

Fiche Info-Patient



Association
Française
d'Urologie
www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

BANDELETTE TVT POUR CURE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LA FEMME

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

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 urologue.

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter l'incontinence urinaire, que vous présentez.

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.

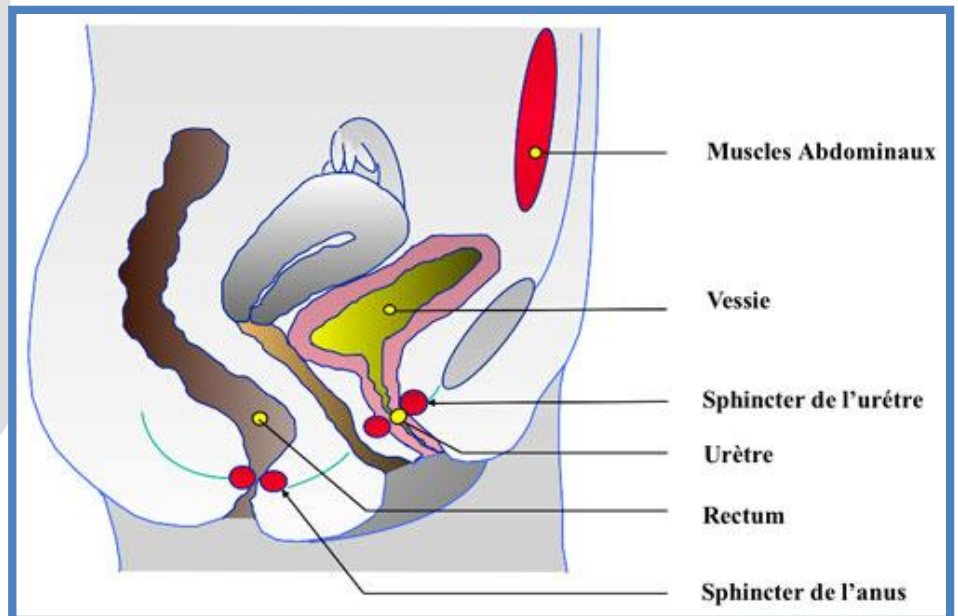


Schéma de l'anatomie pelvienne féminine

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).

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

- ◆ **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 .

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

Elle est la conséquence :

- ◆ D'une faiblesse des muscles du périnée (périnée : partie du corps fermant en bas le petit bassin et traversée par la terminaison des voies urinaires, génitales et digestives) chargés de soutenir la vessie et l'urètre.
- ◆ D'une faiblesse du sphincter de l'urètre (muscle chargé d'assurer l'étanchéité de la vessie).

La femme est volontiers sujette à ce handicap car son urètre est très court, son sphincter peu puissant, son périnée fragilisé par plusieurs orifices permettant le passage de l'urètre, du vagin et du rectum. Son périnée est soumis à rude épreuve lors de la grossesse et surtout de l'accouchement. Enfin, le manque d'hormones après la ménopause conduit à un assèchement des tissus et à une fragilité supplémentaire.

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 type TVT consiste à positionner sous l'urèthre par voie rétropubienne (en arrière du pubis) une bandelette synthétique en polypropylène qui permet de remplacer les structures de soutien défailtantes. Le traitement de votre incontinence urinaire n'est pas une nécessité vitale. En fonction de votre gêne, vous décidez avec votre urologue de l'intérêt de cette intervention.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

La rééducation périnéo-sphinctérienne peut permettre de pallier vos fuites urinaires. L'intervention peut vous être proposée en cas d'échec de cette rééducation. Il existe d'autres modèles de bandelettes sous-urétrales placées différemment par voie transobturatrice ou fixées différemment. Le choix est fait par votre urologue en fonction de chaque cas.

Préparation à l'intervention

Un bilan urodynamique peut être réalisé en préopératoire.

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

Une analyse d'urine est réalisée avant l'intervention. En cas d'infection urinaire, l'intervention est différée le temps d'obtenir la stérilisation des urines. Une tonte de la région pubienne et vulvaire est effectuée et une douche bétadinée préopératoire vous est demandée.

Technique opératoire

Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique : une courte incision est pratiquée sur la paroi du vagin juste en dessous de l'urèthre.

Deux courtes incisions au dessus du pubis permettent 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 le canal de l'urètre, d'où son nom de TVT (Tension free Vaginal Tape).



Figure : Trajet de la bandelette TVT

Un contrôle endoscopique (cystoscopie) est effectué pour vérifier l'absence de plaie de la vessie.

La durée de l'intervention est courte, le plus souvent inférieure à 30 minutes. En fin d'intervention, l'urologue peut laisser temporairement une sonde urinaire pour que votre vessie soit au repos.

Suites habituelles

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire (habituellement de quelques heures à 24 heures sauf situation particulière) est défini par le chirurgien. A l'ablation de la sonde, vous pouvez ressentir quelques brûlures et constater que votre vessie se vide plus lentement. Les douleurs au niveau de la face interne des cuisses sont rarement importantes et souvent temporaires.

La durée d'hospitalisation est le plus souvent inférieure à 48 heures. Sous certaines conditions, l'intervention peut être réalisée en ambulatoire.

La convalescence à prévoir est de quelques jours. Vous devez vous abstenir de porter des charges lourdes, de faire du sport, de prendre des bains (douches autorisées) et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration vaginale pendant un mois pour permettre la cicatrisation de l'incision vaginale. Pendant cette période, quelques pertes vaginales peuvent survenir et sont tout à fait normales.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après votre sortie.

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 :

- ◆ Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.
- ◆ Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares mais possibles :

- **Pendant le geste opératoire :**

Plaie de vessie ou de l'urètre

Il peut arriver que le passage de la bandelette s'effectue dans la vessie, ce qui nécessite simplement un repositionnement par un nouveau passage. Le risque est plus fréquent quand vous avez déjà été opérée, ce qui a pu entraîner des adhérences. Exceptionnellement une plaie de l'urètre peut survenir pendant l'intervention, ce qui pourrait faire différer la pose de la bandelette. Vous devez alors selon l'avis du chirurgien, conserver la sonde urinaire un peu plus longtemps.

Hémorragie – Hématome

Cette complication est très rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention ou une transfusion sanguine.

Complications graves

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 (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) sont de survenue exceptionnelle 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.

- **Dans les suites opératoires :**

Douleurs

Les douleurs sont le plus souvent inexistantes. Cependant, exceptionnellement des douleurs peuvent durer et dans de rares cas, nécessiter l'ablation de la bandelette.

Infection

Une infection urinaire est possible après l'intervention nécessitant la prescription d'antibiotiques. Exceptionnellement, la bandelette peut aussi être intéressée par une infection.

Difficultés à uriner

La reprise des mictions à l'ablation de la sonde 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. Cependant, 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).

Retard de cicatrisation

Normalement, la cicatrisation est obtenue en un mois. Le retard de cicatrisation est très rare et peut survenir essentiellement au niveau du vagin.

Erosion tardive

L'érosion tardive de l'urètre ou du vagin est exceptionnelle.

Les besoins impérieux d'uriner (urgenturie)

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.

Sexualité

Votre sexualité n'est pas modifiée par l'intervention. Dans de très rares cas, des douleurs peuvent survenir lors de la pénétration.

Résultats

Le résultat sur **l'incontinence est habituellement très bon (85 à 90%), mais ne peut être garanti. Cependant, des récives d'incontinence urinaire à l'effort peuvent toujours survenir et être corrigées.**

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.