



Bandelette mi-urétrale

51.054F

Qu'est-ce que l'incontinence urinaire ?

L'incontinence urinaire consiste en une émission involontaire d'urine, vécue comme gênante.

Il existe plusieurs types d'incontinences urinaires :

- **L'incontinence urinaire à l'effort (= de stress)** : cette forme est principalement due à un relâchement des muscles du plancher pelvien, à la suite de quoi le sphincter de la vessie fonctionne moins bien. Les fuites urinaires se produisent surtout lorsqu'une pression (stress) est exercée sur la vessie en cas d'efforts tels que le sport, la toux, le rire, les éternuements, la marche et un changement de position.
- **L'incontinence d'urgence** : Les fuites urinaires sont associées à un besoin brutal et urgent (*urgency*) d'uriner, auquel il est impossible de résister.
- **L'incontinence urinaire mixte** : cette forme est une combinaison d'incontinence à l'effort et d'incontinence d'urgence.

Comment fonctionne une vessie normale ?

La possibilité de retenir l'urine et de l'évacuer par la suite nécessite une série d'événements complexes impliquant le cerveau, la vessie, l'urètre, le plancher pelvien ainsi que les nerfs du plancher pelvien. Lorsque l'urine est produite et stockée dans la vessie, la vessie va se détendre pour pouvoir se remplir petit à petit. Au moment où la vessie est pleine, on perçoit le besoin d'uriner, et, à un moment adéquat, le cerveau va envoyer un signal suite auquel l'urètre va se relâcher, et la vessie se contracter. La vessie et l'urètre sont soutenus par le plancher pelvien. Celui-ci se contracte lors de la toux, des éternuements et des efforts physiques, afin d'éviter toute perte d'urine involontaire. Une faiblesse des muscles du plancher pelvien et/ou une lésion de ceux-ci peu(ven)t donner lieu à des fuites urinaires. En outre, le manque d'hormones après la ménopause entraîne une sécheresse des muqueuses et des tissus, et donc une fragilité accrue.

Quelles sont les causes de l'incontinence urinaire de stress ?

- La grossesse et l'accouchement, en l'occurrence un accouchement par voie basse ;
- L'obésité, une toux chronique, le port fréquent de lourdes charges et la constipation. Ces facteurs augmentent la pression abdominale et peuvent de ce fait aggraver l'incontinence de stress ;
- Des facteurs héréditaires (e.a. des maladies du tissu conjonctif).

Comment diagnostique-t-on une incontinence de stress ?

Nous vous interrogerons au sujet des activités qui provoquent les fuites urinaires et examinerons si d'autres facteurs jouent également un rôle, comme un prolapsus. Les femmes souffrant d'incontinence de stress peuvent également présenter des plaintes d'incontinence précédée d'un besoin irrésistible d'uriner (incontinence d'urgence) ou encore de l'incontinence avant d'aller à la selle. Signalez tous ces symptômes à votre médecin.

Quels examens vont être réalisés ?

- Votre médecin pourra vous demander de tousser en ayant la vessie pleine, afin d'étayer le diagnostic ;
- Il pourra vous demander de tenir un agenda des mictions, dans lequel vous noterez les quantités de liquides absorbées, la fréquence des mictions et les quantités d'urine émises, mais aussi la fréquence et l'abondance des fuites urinaires ;
- Il pourra demander un examen urodynamique. Cet examen mesure les caractéristiques de remplissage et de vidange de la vessie et, si le diagnostic n'est pas clair, il peut ainsi indiquer la cause de l'incontinence ;
- On réalise souvent un examen échographique pour mesurer la quantité d'urine qui reste dans la vessie après la miction, mais aussi pour exclure d'autres anomalies abdominales ;
- Analyse d'urine afin d'exclure une infection.
 - Parfois, il regardera à l'intérieur de la vessie (cystoscopie) pour exclure d'autres causes à ces fuites urinaires.

Quel est le traitement de l'incontinence de stress ?

Il existe plusieurs manières de traiter l'incontinence de stress. En premier lieu, le traitement vise le plus souvent à renforcer le plancher pelvien. À cet égard, vous serez adressée à un(e) kinésithérapeute qui pratique de la gymnastique médicale ou une électrostimulation. Si ce traitement dit 'conservateur' n'aide pas, une opération pourra s'avérer nécessaire. Si un prolapsus de la vessie ou de l'utérus joue un rôle dans le problème d'incontinence, il peut être nécessaire d'y remédier chirurgicalement.

Traitement de l'incontinence de stress par mise en place d'une bandelette mi-urétrale

Si la revalidation du plancher pelvien ne donne pas les résultats souhaités, ou si l'incontinence est trop importante, une intervention chirurgicale est un des moyens les plus efficaces de résoudre les fuites urinaires liées à l'effort.

Cette opération a pour but de corriger la faiblesse du système suspenseur de l'urètre. Avant 1993, l'opération de choix pour l'incontinence de stress impliquait une importante opération abdominale. Actuellement, la méthode la plus utilisée est la mise en place d'une bandelette en dessous de la partie médiane de l'urètre. Cette bandelette soutient l'urètre lors de la toux, des éternuements ou des efforts de poussée. Après une petite incision, la bandelette peut être introduite de plusieurs manières :

- **Bandelettes rétropubiennes (TVT)** : bandelettes placées sous l'urètre, qui se dirigent vers la zone située derrière le pubis. La bandelette est fixée via deux petites incisions au niveau de la peau, au-dessus du pubis.
- **Bandelettes transobturatrices (TOT)** : bandelettes placées sous l'urètre, qui débouchent au niveau des plis inguinaux (via 2 incisions).
- **Mini-sling** : plus petites bandelettes placées sous l'urètre, mais qui sont ancrées dans le tissu lui-même et ne nécessitent donc pas d'incisions à l'endroit où sort la bandelette.

Technique opératoire

On pratiquera une petite incision de 2 cm au niveau de la paroi vaginale antérieure. Après l'opération, on placera une sonde vésicale et/ou un tampon. L'intervention dure de 20 à 30 minutes.

Avant l'opération

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale, épidurale (lors de laquelle seules les jambes sont endormies) ou générale. Le choix est déterminé sur la base de vos antécédents personnels, en tenant compte de vos préférences. Si vous avez une infection urinaire, il se peut qu'il faille reporter votre opération.

Après l'opération

La procédure est le plus souvent indolore. Temporairement, vous pouvez ressentir des douleurs inguinales pendant quelques semaines. Si nécessaire, on vous donnera des antidouleurs par voie intraveineuse ou orale. La sonde vésicale et/ou la mèche vaginale seront enlevées au bout de quelques heures, en concertation avec le chirurgien. Le plus souvent, la durée de l'hospitalisation est de quelques heures à 24 heures. Il est possible que vous présentiez un écoulement vaginal pendant quelques jours.

Que faire après votre sortie ?

La convalescence prend généralement 2 semaines, en fonction de votre profession. Après avoir quitté l'hôpital, vous pourrez reprendre vos activités normalement. Vous devrez toutefois éviter les efforts importants et éviter de soulever des charges pendant 6 semaines. L'excès de poids et l'obésité peuvent avoir une influence sur le succès de l'intervention. Il est préférable de ne pas prendre de bains pendant 1 mois, mais les douches sont autorisées directement après l'opération. Pendant 4 semaines, vous devrez vous abstenir de relations sexuelles et de toute pratique sportive. Nous vous fixerons un rendez-vous de contrôle quelques semaines après l'opération. En cas de brûlures tenaces en urinant, de modification de l'odeur de l'urine, de fièvre 'élevée' au-dessus de 38 °C, de saignement, de douleurs ou de difficultés pour uriner, vous devez avertir votre médecin.

Quelles sont les complications possibles ?

Cette technique est pratiquée depuis 1995, et elle est l'intervention standard par excellence pour les femmes souffrant d'incontinence de stress. À l'échelle mondiale, cette opération a déjà été pratiquée chez plus d'un million de femmes, avec un taux de succès de plus de 90 %. Toutefois, comme avec toute intervention, quelques complications sont possibles.

Pendant l'opération

Toutes les techniques récentes pour la mise en place de la bandelette sont très sûres, et les complications pendant l'opération sont donc très rares. Une perforation de la vessie ou de l'urètre pendant l'intervention peut être décelée par le chirurgien au moyen d'une cystoscopie. Une telle perforation est le plus souvent bénigne, si elle est repérée à temps. Dans ce cas, la sonde vésicale devra rester en place un peu plus longtemps, pour permettre la guérison.

Complications graves

- Lors de la mise en place de la bandelette sous-urétrale, il peut se produire une perforation intestinale, des lésions vasculaires ou des lésions nerveuses. Cela se produit dans moins de 1 % des cas.
- Toute intervention, même minime, implique des risques imprévisibles et exceptionnels, tels qu'embolie pulmonaire, crise cardiaque, thrombose veineuse profonde, choc anaphylactique dû à une allergie...

Après l'opération

- **Infection** : une infection des voies urinaires peut survenir quelques jours après l'opération. Elle peut être due à la mise en place d'une sonde lors de l'intervention chirurgicale. Cette infection guérira vite, après quelques jours d'antibiotiques. Le risque d'infection due à la bandelette est exceptionnel, étant donné que cette bandelette est bien tolérée et intégrée dans l'organisme.
- **Difficultés pour uriner** : juste après l'opération, le jet urinaire est souvent plus faible. Parfois, ceci empêche de vider complètement la vessie, et on décide alors de garder la sonde vésicale un peu plus longtemps, jusqu'à ce que l'urètre ait dégonflé. Si ces problèmes persistent, votre chirurgien pratiquera une deuxième opération et sectionnera la bandelette ;
- **Mictions fréquentes et urgentes** : ceci disparaît généralement au bout de quelques jours ou semaines après l'opération. Si cela persiste, contactez votre médecin ;
- **Sexualité** : au bout d'environ 1 mois, l'incision vaginale sera cicatrisée, et vous pourrez reprendre une activité sexuelle comme auparavant. Exceptionnellement, il est possible que vous (ou votre partenaire) sentiez (sente) la bandelette dans le vagin ;
- **Douleur** : l'intervention ne nécessite pas d'incisions ou d'actes traumatiques importants. La douleur est le plus souvent légère, et limitée à quelques jours après l'opération. Rarement, une douleur au niveau du trajet de la bandelette peut persister ;
- **Problèmes de cicatrisation** : Avertissez votre médecin si vous avez des pertes vaginales anormales ;
- **Érosion et rejet de la bandelette** : en général, les matériaux utilisés sont bien supportés, mais cela reste un corps étranger dans l'organisme. Une érosion de l'urètre ou de la paroi vaginale antérieure est rare, mais possible.

Contrôle

Un contrôle régulier est nécessaire. Contactez votre médecin une fois par an, ou dès que vous remarquez une anomalie, comme des besoins fréquents d'uriner, des difficultés pour uriner, des infections urinaires à répétition et des pertes vaginales anormales. Votre urologue est toujours disponible pour vous donner davantage d'informations.

Avez-vous d'autres questions ou des remarques en rapport avec cette brochure ? N'hésitez pas à contacter votre médecin.

Service d'Urologie/Chirurgie : route 51 – tél. : 057 35 72 00



Jan Yperman Ziekenhuis