

Chirurgiens : Pr G. Body, Pr H. Marret, Dr L. Ouldamer
Dr A. Jacquet, Dr T. Hebert, Dr I. Kellal

Fiche d'information aux patientes

Cure d'incontinence urinaire par soutènement sous-urétral réalisée 1 - par voie rétropubienne (T.V.T.) 2 - par voie obturatrice (T.V.T. obturateur ou T.O.T.)

Madame,

Votre médecin vous a proposé un **traitement chirurgical pour incontinence urinaire**.

La présente feuille d'information a pour but de vous expliquer les principes de cette opération, ses avantages et ses inconvénients potentiels.

Les symptômes à type d'urgences et d'envies fréquentes d'uriner sont inconstamment améliorés par le soutènement sous urétral. Le TVT ou le TOT sont prévus pour traiter l'incontinence urinaire survenant à l'occasion des efforts.

QUEL EST LE PRINCIPE DE L'INTERVENTION ?

La cure d'incontinence urinaire d'effort va rétablir un soutien sous l'urètre, empêchant la bascule en arrière de l'urètre lors des efforts.

Une bandelette constituée d'un matériel non résorbable (le Polypropylène, matériau biocompatible) va réaliser un soutènement de la partie moyenne de l'urètre sans fixation et sans tension.

Durant l'effort, la bandelette permet la clôture de l'urètre et assure ainsi la continence urinaire.

COMMENT SE PASSE L'OPÉRATION?

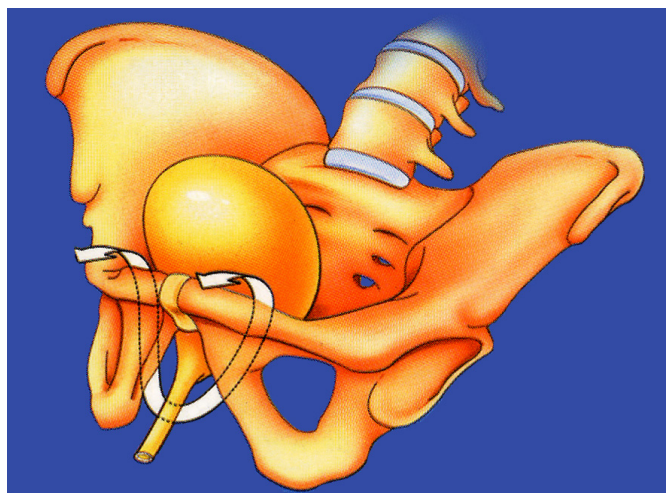
L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale associée à une sédation légère, ou sous anesthésie loco-régionale (rachianesthésie ou péridurale), ou plus rarement sous anesthésie générale, selon le choix et les décisions de votre chirurgien.

L'anesthésie générale peut s'avérer nécessaire surtout s'il y a une autre intervention dans le même temps (traitement d'un prolapsus en particulier).

L'intervention peut se réaliser de deux manières différentes :

- La voie rétropubienne T.V.T. (Tension free Vaginal Tape)

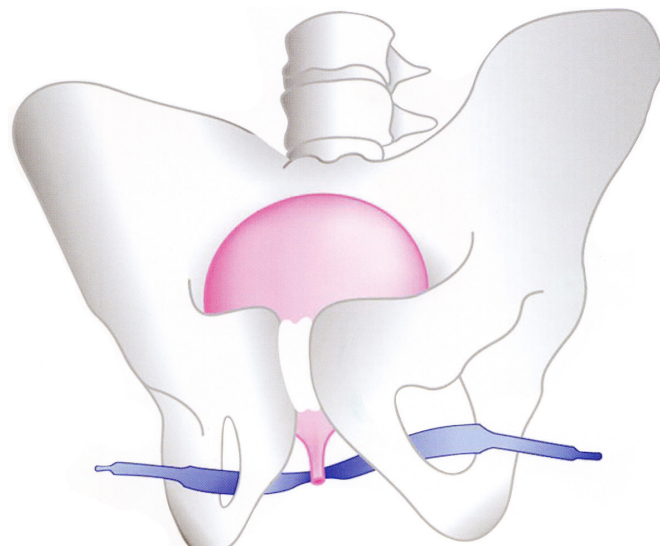
On réalise une petite incision au niveau de la face antérieure du vagin et deux petites incisions au ras du pubis, sur le ventre. La bandelette est montée sur des aiguilles. Elle est positionnée sous l'urètre, puis passe derrière le pubis, enfin elle est sectionnée au ras de la peau. Les incisions sont ensuite refermées.



- La voie obturatrice T.V.T. Obturateur ou T.O.T.

Une petite incision est réalisée au niveau de la face antérieure du vagin et deux autres incisions réalisées de part et d'autre des grandes lèvres au niveau de la partie haute de la cuisse.

La bandelette est montée sur des aiguilles, elle est positionnée sous l'urètre et ressort au niveau des incisions à la face interne des grandes lèvres. Elle est alors sectionnée au ras de la peau, puis les incisions sont refermées.



Par voie rétropubienne on regarde ensuite dans la vessie avec un cystoscope afin de vérifier que la bandelette n'est pas dans la vessie et qu'il n'y a pas de plaie vésicale.

Par voie obturatrice la cytoscopie n'est pas nécessaire.

Quand vous retournerez dans votre chambre, en général, vous n'aurez pas de sonde urinaire après une intervention sous anesthésie locale.

Après une autre anesthésie, il est préférable de laisser la sonde de quelques heures à 24 h.

COMMENT SE DÉROULE L'HOSPITALISATION ?

□ Avant l'opération :

Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement une à deux semaines avant l'intervention.

On peut vous demander de réaliser un bilan urodynamique afin d'analyser le fonctionnement de la vessie. Cet examen est effectué lors d'une consultation spécialisée par un gynécologue ou un urologue et permet de mieux adapter le traitement à chaque cas.

Le plus souvent, vous serez hospitalisée le matin même de l'opération. Après une prémédication, vous serez conduite au bloc opératoire.

Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.

Il est indispensable de ne prendre aucun médicament contenant de l'aspirine dans les dix jours avant et après l'intervention. Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

❑ **Après l'opération :**

Vous passerez en salle de réveil où la surveillance postopératoire sera faite pendant deux heures environ avant de retourner dans votre chambre.

La perfusion intraveineuse sera laissée en place pendant quelques heures.

Le premier lever se fera accompagné d'une infirmière ou d'une aide soignante. S'il n'y a pas de sonde urinaire, vous urinerez aux toilettes.

Une mèche ou une compresse est parfois laissée en place dans le vagin pendant quelques heures.

Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire.

La reprise d'une alimentation normale se fait le soir même en l'absence de complication.

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

Les douches sont possibles dès le lendemain de l'opération.

Il est recommandé d'attendre un mois après l'opération, pour reprendre des bains et une activité sexuelle.

Vous pouvez mener une vie normale mais calme la 1^{ère} semaine et il ne faut pas faire d'efforts violents pendant un à deux mois (sport, port de charges lourdes).

Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable de consulter votre médecin.

LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION

La cure d'incontinence urinaire est une intervention

courante et bien réglée, dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

❑ **En cours d'intervention :**

L'ouverture de l'abdomen : Elle peut être parfois indiquée alors que l'intervention était prévue par voie basse. Une anesthésie générale peut s'avérer nécessaire dans ce cas.

La plaie de la vessie : C'est la complication la plus fréquente de la T.V.T. par voie retropubienne, (environ 5% des cas). L'aiguille et la bandelette passent juste en arrière de l'os du pubis et en avant de la vessie et de ce fait l'aiguille et la bandelette peuvent blesser la vessie surtout s'il y a eu des interventions antérieures pour une incontinence urinaire. Dans ce cas, on retire l'aiguille pour la repositionner correctement. Dans cette situation vous garderez alors une sonde urinaire pendant 48 heures et votre hospitalisation sera prolongée de deux à trois jours. Ceci ne modifie en rien le résultat de l'intervention. Le risque de plaie de la vessie est exceptionnel lorsque la bandelette est posée par voie obturatrice.

La plaie de l'urètre : Dans cette situation, il faut retirer la bandelette, suturer l'urètre et renoncer à la mise en place de la bandelette. Une sonde urinaire est posée pour 48h. Vous resterez hospitalisée. L'intervention pourra être réalisée quelques mois plus tard.

Les lésions d'organes de voisinage peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale ou des vaisseaux sanguins nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique.

L'hémorragie : Elle peut rarement nécessiter une transfusion sanguine et mettre en jeu la vie de la patiente.

❑ **En post-opératoire :**

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 soins locaux et plus rarement le retrait de la bandelette.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. N'hésitez pas à questionner l'équipe médicale et l'infirmière !

L'infection urinaire est possible. Les risques sont limités grâce à des boissons abondantes, environ deux litres de liquide par jour et en allant uriner souvent environ toutes les deux à trois heures durant la journée dans les 15 premiers jours qui suivent l'intervention.

Les douleurs : elles sont en général modérées et nécessitent un traitement antalgique simple. Exceptionnellement, elles peuvent être gênantes par irritation de filets nerveux au niveau de la région sous cutanée. Ceci peut nécessiter, sous anesthésie locale ou générale, le retrait des quelques centimètres de la bandelette située sous la peau.

Des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent parfois justifier un traitement médicamenteux et éventuellement de mettre en place une sonde urinaire, de faire des sondages répétés ou de vous apprendre l'autosondage. Ceci peut prolonger la durée de votre hospitalisation. Après quelques mois, si les difficultés à uriner persistent de façon importante, la

section de la bandelette peut s'avérer nécessaire.

□ A 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 d'incontinence urinaire plusieurs mois ou années après une intervention réussie. Le taux d'échec est de 10 à 15%. Quand il existe une insuffisance sphinctérienne, (le muscle ou sphincter qui ferme l'urètre est de mauvaise qualité) le risque d'échec peut atteindre 25%.

Défaut de cicatrisation : On peut observer un défaut de cicatrisation du vagin en regard de la bandelette. On s'en rend compte en général à la visite postopératoire. Il est possible d'observer une érosion vaginale plusieurs mois après l'opération. Il faut faire une petite intervention dans le cadre d'une hospitalisation de jour afin d'enlever la partie visible de la bandelette.

Ceci peut compromettre le résultat.

Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Numéros de téléphone des services

Secrétariat d'hospitalisation gynécologie : 02 47 47 92 91

Secrétariat des consultations de colposcopie : 02 47 47 82 75

Urgences Gynécologiques: 02 47 47 92 90
ou 02 47 47 47 47 poste 7 20 87



www.chu-tours.fr