacuation chirurgicale est parfois nécessaire.

Une infection ou un abcès peuvent survenir, nécessitant le plus souvent des soins locaux et plus rarement une évacuation chirurgicale ou le retrait de la bandelette.

Des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent parfois justifier un traitement médicamenteux et éventuellement des sondages urinaires itératifs ou de vous apprendre l'autosondage ce qui peut prolonger la durée de votre hospitalisation. Certaines obstructions persistantes nécessitent un abaissement chirurgical ou la section de la bandelette.

L'infection urinaire : il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne justifiant un traitement antibiotique.

La douleur : elle est en général modérée et nécessite un traitement antalgique simple. Selon la technique utilisée, les douleurs du pli inguinal et des cuisses peuvent durer jusqu'à un mois après la chirurgie chez 10 à 15% des opérées et nécessiter un traitement par anti-inflammatoires. Exceptionnellement, une douleur chronique gênante peut nécessiter une réintervention pour le retrait d'une portion ou de la totalité de la bandelette.

Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter une réintervention. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

À distance de l'intervention

Il existe une possibilité d'amélioration incomplète voire d'échec de la cure d'incontinence urinaire. Il peut parfois survenir une récurrence de fuites d'urines plusieurs mois ou années après une intervention réussie. Le taux d'échec est de 10 à 15% environ. Ce taux varie en fonction des antécédents, du type et de la sévérité des fuites et des paramètres du bilan urodynamique. En cas d'insuffisance sphinctérienne (le muscle ou sphincter qui ferme l'urètre est de mauvaise qualité), le risque d'échec peut atteindre 25%.

Les facteurs prédictifs de succès ou d'échec de l'intervention seront détaillés par votre chirurgien au moment de la visite préopératoire.

Défaut de cicatrisation vaginale : on peut observer au moment de la visite postopératoire un défaut de cicatrisation du vagin en regard de la bandelette. Il est également possible d'observer une érosion vaginale plusieurs mois après l'opération. Cette complication se manifeste par des pertes ou des saignements vaginaux ou des douleurs au moment des rapports sexuels. Une petite intervention ambulatoire peut être nécessaire pour réséquer la partie visible de la bandelette ce qui peut compromettre le résultat initial.

A plus long terme : il existe un risque mineur de rejet de la bandelette justifiant une réintervention pour ablation complète de la prothèse.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement médicamenteux. Il est impératif d'informer le chirurgien et l'anesthésiste de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

Cette fiche d'information ne peut certainement pas répondre à toutes vos interrogations. N'hésitez pas à poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit à votre chirurgien.