

Chirurgies par bandelette de soutainement de l'urètre moyen (BSUM) pour corriger l'incontinence à l'effort

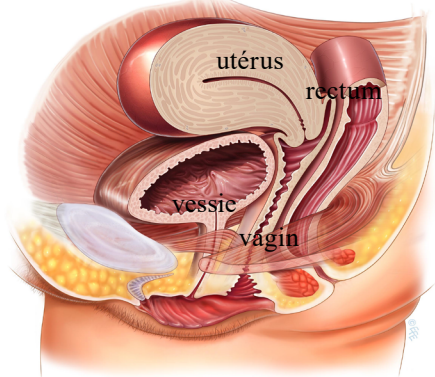
Un guide pour les femmes

1. Qu'est-ce qu'une bandelette de soutainement de l'urètre moyen?
2. Comment la pose est-elle effectuée?
3. Comment fonctionnent ces bandelettes?
4. Aurai-je besoin d'une anesthésie pour l'opération?
5. Quand serai-je en mesure de rentrer chez moi après l'intervention?
6. Quelles sont les chances de succès de la chirurgie?
7. Quelles complications peuvent se produire?
8. Ma vessie ne me cause pas trop de soucis pour le moment. Devrais-je quand même être opérée maintenant pour éviter que le problème ne s'aggrave?
9. J'envisage de devenir enceinte, puis-je tout de même me faire poser une BSUM?
10. Quel impact aura l'intervention sur ma vie sexuelle?
11. Quand pourrai-je retrouver ma routine habituelle?
12. Est-ce que d'autres options s'offrent à moi mis à part la chirurgie?

Qu'est-ce qu'une bandelette de soutainement de l'urètre moyen?

Les chirurgies par bandelette de soutainement de l'urètre moyen visent à aider les femmes souffrant d'incontinence à l'effort. L'incontinence à l'effort se caractérise par des fuites urinaires lors d'activités quotidiennes telles que tousser, éternuer ou faire du sport. Ce problème fort commun et embarrassant touche jusqu'à une femme sur trois. L'incontinence à l'effort peut être corrigée ou améliorée par des exercices de plancher pelvien et des modifications du mode de vie, mais si ces stratégies sont infructueuses, une intervention chirurgicale peut alors vous être recommandée. Le type d'intervention le plus fréquent est la pose de bandelette de soutainement de l'urètre moyen: c'est une simple chirurgie d'un jour qui a été exécutée jusqu'à maintenant chez plus de 3 millions de femmes partout au monde.

Figure 1 : Anatomie normale



L'intervention consiste à poser une bandelette faite d'un tricot de polypropylène (matériel de suture tressé) d'environ 1 cm de large et entre la partie centrale de l'urètre et la peau du vagin. L'urètre est le tuyau par lequel la vessie se vide. Normalement, le muscle et les ligaments, qui soutiennent l'urètre, se ferment solidement lors d'un effort ou d'une activité physique afin de prévenir les fuites. Les lésions à ces structures ou leur affaiblissement, attribuables à un accouchement ou au vieillissement, peuvent entraîner l'échec de ce mécanisme, et ainsi provoquer des fuites urinaires. La pose d'une bandelette sous l'urètre accroît le soutien et réduit ou arrête les fuites.

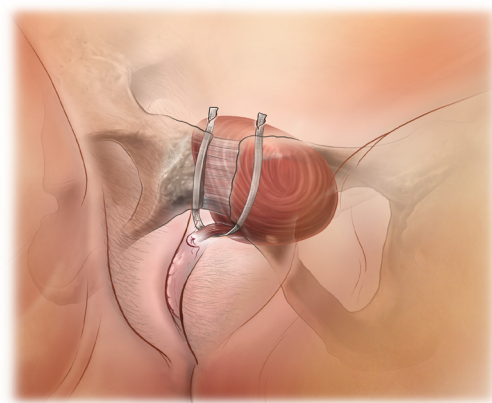
Comment la pose est-elle effectuée?

Il existe trois techniques principales de chirurgie par bandelette: la voie rétropubienne, la voie transobturatrice et l'«incision unique» ou «mini-bandelette». Aucune n'est beaucoup plus avantageuse que l'autre, sauf que l'intervention par voie rétropubienne semble connaître plus de succès chez certaines femmes souffrant d'incontinence à l'effort sévère. Nous sommes encore dans les premières phases de la recherche sur les mini-bandelettes. Même si ces dernières sont moins invasives que d'autres, il se pourrait qu'elles ne soient pas aussi efficaces pour contrôler l'incontinence à l'effort à long terme ou chez les femmes souffrant d'incontinence sévère.

Pendant l'opération par voie rétropubienne, la bandelette est insérée par une petite incision faite dans le vagin, au-dessus de la partie centrale de l'urètre. Par cette ouverture, les deux extrémités de la bandelette sont insérées par le vagin, passent par un côté de l'urètre et ressortent par deux petites incisions, espacées d'environ 4 à 6 cm, pratiquées tout juste au-dessus de l'os pubien, à la naissance des poils. Le chirurgien utilise ensuite une caméra (cystoscope) pour vérifier que la bandelette est bien positionnée et qu'elle ne traverse pas la vessie. La bandelette est alors ajustée pour qu'elle repose librement sous l'urètre, puis l'incision vaginale est suturée pour recouvrir la bandelette. Les extrémités de la bandelette sont coupées et sont également recouvertes.

La technique transobturatrice nécessite également de pratiquer une petite incision dans le vagin, au même endroit que celle de l'opération par voie rétropubienne. Les extrémités de la bandelette sont passées par deux incisions faites, cette fois, dans l'aîne. Chaque extrémité de la bandelette passe par le trou obturateur, une ouverture située entre les os du bassin. Les extrémités sont

Figure 2 : Bandelette rétropubienne



coupées une fois que la bandelette est jugée bien positionnée et que la peau est suturée pour les recouvrir.

L'approche avec mini-bandelette est semblable à la première partie de la technique rétropubienne, sauf que les extrémités de la bandelette ne sortent pas de la peau et sont maintenues en place au moyen de l'une des différentes techniques de fixation.

Comment fonctionnent ces bandelettes?

La bandelette (ou ruban) empêche les fuites en soutenant l'urètre et en imitant les ligaments affaiblis par le fait d'avoir eu des enfants ou par le processus de vieillissement. Une fois la bandelette positionnée, vos tissus vont pousser à travers les mailles du tricot et la maintenir ainsi en place. Cela peut prendre de 3 à 4 semaines.

Figure 3 : Bandelette transobturatrice

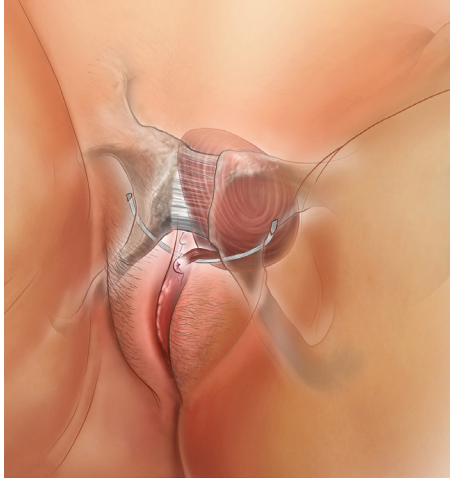
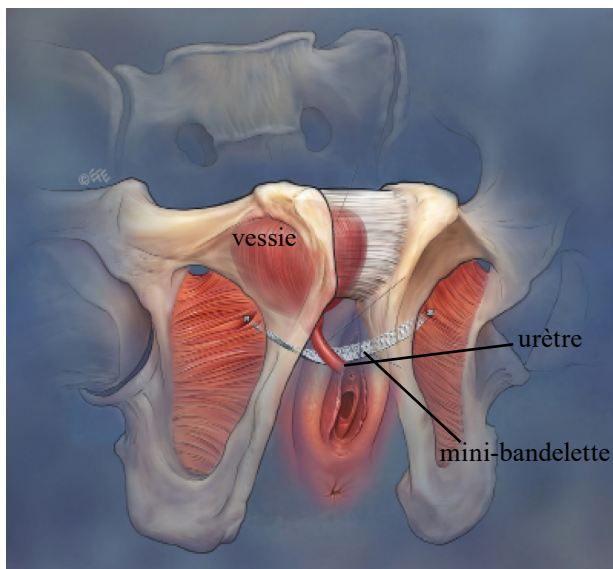


Figure 4 : Mini-bandelette



Aurai-je besoin d'une anesthésie pour l'opération?

Même s'il est possible de pratiquer l'opération avec un anesthésique local, la plupart des chirurgiens auront également recours à un sédatif fort ou, parfois, à une anesthésie générale. Quelquefois, l'opération est effectuée avec un anesthésique rachidien ou épidural, selon ce que préfèrent la patiente, l'anesthésiste et le chirurgien.

Quand serai-je en mesure de rentrer chez moi après l'opération?

La plupart des chirurgiens vont permettre à leurs patientes de rentrer chez elles après une chirurgie par bandelette mi-urétrale quand elles peuvent vider leur vessie adéquatement et que la douleur est bien contrôlée. Cela varie normalement de quelques heures à quelques jours, tout dépendant des installations disponibles.

Quelles sont les chances de succès de l'opération?

Nos recherches indiquent qu'à court terme, le taux de réussite est le même que les intervention plus invasives utilisées pour contrôler l'incontinence à l'effort, mais que le temps de récupération est plus rapide et que les risques de devoir subir une opération pour prolapsus dans les deux années suivant l'opération sont moins élevés. De 80 à 90 % des femmes sont heureuses de leur chirurgie et estiment que leur problème d'incontinence est réglé ou qu'il s'est grandement amélioré. Toutefois, pour un petit groupe de femmes, l'opération semble ne pas fonctionner. L'intervention est moins susceptible de réussir si vous avez déjà subi une opération à la vessie (une chirurgie réparatrice, par exemple).

La chirurgie par voie rétropubienne la plus couramment pratiquée est la pose de bandelette vaginale sans tension (TVT). C'est aussi l'intervention que l'on effectue depuis le plus longtemps, et les recherches suggèrent que ses effets tendent à durer au moins 17 ans. Les interventions par voie rétropubienne ou transobturatrice sont susceptibles de présenter un taux semblable de réussite à long terme.

Quand pourrai-je retrouver ma routine habituelle?

Vous devriez être capable de conduire et être assez en forme pour pratiquer vos activités quotidiennes en l'espace d'une semaine suivant l'opération. Nous vous conseillons d'éviter de soulever des objets lourds et de faire du sport pendant six semaines pour permettre aux plaies de guérir et à la bandelette de se fixer solidement.

Quelles complications peuvent se produire?

Il n'existe aucune opération pour corriger l'incontinence à l'effort qui soit sans risque. Les trois techniques de pose de bandelette comportent des risques qui leur sont propres (voir ci-dessous), mais toutes peuvent présenter les complications suivantes :

- Infections urinaires - Elles ne sont pas rares à la suite de toute intervention et devraient répondre aux antibiotiques. Les symptômes d'une infection urinaire comprennent les sensations de brûlure, de picotement, le besoin d'uriner fréquemment et, dans certains cas, l'urine peut être trouble, odorante ou contenir du sang. Si vous observez l'un de ces symptômes, veuillez contacter votre médecin.
- Saignements - Il est très rare que les saignements soient assez importants pour nécessiter une transfusion sanguine. Parfois, des saignements se produisent lorsque le ruban d'une chirurgie par voie rétropubienne passe derrière les os du bassin. Ces saignements se résorbent d'eux-mêmes et ne nécessitent que très rarement une opération pour les corriger.
- Difficulté à uriner (difficulté d'évacuation) - Certaines femmes ont du mal à vider leur vessie après avoir subi une chirurgie par bandelette. Cette difficulté est habituellement causée par de l'enflure autour de l'urètre ou à de l'inconfort et s'estompe généralement rapidement (en l'espace d'une semaine). Pendant ce temps, votre médecin pourrait recommander l'usage d'un tube étroit ou d'un cathéter pour drainer la vessie. Si votre jet urinaire demeure très lent ou si vous ne pouvez vider votre vessie adéquatement même après que l'enflure se soit dissipée, votre prestataire de soins discutera alors avec vous d'autres options, telles que couper ou étirer la bandelette.
- Érosion de la bandelette - À de rares occasions, la bandelette peut apparaître sur la paroi du vagin quelques semaines, mois ou années suivant l'opération. Il se peut que votre partenaire remarque une zone rugueuse pendant les rapports sexuels ou que vous ressentiez des sensations de piqûres inconfortables.

dans le vagin. Parfois, cela peut s'accompagner d'un écoulement teinté de sang. Si cela vous arrive, vous devriez consulter votre chirurgien, qui sera en mesure de vous conseiller sur la manière de corriger cette situation. Cela implique souvent de couvrir de nouveau la bandelette ou de retirer la partie exposée. Les risques qu'une telle situation se présente sont d'environ 1 sur 100 après une chirurgie rétropubienne ou une intervention par mini-bandelette et sont un peu plus fréquents que ceux encourus après une chirurgie par voie transobturatrice.

- **Perforation de la vessie ou de l'urètre** - Le risque de perforation de la vessie est plus élevé pendant une intervention par voie rétropubienne, tandis que les dommages à l'urètre sont plus fréquents lors d'une chirurgie transobturatrice. Pendant l'intervention, votre chirurgien surveillera les lésions possibles en inspectant votre vessie et votre urètre à l'aide d'un télescope spécial (cystoscope). Le fait d'enlever et de repositionner adéquatement l'aiguille à laquelle est attachée la bandelette devrait régler la situation. Ensuite, la vessie est habituellement drainée par un cathéter pendant 24 heures pour permettre au trou de guérir par lui-même. Les dommages à l'urètre sont plus complexes à gérer, et vous devrez en discuter avec votre chirurgien, le cas échéant. Ces deux situations sont relativement rares. De plus, une perforation de la vessie, quand elle est décelée, n'affecte pas le succès de l'intervention.
- **Incontinence par impériosité** - Les femmes qui souffrent d'incontinence à l'effort sévère font souvent l'expérience d'incontinence par impériosité, fuites urinaires associées à une sensation d'urgence. Environ 50 % des femmes connaissent une amélioration de leurs symptômes d'impériosité, mais près de 5 % voient leurs symptômes s'aggraver à la suite d'une intervention par bandelette.
- **Douleur** - La douleur à long terme après une pose de bandelette est inhabituelle. Des études suggèrent qu'après une intervention par voie rétropubienne, 1 femme sur 100 (1 %) développera des douleurs au vagin ou à l'aine. Une douleur similaire dans le vagin ou sur le site des incisions par lesquelles la bandelette a été insérée peut toucher jusqu'à 1 femme sur 10 après une chirurgie par voie transobturatrice. Dans la plupart des cas, la douleur est de courte durée et se résorbe en une semaine ou deux. À de rares occasions, la douleur ne s'estompe pas et la bandelette doit être retirée.

Ma vessie ne me cause pas trop de soucis pour le moment. Devrais-je quand même être opérée maintenant pour éviter que le problème ne s'aggrave?

Il est difficile de prédire le futur de votre vessie. Le fait de pratiquer régulièrement des exercices de plancher pelvien améliore l'incontinence à l'effort chez jusqu'à 75 % des femmes et peut ainsi éliminer la nécessité de subir une opération. Vous devriez seulement vous faire opérer si vous sentez que l'incontinence à l'effort affecte actuellement votre qualité de vie, et non pour éviter qu'elle ne s'aggrave plus tard.

J'envisage de devenir enceinte, puis-je tout de même me faire poser une BSUM?

De nombreux chirurgiens recommandent de ne pas procéder à l'opération avant que la femme ait fini d'avoir des enfants, car une grossesse peut compromettre les résultats obtenus par l'intervention initiale.

Quel impact aura l'opération sur ma vie sexuelle?

Nous vous recommandons habituellement d'attendre 4 semaines

L'information contenue dans ce dépliant est destinée à des fins éducatives seulement. Elle ne doit pas servir pour le traitement ou le diagnostic de tout trouble médical spécifique, lequel devrait seulement être posé par un médecin qualifié ou par tout autre professionnel de la santé.
Traduit par : Marianne Noël-Allen

après l'intervention avant d'avoir des rapports sexuels. À long terme, aucune preuve ne suggère que l'opération pourrait améliorer vos rapports sexuels, mais ça n'est pas toujours le cas.

Est-ce que d'autres options s'offrent à moi mis à part l'opération?

- **Exercices du plancher pelvien.** Les exercices du plancher pelvien peuvent être très efficaces pour alléger les symptômes d'incontinence urinaire à l'effort. Jusqu'à 75 % des femmes connaissent une réduction de leurs fuites urinaires après avoir suivi un programme d'entraînement visant à renforcer leur plancher pelvien. Comme toute forme d'entraînement, les bénéfices des exercices de plancher pelvien sont maximisés par leur pratique régulière et sur une certaine période de temps. Les bénéfices maximaux se font généralement sentir après 3 à 6 mois d'exercices réguliers. Vous pourriez être orientée vers un ou une physiothérapeute spécialisé(e) dans l'enseignement d'exercices du plancher pelvien pour qu'il/elle supervise votre entraînement. Si vous avez également des problèmes d'incontinence urinaire par impériosité, votre médecin pourrait vous suggérer des exercices de rééducation de la vessie. http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/Brochures/eng_btraining.pdf
- **Dispositifs pour incontinence.** Il est possible de se procurer des dispositifs pour l'incontinence qui s'insèrent dans le vagin pour aider à contrôler les fuites. Ces dispositifs peuvent être insérés avant une activité physique ou, dans le cas d'un pessaire vaginal, portés de façon continue. Certaines femmes trouvent que d'insérer un gros tampon avant une activité physique peut prévenir ou réduire les fuites. Ces types de dispositifs conviennent davantage aux femmes qui souffrent de formes mineures d'incontinence urinaire ou qui sont en attente d'une intervention chirurgicale définitive.
- **Changements au mode de vie.** L'excès de poids peut aggraver l'incontinence à l'effort et par impériosité tandis qu'une perte de poids peut entraîner une amélioration des symptômes. Maintenir une bonne santé générale, cesser de fumer et maîtriser certaines conditions médicales telles que l'asthme peut également être utile.

Pour plus de conseils et d'information, veuillez consulter notre dépliant sur l'incontinence urinaire à l'effort: http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/Brochures/fre_sui.pdf