

INFORMATIONS MEDICALES

CURE D'INCONTINENCE URINAIRE PAR MINI BANDELETTE DE SOUTÈNEMENT SOUS-URETRAL (ALTIS®)

Étiquette patient

Cachet du médecin

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 différentes incontinenances 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 par les voies naturelles. La bandelette est constituée de matériel synthétique élastique non résorbable tricoté. Elle mesure environ 7,75 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 locorégionale (rachianesthésie ou péridurale), ou enfin sous anesthésie locale associée à l'administration d'un tranquillisant (ou hypnose) selon le choix et les décisions de votre chirurgien et médecin anesthésiste.

Une incision d'1 cm est réalisée sur la face antérieure du vagin et la bandelette est glissée à droite et à gauche, maintenue en place et réglée de façon optimale, puis le vagin est refermé à l'aide d'un fil qui se résorbera de lui-même.

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. Votre chirurgien peut vous demander de compléter des questionnaires permettant d'évaluer objectivement vos soucis urinaires.

Une consultation pré-anesthésique est réalisée avant l'intervention.

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

Le jour de l'opération :

Vous serez conduite au bloc opératoire. Sauf si l'intervention est prévue sous l'anesthésie locale, 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 ou dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Une sonde urinaire (facultative) de même que la perfusion intraveineuse, seront laissées en place pour une durée variable (la plus courte possible). Après l'ablation de la sonde urinaire, l'équipe soignante surveillera vos mictions et nous vous demanderons donc de les appeler.

Une mèche ou une compresse est rarement 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 est possible le jour même.

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

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 femmes à risque.

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

Après votre retour à domicile, si des douleurs ou des saignements significatifs persistent, 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 :

La plaie de la vessie est exceptionnelle. Ce risque est majoré par un antécédent de chirurgie pour prolapsus (descente d'organes) ou incontinence urinaire. Si une plaie vésicale est constatée, vous garderez alors une sonde urinaire pendant 48 heures et votre hospitalisation sera en général prolongée de 2 à 3 jours.

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.

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 :

Des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent parfois justifier un contrôle dans les jours qui suivent votre sortie et rarement des sondages urinaires itératifs ce qui peut prolonger la durée de votre hospitalisation. Certaines obstructions persistantes nécessitent un abaissement chirurgical ou la section de la bandelette.

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 antibiotiques et des soins locaux, plus rarement une évacuation chirurgicale ou le retrait 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. Exceptionnellement, une douleur chronique gênante peut nécessiter une ré-intervention pour le retrait d'une portion ou de la totalité de la bandelette.

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 ré-intervention 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 qui reste à votre disposition.

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.