

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE EN 2025

DERNIERE MISE A JOUR :
MARS 2025

CURE D'INCONTINENCE URINAIRE PAR BANDELETTE APONEVROTIQUE SOUS-URETRO- CERVICALE

pour IU d'effort d'origine
neurologique

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés 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 urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :
WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

OBJECTIF

Cette intervention est proposée pour traiter l'incontinence urinaire d'effort « compliquée » en particulier celle d'origine neurologique.

Les fuites urinaires d'effort chez la femme sont dues à 2 mécanismes principaux présents selon les cas en proportion variable :

- d'une part un défaut de soutien de la jonction vessie-urètre (on parle hypermobilité) responsable de fuites lors des efforts brutaux (éternuement, toux, rire, port de charges),
- d'autre part une faiblesse du muscle qui ferme l'urètre (le sphincter), on parle d'insuffisance sphinctérienne, responsable de fuite lors d'effort minime voire sans effort par la simple position debout.

Au repos complet allongé ces fuites disparaissent le plus souvent. Dans l'incontinence d'effort compliquée d'origine neurologique c'est l'insuffisance sphinctérienne qui est majoritaire.

La mise en place d'une bandelette (7 à 10 cm de long sur 1 à 2 de large) découpée dans l'enveloppe d'un muscle appelée aponévrose (muscles abdominaux ou de l'extérieur de la cuisse) sous l'urètre, en arrière du pubis, permet de remplacer le travail des structures défaillantes, de soutenir ou parfois encercler l'urètre pour éviter les fuites. Cette intervention utilise vos propres tissus ce qui a l'avantage de ne pas exposer aux risques d'érosion de l'urètre ou du vagin par la bandelette

LA VESSIE, L'URÈTRE ET L'INCONTINENCE URINAIRE

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 urétral** permet de fermer l'urètre et

assure la continence urinaire (le fait de ne pas avoir de fuite d'urine).

L'action d'uriner s'appelle la **miction**.

Il existe 2 types d'incontinence urinaire :

- l'incontinence urinaire à l'effort (à la toux, éternuement, rire, marche, course parfois la simple position debout suffit) liée à un problème d'urètre
- et l'incontinence urinaire par urgenturie liée à un problème de vessie (fuites précédées d'un besoin urgent qu'il n'est pas possible de retenir).

L'incontinence urinaire d'effort de la femme est dite compliquée quand elle survient en conséquence d'un problème neurologique, après échec ou complication d'autres techniques de traitement d'incontinence d'effort, après radiothérapie pelvienne ou accompagnée d'autre problème de fonctionnement de vessie (par exemple difficulté à vider la vessie en plus des fuites).

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

D'autres interventions existent et pourraient être proposées : agents comblants injectables péri urétraux, bandelette sous urétrale synthétique, ballonnets latéro-urétraux ajustables, sphincter urinaire artificiel voire dérivation urinaire continente ou non continente.

Le choix de l'intervention doit être discuté avec votre chirurgien et sera fait selon la sévérité de votre incontinence urinaire, votre autonomie, vos antécédents, votre façon d'uriner (auto-sondages ou pas) et vos préférences.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une

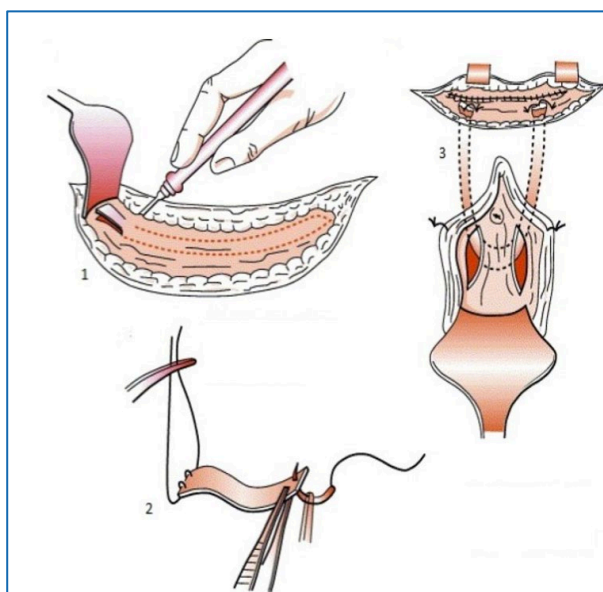
préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

Le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale) dépend de l'avis du chirurgien et du médecin anesthésiste en fonction de votre dossier et en tenant compte de vos préférences si cela est possible. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Un examen cytot bactériologique des urines (ECBU) doit obligatoirement être effectué quelques jours avant l'intervention afin de vérifier l'absence de bactérie dans les urines et le cas échéant, de les traiter avec un antibiotique adapté. En cas d'infection urinaire, l'intervention est différée le temps d'obtenir des urines stériles.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Au bloc opératoire, vous êtes installés en position gynécologique.



Le prélèvement de la bandelette aponévrotique : selon les opérations subies avant l'habitude du chirurgien et vos préférences peut se faire par une incision au-dessus du pubis (l'aponévrose des muscles droits de l'abdomen) ou par une incision de la face externe de la cuisse (fascia lata).

Pour la mise en place de la bandelette prélevée, plusieurs voies d'abord sont possible selon la technique opératoire :

- une incision de la paroi antérieure du vagin juste en dessous de l'urètre puis une incision de quelques centimètres au-dessus du pubis pour tendre la bandelette de part et d'autre de l'urètre. La bandelette est passée au moyen d'une aiguille de chaque côté de l'urètre et en avant de la vessie, puis est fixée sans tension excessive à la paroi des muscles abdominaux. Un contrôle endoscopique (cystoscopie) est ensuite effectué pour vérifier l'absence de plaie de la vessie lors du passage de la bandelette.
- par voie ouverte ou vidéo assistée avec sans assistance robotique lorsque la bandelette fait partie d'une autre opération faite par voie abdominale (agrandissement de vessie par exemple). Elle est dans ce cas fixée à un ligament très solide situé en arrière du pubis (ligament de Cooper).

Schéma du principe de l'opération : 1 un morceau d'enveloppe des muscles est prélevé (la bandelette d'aponévrose), 2 des fils de suspension sont passés aux extrémités de la bandelette, 3 après avoir fait un passage autour de l'urètre au niveau du vagin, on passe la bandelette et les fils derrière le pubis et on les noue pour réaliser un hamac de soutien sous l'urètre.

Dans certain cas la bandelette peut être entourée autour de l'urètre avant d'être fixée (bandelette spiralée) pour fermer plus l'urètre, dans ce cas les autosondages seront obligatoires après l'opération s'ils n'étaient pas déjà votre façon de vider la vessie.

La durée opératoire est le plus souvent de l'ordre de 1h que l'intervention soit faite isolement par voie vaginale et courte incision sus pubienne ou faite associée à un autre geste par voie abdominale.

Une sonde vésicale est mise en place pendant l'intervention et le plus souvent enlevée à J1 ou J2 en cas de geste isolé. En cas de geste associé à une reconstruction de vessie (comme un agrandissement) la sonde est gardée 15 à 21 jours.

SUITES HABITUELLES ET 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 est définie par le chirurgien (le plus souvent à J1). A la reprise des mictions, vous pouvez ressentir quelques brûlures et constater que votre vessie se vide plus lentement. Des contrôles échographiques de votre vessie seront fait à chaque miction les premières heures pour s'assurer de la bonne vidange vésicale.

En cas de vidange incomplète, il peut être nécessaire d'avoir recours aux autosondages qui vous seront appris durant votre hospitalisation ou qui mieux vous auront été appris avant celle-ci. Si vous pratiquez déjà les autosondages, ceux-ci doivent être repris dès l'ablation de la sonde vésicale.

Les douleurs au niveau du pubis et du vagin sont rarement importantes et souvent temporaires (2 à 5 jours). Les douleurs de la cuisse en cas de prélèvement de fascia lata peuvent parfois durer plus longtemps (jusqu'à 15 jours).

La durée d'hospitalisation est le plus souvent inférieure à 48 heures.

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 le 1er mois post opératoire pour permettre la cicatrisation de l'incision vaginale.

Des soins infirmiers à domicile ne sont pas systématiques mais peuvent être prescrit par le chirurgien pour surveillance des cicatrices et ablation des fils s'ils ne sont pas résorbables. Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après votre sortie.

Pour les intervention combinées les durées de séjour sont plus longues.

PRÉCAUTIONS

Cicatrisation

La chirurgie comporte une ou plusieurs incisions plus ou moins grandes. Dans les suites vous pouvez voir apparaître un hématome sous cutanée. Les incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi et surtout 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 rapidement cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agit d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils lorsqu'elle est

nécessaire (pas de besoin si fil résorbable) est réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement corticoïde). Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

La cicatrisation du vagin s'effectue en quelques jours. Durant cette période, quelques pertes vaginales ou saignements peuvent survenir et sont tout à fait normaux. Les fils sont en général résorbables en quelques semaines 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 urologue.

Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après la pose d'une bandelette aponévrotique. Toute fièvre post opératoire inexplicquée doit conduire à une consultation médicale.

Activités

Vous pourrez reprendre une activité normale dès la sortie d'hospitalisation, mais les efforts violents, le port de charges lourdes (supérieures à 5 kg) sont interdits pendant 1 mois. Vos activités sportives habituelles doivent 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 le mois qui suit 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. Veillez à les sécher par tamponnement ou sèche-cheveux afin d'éviter toute macération.

► 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.

Des douleurs au niveau des cicatrices ou du périnée

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.

En cas de prélèvement de bandelette de fascia lata, des douleurs en regard de la cicatrice de la cuisse sont habituelles et peuvent rendre la marche difficile. **Si l'intensité des douleurs augmente, que les médicaments contre la douleur ne sont plus efficaces, que votre jambe devient pale ou que vous ressentez un engourdissement/fourmillement contactez votre chirurgien.**

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, qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines.

Des difficultés à uriner

La force du jet vous peut vous sembler faible pendant les premiers jours. Il est conseillé d'éviter de pousser en urinant. Il est recommandé de prendre son temps pour évacuer les urines. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical urgent.

Des fuites urinaires

Après le retrait de la sonde, il est possible que vous

présentiez quelques fuites urinaires, essentiellement à l'effort. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement.

Des difficultés à réaliser les auto-sondages

En cas de ressaut, de douleur ou de saignement au passage de la sonde d'auto-sondage ou d'impossibilité à faire votre sondage il est nécessaire de consulter rapidement votre urologue.

Des troubles sexuels

Les relations sexuelles avec pénétration vaginale et les tampons périodiques sont interdits pendant les 4 semaines qui suivent l'intervention en cas d'incision du vagin afin qu'elle cicatrise parfaitement. Une fois la convalescence terminée, votre sexualité ne devrait pas être altérée par l'intervention.

Des troubles du transit intestinal

Vous devez absolument éviter la 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 quelques temps.

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.

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.

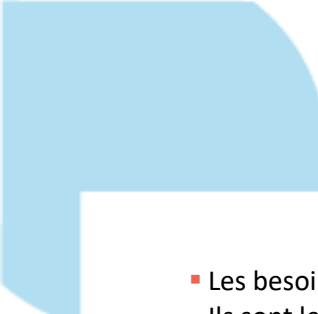
D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

► 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 :

- Rétention urinaire
A distance de l'intervention, des difficultés importantes pour uriner peuvent persister, avec une vidange incomplète de la vessie. Il peut donc être nécessaire de recourir à des auto-sondages répétés qui vous seront appris en hôpital de jour ou à un drainage vésical par cathétérisme sus-pubien (drainage direct dans la vessie) si les auto-sondages ne sont pas faisables
- Infection urinaire
Une infection des urines est possible en postopératoire. Si vous souffrez de brûlures en urinant, que les urines sont troubles, ou que vous avez de la fièvre, vous devez contacter votre chirurgien dans les meilleurs délais.
- Plaie de la vessie
Elle peut être favorisée par des interventions chirurgicales antérieures. Cette ouverture peut nécessiter quelques jours de sondage supplémentaires.



- 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.

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

- Plaie de l'urètre
Elles sont également favorisées par les interventions précédentes. Les plaies sont refermées pendant l'intervention.

- Plaie digestive
- Plaie vasculaire
- Fistules vésico-uréthro/vaginales
- Érosion vésicale ou urétrale
- Occlusion intestinale

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.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,

faites le 15.

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

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **cure d'incontinence urinaire par bandelette aponévrotique sous-urètro-cervicale pour IU d'effort d'origine neurologique.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site www.urofrance.org/espace-grand-public/

L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

Le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne