



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*. Elle vous est remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre urologue.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles

CURE D'INCONTINENCE PAR TVT

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre incontinence urinaire.

LA VESSIE ET L'URETHRE

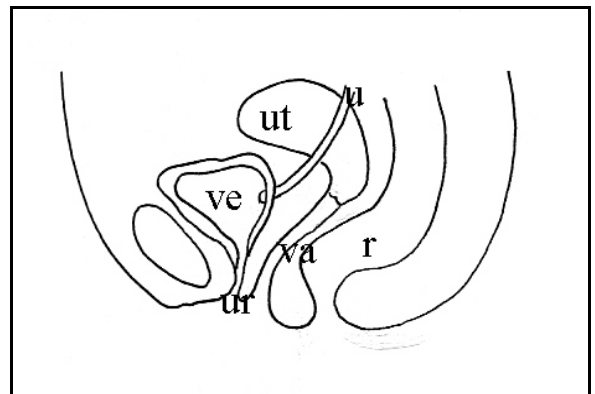
La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée.

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

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

L'évacuation de l'urine de la vessie s'appelle la miction.

légende: ve : vessie, ur : urètre, va : vagin, ut : utérus,
u : utetère, r : rectum ;



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

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

L'intervention type TVT consiste à positionner sous l'urètre une petite bandelette synthétique en prolène qui permet de remplacer les structures de soutien défailantes.

Dans certains cas il peut être nécessaire d'associer un geste de repositionnement des organes pelviens (vessie, utérus, vagin, rectum).

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Le traitement de votre incontinence urinaire n'est pas une nécessité vitale.

Une rééducation est parfois possible pour pallier à vos fuites urinaires.

Après discussion avec votre urologue vous avez décidé de vous faire opérer pour traiter ce problème

Il existe d'autres techniques par chirurgie classique ou coelioscopique. Celles-ci vous ont été expliquées par votre urologue.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale ou locale) dépend de l'avis du chirurgien et du médecin anesthésiste.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Au bloc opératoire, vous serez installée en position gynécologique : une courte incision est pratiquée dans le vagin juste en dessous de l'urètre.

Deux courtes incisions au dessus du pubis permettront le passage de cette bandelette.

La bandelette est passée au moyen d'une aiguille de chaque côté de la vessie puis 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 effectuée pour vérifier la vessie.

La durée de l'intervention est d'environ 30 minutes.

En fin d'intervention sont mis en place le plus souvent une sonde urinaire dans la vessie par le canal de l'urètre et parfois un tampon vaginal.

SUITES HABITUELLES

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire (habituellement de quelques heures à 24 heures sauf situation particulière) et si besoin du tampon vaginal sera défini par le chirurgien.

A l'ablation de la sonde urinaire, vous pourrez ressentir quelques brûlures et constater que votre vessie se vide plus lentement.

Les douleurs au niveau des incisions sont en règle minimales et temporaires.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la durée d'hospitalisation habituellement inférieure à 48 heures.

La convalescence à prévoir est de quelques jours, cette durée pouvant être adaptée en fonction du travail que vous exercez.

Vous devrez vous abstenir de porter des charges lourdes, de prendre des bains, et d'avoir des rapports sexuels pendant environ un mois pour permettre la cicatrisation de l'incision vaginale.

Pendant cette période, quelques pertes vaginales minimales peuvent survenir et sont tout à fait normales.

Par la suite, cette intervention ne modifiera pas votre vie sexuelle.

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

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois n'être pas 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 prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec l'opération sont possibles malgré la simplicité apparente de cette technique

Pendant le geste opératoire :

- 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.

Vous devrez par contre, selon l'avis du chirurgien, conserver la sonde urinaire un peu plus longtemps.

Le risque est plus fréquent quand vous avez déjà été opérée, ce qui a pu entraîner des adhérences.

Exceptionnellement une plaie de l'urètre peut survenir en per-opératoire, ce qui entraînerait l'ajournement de l'intervention.

- Hémorragie – Hématome :

Cette complication est très rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention pour évacuer l'hématome et/ou une transfusion de sang.

- Complications graves :

Très exceptionnellement comme pour toute intervention chirurgicale, des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital peuvent survenir (plaie d'un gros vaisseau. plaie intestinale. phlébite. embolie pulmonaire...).

Dans les suites opératoires :

- Douleurs :

Les douleurs sont très modérées en post-opératoire, voir inexistantes.

Parfois peut survenir une douleur irradiant vers la cuisse qui cesse le plus souvent spontanément ou avec un traitement médical (liée à une irritation d'un petit rameau nerveux).

- Infection :

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

En raison de sa texture parfaitement tolérée, l'infection de la bandelette est exceptionnelle.

- Difficultés à uriner :

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

A distance de l'intervention, il est fréquent de constater un ralentissement du jet urinaire pendant la miction. Cependant 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. Le chirurgien jugera alors de la nécessité ou non d'une ré-intervention.

- Retard de cicatrisation :

Normalement, tout est cicatrisé en un mois. Le retard de cicatrisation essentiellement au niveau du vagin est très rare, quant à l'érosion tardive de l'urètre ou du vagin, elle paraît exceptionnelle.

- Les besoins impérieux :

Ils sont le plus souvent modérés, parfois cependant à l'origine de fuites sur besoins impérieux.

Ils seront souvent régressifs avec le temps, éventuellement avec un traitement médical.

S'ils persistent, le chirurgien pourra faire des examens complémentaires afin de déterminer la solution la plus adaptée à votre cas.

RESULTATS

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon mais ne peut bien entendu être garanti.

Cette technique pour traiter l'incontinence urinaire d'effort a été mise au point en 1994 en Suède, avec des résultats équivalents aux techniques classiques (environ 80% de succès à 5 ans).

En 2000, une centaine de milliers de femmes avaient déjà été opérées dans le monde avec cette technique ; cependant, faute d'un recul suffisant, le devenir à long terme n'est pas encore évalué.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.