

MISE EN PLACE DE BANDELETTES SOUS URETRALES DE TYPE TOT OU TVT

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre incontinence urinaire.

LA VESSIE ET L'URETHRE

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée. L'urètre est le canal de sortie de l'urine vers l'extérieur. Le sphincter permet de fermer l'urètre et assure la continence. L'évacuation de l'urine de la vessie s'appelle la miction.

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les fuites urinaires à l'effort sont la conséquence de l'altération des structures de soutien de la vessie et du sphincter de l'urètre. L'intervention consiste à positionner sous l'urètre une petite bandelette synthétique en prolène qui permet de remplacer les structures de soutien défaillantes. Dans certains cas il peut être nécessaire d'associer un geste de repositionnement des organes pelviens (vessie, utérus, vagin, rectum).

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Le traitement de votre incontinence urinaire n'est pas une nécessité vitale. Une rééducation est parfois possible pour pallier à vos fuites urinaires. Après discussion avec votre urologue vous avez décidé de vous faire opérer pour traiter ce problème. Il existe d'autres techniques par chirurgie classique ou coelioscopique. Celles-ci vous ont été expliquées par votre urologue.

SUITES HABITUELLES

Après ablation de la sonde urinaire et du tampon vaginal (éventuellement mis en place pendant l'intervention), vous pourrez ressentir quelques brûlures et constater que la vessie se vide plus lentement ; les douleurs au niveau des incisions sont généralement minimales et temporaires. La convalescence à prévoir est de quelques jours en fonction de vos activités professionnelles. Vous devrez éviter de porter des charges lourdes, de prendre des bains, et d'avoir des rapports sexuels pendant environ 1 mois. Pendant cette période, quelques pertes vaginales minimales peuvent survenir et sont normales. Par la suite, cette intervention ne modifiera pas votre vie sexuelle. Une consultation de contrôle avec votre chirurgien est prévue quelques semaines après votre sortie.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles.

Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelles et peuvent parfois n'être pas 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 prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

Certaines complications peuvent être liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles comme dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en rapport avec l'opération sont possibles malgré la simplicité apparente de cette technique :

-Pendant l'intervention : Plaie de la vessie par passage d'une bandelette dans la vessie. Une plaie de l'urètre est extrêmement rare mais ajournerait l'intervention ; hémorragie ou hématome pouvant nécessiter exceptionnellement une ré intervention et/ou une transfusion.

Les complications graves sont très exceptionnelles : comme au cours de toute intervention chirurgicale, des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital peuvent survenir (plaie d'un gros vaisseau ou intestinale, traumatisme d'un nerf, phlébite, embolie pulmonaire...)

-Dans les suites opératoires : Les douleurs sont très modérées en post-opératoire, voir inexistantes. Parfois peut survenir une douleur irradiant vers la cuisse qui cesse le plus souvent spontanément ou avec un traitement médical (liée à une irritation d'un petit rameau nerveux).

Une infection urinaire est possible après l'intervention nécessitant la prescription d'antibiotiques. En raison de sa texture parfaitement tolérée, l'infection de la bandelette elle-même est exceptionnelle.

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

A distance de l'intervention, il est fréquent de constater un ralentissement du jet urinaire pendant la miction. 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. Le chirurgien jugera alors de la nécessité ou non d'une ré intervention.

Normalement, tout est cicatrisé en un mois. Le retard de cicatrisation essentiellement au niveau du vagin est très rare, quant à l'érosion tardive de l'urètre ou du vagin, elle paraît exceptionnelle.

Les besoins impérieux sont le plus souvent modérés, parfois cependant à l'origine de fuites sur besoins pressants. Ils seront souvent régressifs avec le temps, éventuellement avec un traitement médical.

S'ils persistent, le chirurgien pourra faire des examens complémentaires afin de déterminer la solution la mieux adaptée à votre cas

RESULTATS

Le résultat sur la continence est habituellement très bon mais ne peut bien entendu être garanti.

Cette technique pour traiter l'incontinence urinaire d'effort a été mise au point en 1994 en Suède, avec des résultats équivalents aux techniques classiques (environ 80% de succès à 5 ans).

En 2005, une centaine de milliers de femmes avaient déjà été opérées dans le monde avec cette technique et les bons résultats paraissent se maintenir dans le temps ; cependant le devenir à long terme n'est pas encore évalué.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



Dr CARIU,
Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon - Paris
d'après l'Association Française d'Urologie

www.hopital-dcss.org

Date de création :

Mise à jour : le 28 mai 2009

Reproduction interdite sans autorisation des auteurs.