

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

CURE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Qu'est-ce que l'incontinence urinaire d'effort ?

L'incontinence est une perte d'effort et la perte involontaire et soudaine d'urines pendant vos activités quotidiennes normales. Il se peut que vous souffriez de ce type d'incontinence urinaire si vous perdez les urines quand :

- vous toussiez, éternuez ou riez ;
- vous marchez, faites de l'exercice, ou soulevez une charge lourde ;
- vous vous levez du siège ou du lit.

Si vous souffrez de perte soudaine et involontaire d'urines, cela signifie que votre urètre (le conduit issu de la vessie par où s'écoule l'urine) ne reste pas fermé jusqu'au moment d'uriner. Chaque mouvement augmentant la pression qui s'exerce sur la vessie provoque une perte d'étanchéité de l'urètre de sorte que l'urine puisse s'écouler.

L'incontinence est un problème médical qui peut être traité.

Pourquoi mon urètre ne fonctionne-t-il pas correctement ?

L'incontinence urinaire d'effort est due à l'hypermobilité de l'urètre dont les systèmes de soutien sont altérés.

L'affaiblissement du plancher pelvien (tissu élastique du vagin et des muscles sous-jacents fermant la partie inférieure du bassin) peut entraîner un affaissement progressif de la vessie et de l'urètre : l'urètre est alors moins bien soutenu et ne se ferme plus parfaitement au moment de l'effort.

L'autre mécanisme en cause, moins fréquent, est un relâchement et un mauvais fonctionnement de la partie musculaire de l'urètre (muscle du sphincter urétral) qui ne permet plus la fermeture des tranches du conduit urétral.

En réalité, l'incontinence urinaire peut toucher les femmes de n'importe quel âge. Il est vrai que l'incontinence urinaire d'effort concerne surtout les femmes d'un certain âge mais elle n'est pas un élément normal du vieillissement.

L'affaiblissement du plancher pelvien peut être dû : à l'accouchement, à la ménopause, à la carence des œstrogènes.

Elle est aggravée par : l'obésité, la constipation chronique, la pratique excessive d'un sport, le port régulier de charges lourdes, le tabagisme.

Les différents traitements

- La thérapie comportementale, la rééducation du plancher pelvien : chez les femmes présentant une incontinence urinaire d'effort, la rééducation consiste en des exercices qui permettent de renforcer les muscles du plancher pelvien. Un médecin rééducateur, un kinésithérapeute spécialisé ou une sage-femme peuvent vous montrer des exercices à réaliser si possible tous les jours à votre domicile.
- Aucun médicament n'est actuellement actif sur l'incontinence urinaire d'effort.
- La technique chirurgicale de bandelette sous-urétrale : le procédé TVT (bandelette vaginale sans tension) — que ce soit par un passage rétro-pubien ou un passage trans-obturateur classique, ou par mini-bandelette — permet le soutien de l'urètre sans tension. C'est un traitement peu invasif et rapide qui a prouvé son efficacité en cas d'incontinence urinaire d'effort. La technique de bandelette sous-urétrale peut être réalisée sous anesthésie locale ou régionale. Vous pouvez rentrer chez vous le jour même ou le lendemain, une fois que votre chirurgien a vérifié que vous pouvez uriner. Vous pouvez reprendre vos activités quotidiennes habituelles un à deux jours après l'intervention. Cette technique chirurgicale est le seul traitement de ce type dont l'efficacité clinique à long terme a été démontrée. C'est l'intervention de référence depuis 1996. Elle est sûre et efficace, 90 % des femmes traitées sont guéries de l'incontinence d'effort.

Principes de l'intervention :

Pour corriger ces fuites, le chirurgien met en place une bandelette en matériel bio-compatible non résorbable (polypropylène) qui maintient l'urètre. La bandelette restera sans tension, telle un hamac, sous l'urètre, le soutenant ainsi pendant l'effort afin d'empêcher toute fuite urinaire.

Votre chirurgien a vérifié que vous pouvez uriner correctement. La bandelette peut être placée sous l'urètre et ressortir juste au-dessus du pubis, ou être placée sous l'urètre, passée par le trou obturateur du bassin et ressortir à proximité des plis de la cuisse. Il se peut qu'il n'y ait qu'une seule incision au niveau du vagin, sans orifice de sortie.

Les bandelettes sont identiques mais leur place diffère. Le chirurgien vous informera de la mise en place choisie.

•••

Que se passe-t-il après l'intervention ?

L'hospitalisation est habituellement de quelques heures à 48 heures. L'intervention est peu douloureuse ; vous pourrez ressentir quelques brûlures en urinant ou constater que vous urinez avec un jet plus faible. Des pertes vaginales sont possibles pendant quelques jours.

La durée de convalescence est en moyenne d'une à deux semaines, cette durée pouvant être adaptée en fonction de votre profession.

Dès votre sortie, vous pourrez reprendre des activités normales, en évitant les efforts violents et le port de charges lourdes (supérieure à 5 kg).

Vous devrez éviter les bains pendant une dizaine de jours et vous abstenir de relations sexuelles et d'activités sportives pendant trois à quatre semaines.

Une consultation de contrôle est prévue quelques semaines après votre intervention.

En cas de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles ou « d'odeurs fortes », de fièvre, de difficultés importantes pour uriner, n'hésitez pas à consulter votre médecin.

Y a-t-il des risques ou des 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 de complications décrits ci-dessous. Des complications directement en relation avec l'intervention sont rares mais possible :

• Pendant l'intervention :

Les techniques récentes de passage de bandelette sont très sûres et les complications pendant l'intervention très rares (plaie de vessie, plaie de l'urètre, hémorragie, hématome).

Complications graves : toute intervention, même minime, comporte des risques exceptionnels et imprévisibles mais parfois très graves (plaie vasculaire, accident cardiaque, allergie...). Au cours de certaines interventions, 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.

• Après l'intervention :

- Infection : en cas d'infection urinaire, quelques jours d'antibiotiques permettent une guérison rapide. La bandelette étant très bien tolérée et intégrée dans l'organisme, le risque de son infection est exceptionnel.
- Difficulté à uriner : il est habituel d'uriner avec un jet moins puissant après l'intervention. Parfois, ces difficultés importantes nécessitent de conserver la sonde quelques jours supplémentaires ou de réaliser un sondage intermittent.
- Envies fréquentes : il est parfois constaté après l'intervention des envies d'uriner plus fréquentes et plus urgentes. Ces anomalies disparaissent généralement en quelques jours ou semaines. En cas de persistance, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.
- Sexualité : dès lors que l'incision du vagin est cicatrisée, l'intervention ne modifie pas votre sexualité. Exceptionnellement, il est possible que vous ou votre partenaire ressentiez un fil dans le vagin, il suffira de le couper.
- Douleurs : l'intervention ne nécessitant pas de grande incision ou de gestes traumatisants, les douleurs sont généralement minimes, limitées aux quelques jours suivant l'intervention. Il est parfois possible de ressentir quelques douleurs comme des crampes à la racine des cuisses. Il sera exceptionnel de devoir retirer la bandelette.
- Problème de cicatrisation : l'incision au niveau de la peau cicatrise en une dizaine de jours. Au niveau du vagin, des défauts de cicatrices sont parfois constatés. Signalez à votre chirurgien un écoulement anormal.
- Par la suite : une surveillance régulière est nécessaire. N'hésitez pas à consulter votre médecin une fois par an, ou en cas d'anomalie, envies fréquentes, difficultés d'uriner, infections urinaires répétées, écoulement vaginal anormal.

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon, mais ne peut être garanti. Cependant, des récurrences d'incontinence à l'effort peuvent toujours survenir et être corrigées.

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 chirurgien gynécologue.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

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.