

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le renvoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, renvoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

BANDELETTE SOUS URÉTRALE PAR VOIE RÉTROPUBIENNE (TVT) POUR CURE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LA FEMME

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter l'incontinence urinaire d'effort.

— LA VESSIE ET L'URÈTRE

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée.

L'urètre est le canal d'expulsion de l'urine vers l'extérieur.

Le sphincter permet de fermer l'urètre et assure la continence.

L'action d'uriner s'appelle la miction.

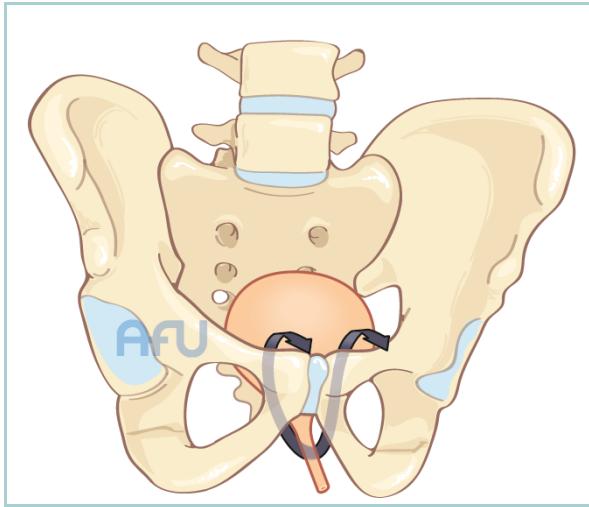


Schéma de l'anatomie pelvienne féminine

— QU'EST-CE QU'UNE INCONTINENCE URINAIRE ?

L'incontinence urinaire se définit par toute fuite involontaire d'urine à l'origine d'une gêne. Il existe plusieurs types d'incontinence urinaire :

- **L'incontinence urinaire d'effort** : il se produit des fuites lors de l'effort (activités sportives, toux, rire, éternuement, marche, changement de position).
- **L'incontinence urinaire par urgenturie (ou impériosités)** : elle se traduit par des besoins urgents qu'il n'est pas possible de retenir.
- **L'incontinence urinaire mixte** : elle associe des fuites à l'effort et des fuites par impériosités.

— À QUOI EST DÛE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT ?

Elle survient soit par altération du système de soutien périnéal responsable d'une hypermobilité de l'urètre lors des efforts, soit en raison d'une faiblesse sphinctérienne.

Certains efforts provoquent une hyperpression abdominale, la vessie étant située dans l'enceinte abdominale, l'hyperpression se répercute sur elle. C'est le cas des efforts de toux, rires, éternuements, course etc... Si le mécanisme de soutien de l'urètre ou le sphincter urétral sont altérés, la pression intra urétrale n'est plus suffisante par rapport à la pression intra vésicale, les fuites apparaissent.

Les causes favorisant l'IUE sont les accouchements multiples, les traumatismes obstétricaux, les antécédents de chirurgie pelvienne, toutes responsables d'une altération du soutien urétral.

Les pathologies responsables d'une hyperpression abdominale répétée sont : toux chronique, constipation, obésité etc...

— POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les fuites urinaires à l'effort sont la conséquence de l'altération des structures de soutien de la vessie et de l'urètre.

L'intervention type TVT consiste à positionner sous l'urètre par voie rétropubienne (en arrière du pubis) une bandelette synthétique en polypropylène qui permet de remplacer les structures de soutien défailantes.

En fonction de votre gêne, vous décidez avec votre urologue de l'intérêt de cette intervention.

— EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

La prise en charge va dépendre de la gêne occasionnée par cette incontinence : ne sont traitées que les patientes gênées et demandeuses d'une prise en charge.

- La rééducation périnéale : chez une patiente gênée elle est recommandée de première intention avec nécessité de réaliser plusieurs séances. Ses résultats sont inconstants et aléatoires dans le temps et imposent des séances d'entretien pour maintenir l'amélioration.

- La prise en charge chirurgicale est l'alternative à la rééducation, en cas d'échec, de contre-indication à la rééducation, ou de refus de la patiente.
- Il existe plusieurs types de bandelettes sous-urétrales (TVT, TOT, bandelettes ancrées) placées ou fixées différemment. Le choix est fait par votre urologue en fonction de chaque cas.

D'autres interventions existent et peuvent être proposées : injections péri-urétrales, ballons péri-urétraux, sphincter artificiel, colpo-suspension. Elles peuvent être proposées en cas d'échec de la bandelette sous urétrale ou dans des situations très spécifiques

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.

En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

Avant de confirmer la chirurgie, un examen de la miction (débitmètrie avec évaluation du résidu post mictionnel) et éventuellement un examen urodynamique sont effectués.

Le choix du type d'anesthésie (générale, locorégionale ou locale) dépend de l'avis du chirurgien du médecin anesthésiste et de votre souhait personnel. Une consultation d'anesthésie préopératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une analyse d'urine est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité de vos urines. En cas d'infection urinaire, l'intervention est différée le temps d'obtenir la stérilisation des urines. Une douche pré opératoire vous sera demandée. L'intervention peut être réalisée en période de règles.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique : une courte incision est

pratiquée sur la paroi du vagin juste en dessous de l'urètre.

Deux courtes incisions au-dessus du pubis permettent le passage de la bandelette. Celle-ci est passée au moyen d'une aiguille de chaque côté de l'urètre et devant la vessie, puis elle est posée sans tension sous le canal de l'urètre, d'où son nom de TVT (Tension free Vaginal Tape).

Un contrôle endoscopique (cystoscopie) est effectué pour vérifier l'absence de plaie de la vessie lors du passage de la bandelette.

La durée de l'intervention est le plus souvent inférieure à 30 minutes. En fin d'intervention, l'urologue peut laisser temporairement une sonde urinaire pour que votre vessie soit au repos.

SUITES HABITUELLES, RETOUR À DOMICILE

Dans la majorité des cas, les suites habituelles de l'intervention sont simples.

Si une sonde urinaire a été laissée en place, son ablation (habituellement de quelques heures à 24 heures sauf situation particulière) est définie par le chirurgien. Vous pouvez ressentir quelques brûlures et constater que votre vessie se vide plus lentement. Les douleurs au niveau du pubis et du vagin sont rarement importantes et souvent temporaires.

La durée d'hospitalisation est le plus souvent inférieure à 48 heures. Sous certaines conditions, l'intervention peut être réalisée en ambulatoire.

La convalescence à prévoir est de quelques jours. Vous devez vous abstenir de porter des charges lourdes, de faire du sport, de prendre des bains (douches autorisées) et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration vaginale pendant un mois pour permettre la cicatrisation de l'incision vaginale. Pendant cette période, quelques pertes vaginales ou saignements peuvent survenir et sont tout à fait normaux.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après votre sortie.

PRÉCAUTIONS

↳ Cicatrisation

La chirurgie de type TVT comporte plusieurs incisions. Ces incisions sont des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice à votre chirurgien: il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement vaginal; les fils sont en général résorbables et ne nécessitent pas d'être enlevés. Une désunion de la cicatrice vaginale peut parfois survenir et il est alors nécessaire de consulter rapidement votre urologue.

↳ Activités

Vous pourrez reprendre une activité normale, mais les efforts violents, le port de charges lourdes (supérieures à 5 kg) sont interdits pendant 1 mois. Vos activités sportives habituelles doivent être interrompues pendant 1 à 2 mois en fonction du type de sport et de son intensité. La pratique du vélo et de la moto est également déconseillée pendant 1 mois. Vous devez absolument éviter la constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un traitement facilitateur du transit peut être nécessaire pendant plusieurs semaines. Vous devrez éviter les bains, les relations sexuelles avec tout type de pénétration, les tampons périodiques pendant les six semaines qui suivent l'intervention afin que l'incision du vagin cicatrise parfaitement. Lors de votre douche, vous pouvez laver les petites incisions cutanées avec votre savon habituel. Veillez à les sécher par tamponnement ou sèche-cheveux afin d'éviter toute macération.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

↳ Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après une intervention de type TVT est inhabituelle. Toute fièvre post-opératoire inexplicite doit conduire à une consultation médicale.

↳ Sonde urinaire

Le plus souvent, la sonde a été retirée pendant l'hospitalisation.

Si vous êtes sortie de l'établissement de soins avec une sonde urinaire, celle-ci sera enlevée dans le délai et les conditions que vous a précisés votre urologue. La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Les spasmes ou poussées sur sonde demandent un traitement adapté.

QUE FAIRE SI VOUS RESSENTEZ OU PRÉSENTEZ...

↳ Des sueurs, des palpitations et / ou une pâleur cutanée

Ces signes peuvent être la conséquence d'un saignement du site opératoire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche en téléphonant au Centre 15.

↳ Des douleurs au niveau des cicatrices ou du périnée

Un traitement contre la douleur vous a été prescrit. Une douleur importante ou persistante nécessite que vous contactiez votre médecin de même qu'un écoulement ou hématome au niveau de la plaie.

↳ Des brûlures en urinant

Une légère douleur peut survenir en urinant. Son accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines.

↳ Des difficultés à uriner

La force du jet vous peut vous sembler faible pendant les premiers jours. Il est conseillé d'éviter de pousser en urinant. Il est recommandé de prendre son temps pour évacuer les urines.

Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions goutte à goutte,...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical.

↳ Des fuites urinaires

Après le retrait de la sonde, il est possible que vous présentiez quelques fuites urinaires, essentiellement à l'effort. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement.

↳ Des troubles sexuels

Les relations sexuelles avec pénétration vaginale et les tampons périodiques sont interdits pendant les six semaines qui suivent l'intervention pour que l'incision du vagin cicatrise parfaitement. Une fois la convalescence terminée, votre sexualité ne devrait pas être altérée par l'intervention.

↳ Des troubles du transit intestinal

Vous devez absolument éviter la constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un régime diversifié, riche en fruits et légumes, accompagné d'une bonne hydratation, est habituellement suffisant. Un traitement facilitateur du transit est parfois nécessaire pendant quelques temps.

Questions pratiques

▪ Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile, vous pouvez prendre une douche.

▪ Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui n'est parfois pas compatible avec la conduite.

La conduite d'un véhicule personnel est possible après 10 jours de repos.

▪ Puis-je voyager ?

Sauf avis contraire de votre médecin, les voyages sont autorisés dès votre retour.

— RISQUES ET 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 complications décrits ci-dessous.

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

▪ Plaie de vessie :

Il peut arriver que le passage de la bandelette s'effectue dans la vessie, ce qui nécessite simplement un repositionnement par un nouveau passage. Le risque est plus fréquent quand vous avez déjà été opérée, ce qui a pu entraîner des adhérences. Vous devez alors selon l'avis du chirurgien, conserver la sonde urinaire un peu plus longtemps.

▪ Infection

Une infection urinaire est possible après l'intervention nécessitant la prescription d'antibiotiques.

▪ Difficultés à uriner/ rétention

La reprise des mictions est parfois difficile et peut nécessiter quelques jours supplémentaires de sondage. Le chirurgien juge de la conduite à tenir : détendre la bandelette ou attendre que la vessie retrouve une contraction normale.

A distance de l'intervention, il est possible de

constater un ralentissement du jet urinaire. Des difficultés importantes pour uriner peuvent persister, d'où la nécessité de recourir à des sondages répétés ou à un drainage vésical par cathétérisme sus-pubien (drainage direct dans la vessie). Le chirurgien juge alors de la nécessité d'une ré-intervention (section ou ablation de la bandelette).

▪ Les besoins impérieux d'uriner (urgenturie)

Ils sont le plus souvent modérés, parfois cependant à l'origine de fuites. Ils seront souvent régressifs avec le temps, éventuellement avec un traitement médical. S'ils persistent, le chirurgien peut faire des examens complémentaires afin de déterminer la solution la plus adaptée à votre cas.

▪ Hématome

Le plus souvent résolutif sous simple surveillance il peut nécessiter exceptionnellement une ré-intervention ou une transfusion sanguine.

▪ Plaie urétrale

Elle survient pendant l'intervention, il est alors préférable de renoncer à la pose de la bandelette

▪ Plaies intestinales

Elles peuvent être favorisées par des interventions abdominales antérieures.

▪ Douleurs à distance

Les douleurs tardives sont le plus souvent inexistantes. Cependant, exceptionnellement des douleurs peuvent durer et dans de rares cas, nécessiter l'ablation de la bandelette. Dans de très rares cas, des douleurs peuvent survenir lors de la pénétration vaginale.

▪ Plaies vasculaires

▪ Fistules vésico-urétrale/vaginales

▪ Érosion vésicale ou urétrale

▪ Exposition vaginale de la bandelette

▪ Occlusion intestinale

▪ Infection de la bandelette

RÉSULTATS

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon (85 à 90 %), mais ne peut être garanti. Cependant, des récurrences d'incontinence urinaire à l'effort peuvent toujours survenir et être corrigées.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

↘ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne

Tabac-Info-Service au 3989

ou par internet :

tabac-info-Service.fr,

pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **pose d'une bandelette sous urétrale par voie rétropubienne.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne