

# Fiche Info-Patient



Association  
Française  
d'Urologie  
www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

## BANDELETTE SOUS URÉTRALE TRANSOBTURATRICE POUR LE TRAITEMENT D'UNE INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT MASCULINE APRES CHIRURGIE PROSTATIQUE

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

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. Il vous a expliqué la maladie 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.

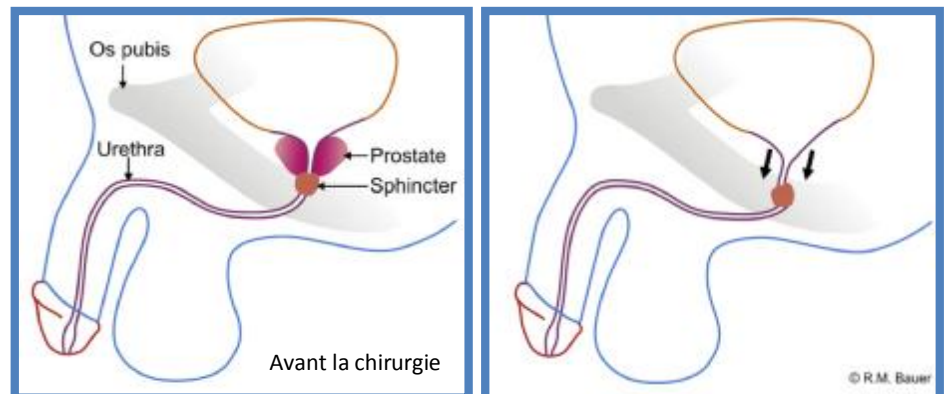
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

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 urologue.

Le but de l'intervention, qui vous est proposée, est de traiter l'incontinence urinaire par la mise en place d'une bandelette sous urétrale.

### La maladie

L'incontinence urinaire d'effort est une des conséquences possibles de la chirurgie de la prostate. Elle peut apparaître après une prostatectomie totale pour cancer de la prostate, ou plus rarement à la suite d'une intervention pour adénome de prostate (adénomectomie par voie haute ou résection de la prostate par voie endoscopique).



**Figure 1.** L'ablation du bloc prostatique modifie l'anatomie pelvienne. Le sphincter strié urétral devient le seul responsable de la continence et le col vésical est situé plus bas qu'auparavant.

A la suite d'une prostatectomie totale, l'anatomie de la région sous vésicale est profondément modifiée (figure 1), le sphincter strié, externe assurant seul le maintien de la continence.

Les fuites urinaires peuvent se produire quand ce sphincter externe n'est pas assez efficace du fait d'une élévation brutale de la pression dans la vessie, lors des efforts (toux, rire, activités sportives...).

L'incontinence d'effort peut aussi survenir après une chirurgie prostatique réalisée pour un adénome. La perte d'efficacité du sphincter externe, affaibli à la suite de la chirurgie ou en raison de l'âge, en est la principale cause.

#### 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.

# Principe de l'intervention

La bandelette sous-urétrale trans-obturatrice a pour but de :

- ◆ Rétablir la position initiale de la partie proximale de l'urètre, en la remontant vers le col de la vessie.
- ◆ Procurer un soutien anatomique au col vésical lors des efforts.

La bandelette est posée par voie périnéale et ses bras sont passés dans les trous obturateurs des os du bassin. Elle est fixée à l'urètre pour permettre sa remontée lors de la mise en tension.

Différents types de bandelettes trans-obturatrices avec différents systèmes de pose sont commercialisés, partageant tous les principes décrits ci-dessus. Votre chirurgien choisit la bandelette la mieux adaptée à votre cas et à son expérience.

## Existe-t-il d'autres options ?

Après échec de la rééducation périnéo-sphinctérienne, qui est un des moyens pour renforcer le plancher pelvien et réduire l'incontinence, une solution chirurgicale peut être envisagée pour des fuites urinaires persistant plus de 9 mois après la prostatectomie.

Il existe plusieurs possibilités de solutions chirurgicales avec chacune ses spécificités :

- ◆ Les ballonnets latéro-urétraux ajustables, placés de chaque côté de l'urètre, sous le col de la vessie, afin de provoquer un obstacle à l'écoulement de l'urine.
- ◆ Le sphincter artificiel, qui consiste à placer une manchette gonflable autour de l'urètre, pour stopper totalement les urines par compression circulaire. Une pompe permet d'ouvrir la manchette pour laisser la vessie se vider en temps voulu.
- ◆ La bandelette sous-urétrale détaillée plus loin.

Le choix du traitement repose sur le contexte (état général, âge, maladies déjà connues), la situation clinique (caractéristiques des fuites), l'expérience du chirurgien et la motivation du patient. La bandelette sous urétrale trans-obturatrice est le plus souvent indiquée dans les cas d'incontinence dite légère à modérée, c'est-à-dire avec des fuites ne dépassant pas 500 grammes par jour.

## Préparation à l'intervention

Avant l'intervention, votre situation peut être évaluée par différents examens :

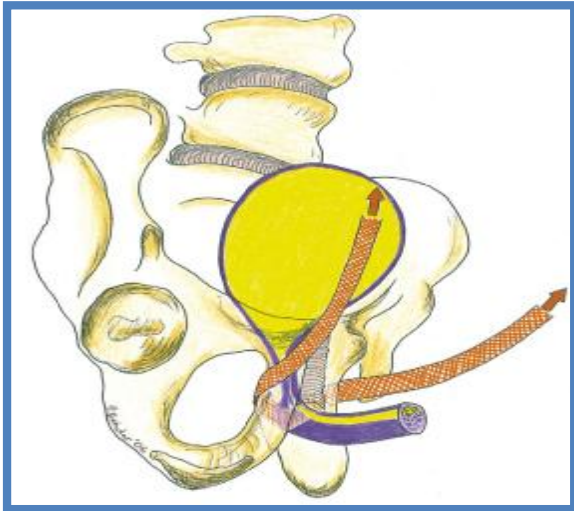
- ◆ Estimation de l'importance des pertes d'urines à l'effort.
- ◆ Bilan urodynamique.
- ◆ Urethroscopie pour vérifier l'intégrité du canal urétral et de la vessie.
- ◆ Questionnaire d'évaluation des symptômes et de la gêne occasionnée.
- ◆ Examen cytbactériologique des urines (ECBU), l'intervention n'est réalisée qu'en présence d'urines stériles. Le résultat en est communiqué à votre médecin et à votre chirurgien.
- ◆ Bilan préopératoire avec prises de sang (recherche de troubles de la coagulation sanguine en particulier).

La consultation d'anesthésie est également obligatoire avant l'intervention. Vous serez informé des modalités de l'anesthésie générale ou locorégionale et des risques de la procédure d'anesthésie. L'anesthésiste peut demander des examens complémentaires (prise de sang ou examen de radiologie).

La pose d'une bandelette sous-urétrale demande :

- ◆ Une hospitalisation de quelques jours.
- ◆ Une antibioprophylaxie systématique pour prévenir l'infection.
- ◆ Une prévention de la thrombose veineuse par injection d'anticoagulants.

## Technique opératoire



Après mise en place d'une sonde urinaire, le chirurgien réalise une incision périnéale, verticale, en arrière des bourses, de façon à placer la bandelette contre l'urètre.

Celle-ci est ensuite passée de chaque côté par le trou obturateur à l'aide d'aiguilles ressortant à la racine de la cuisse ; deux petites incisions supplémentaires sont ainsi réalisées pour faire sortir les aiguilles.(Figure2)

La sonde urinaire présente à votre réveil, est conservée au moins 24 heures.

**Figure 2.** Passage de la bandelette à travers les trous obturateurs.

## Suites habituelles

La sonde urinaire, présente à votre réveil, est conservée au moins pendant 24 heures. Après le retrait de sonde, votre jet urinaire peut être un peu plus faible qu'auparavant.

Un traitement antalgique vous est prescrit si besoin. Un traitement anticoagulant est effectué pour la prévention de la thrombose veineuse

La durée de l'arrêt de travail est fixée par votre chirurgien.

Les précautions de rigueur après l'opération sont d'éviter les efforts importants (port de charges lourdes supérieures à 5kg, poussée abdominale importante, activités sportives) pendant un mois. Vis-à-vis de la cicatrice périnéale, les bains sont déconseillés (privilégier les douches).

Une consultation de contrôle est prévue quatre à six semaines après l'intervention pour évaluer le résultat fonctionnel post-opératoire.

Vous devez consulter votre urologue en cas :

- ◆ de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles ou d'odeur « forte », de fièvre, de difficultés importantes pour uriner.
- ◆ de douleurs ou rougeurs au niveau du site opératoire ou d'un écoulement à l'endroit de la cicatrice.

## Suivi post-opératoire

Les résultats obtenus avec la bandelette transobturatrice dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort après chirurgie prostatique sont stables dans le temps avec le recul disponible.

Une surveillance régulière, annuelle, est nécessaire. N'hésitez pas à consulter votre médecin une fois par an ou spécifiquement en cas d'anomalie.

## Risques et complications

Cette intervention est pratiquée depuis 2007 dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort après chirurgie prostatique. Les résultats obtenus montrent un taux de réussite de 75% avec un recul supérieur à 3 ans. Dans 25% des cas, l'intervention ne permet pas d'améliorer les troubles de façon satisfaisante, mais elle ne compromet pas un autre traitement chirurgical.

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 et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.
- ◆ Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

**Pendant l'intervention :** la technique chirurgicale est stéréotypée. Il peut exister un risque théorique de blessure des organes pelviens ou de l'urètre, ainsi qu'un risque d'hémorragie ou d'hématome.

**Après l'intervention :**

- *Infections* : la sonde urinaire peut favoriser la survenue d'une infection urinaire. Elle est retirée dès que possible. En cas d'infection urinaire, un traitement antibiotique est prescrit. La bandelette étant très bien tolérée et intégrée dans l'organisme, le risque de son infection est exceptionnel.
- *Difficultés à uriner et rétention aigue d'urines* : le jet urinaire peut être plus faible après l'intervention, du fait d'une compression de l'urètre par la bandelette. A l'extrême, un blocage complet des urines (rétention aigue d'urines) peut se produire à l'ablation de la sonde vésicale. En cas de mauvaise vidange vésicale ou de rétention, la sonde urinaire est conservée quelques jours supplémentaires. Si ces difficultés persistent, votre chirurgien réévaluera l'opportunité d'examen complémentaires et d'une nouvelle intervention.
- *Envies fréquentes d'uriner* : des envies d'uriner plus fréquentes et plus urgentes peuvent être constatées. elles disparaissent habituellement en quelques jours ou semaines. En cas de persistance, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.
- *Sexualité* : cette opération n'a habituellement pas d'incidence sur la sexualité.
- *Douleurs* : elles sont généralement minimales et limitées aux quelques jours suivant l'intervention. Il est possible de ressentir pendant quelques semaines des douleurs à type de crampes à la racine des cuisses ou une gêne douloureuse au niveau périnéal.
- *Problèmes de cicatrisation* : En cas de douleur intense ou d'écoulement anormal au niveau de la cicatrice, vous devez contacter votre chirurgien.
- *Erosion de l'urètre* : L'érosion de l'urètre par la bandelette est un risque possible, très rare. Exceptionnellement, un retrait du dispositif par une nouvelle intervention peut être nécessaire.

**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.**

\* 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.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.