

De quoi s'agit il?

C'est une bandelette de tissu synthétique placée sous la partie distale de l'urètre féminin et glissée par le *foramen obturateur* (« trou » osseux naturel en avant du bassin), afin d'empêcher l'urètre de trop descendre lors des efforts. C'est un traitement très efficace et peu invasif de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme.

Y a t il un bilan à réaliser?

- un **bilan préopératoire** avec nécessité de rencontrer en consultation le médecin anesthésiste. Vous devrez lui donner la liste exacte et complète des tous les médicaments utilisés et venir avec le maximum de renseignements écrits concernant votre santé. Il est *impératif de mentionner en particulier les traitements anticoagulants et antiagrégants utilisés.*
- un bilan uro- dynamique. Il s'agit d'un examen indolore et rapide mesurant les pressions dans la vessie et le sphincter de l'urètre. Cela peut aider à poser une indication, conforter le choix du chirurgien, et surtout dépister les patientes qui ne bénéficieront pas pleinement du TOT

Comment se déroule l'intervention?

En position gynécologique au bloc opératoire. Elle est réalisée sous **anesthésie locorégionale** appelé « rachi-anesthésie » qui insensibilise toute la partie inférieure du corps. Par voie vaginale, le chirurgien aborde la région sous urétrale, il glisse chaque extrémité de la bandelette dans le trou obturateur et la récupère à la peau latéralement face interne des cuisses, la procédure est la même à droite comme à gauche. Le réglage de la bandelette est effectué une fois mise en place, et nécessite la coopération de la patiente à laquelle le chirurgien demande de tousser pour ajuster le "point de correction" des plus correctement possible la bandelette. Le vagin et les deux petites incisions cutanées sont suturées. Une sonde urinaire est parfois laissée en place quelques heures.

Quels sont les accidents et les incidents possibles? *Toute intervention comporte des risques.*

- pendant l'intervention
 - perforation vésicale (2 à 25 %) *rarement* souvent sans conséquence, permettant la poursuite de l'intervention; il se peut néanmoins que cette plaie vésicale soit jugée trop large pour permettre la mise en place de la bandelette et qu'un sondage urinaire prolongé soit proposé. Généralement, il est envisageable de proposer une pose de la bandelette une fois la plaie vésicale cicatrisée
 - *exceptionnellement*, perforation d'un vaisseau sanguin du voisinage, sa réparation sera nécessaire
 - *exceptionnellement*, plaie de l'urètre(1%) qui généralement ne nécessite pas de geste particulier
 - *très exceptionnellement*, plaie de l'urètre (2 cas décrits / 12 000 bandelettes posées)
- dans les suites immédiates
 - une levée de l'anesthésie plus longue que prévue avec impossibilité de vider sa vessie : il faut dans ce cas rester le soir de l'intervention pour une surveillance jusqu'au lendemain
 - intolérance au polypropylène, matériau dont est constitué la bandelette, phénomène *exceptionnel*
 - *rarement*, infection de l'incision vaginale souvent accompagnée d'une ouverture secondaire de la voie d'abord par le vagin. Cet événement nécessite souvent un traitement antibiotique et une reprise au bloc opératoire ; la bandelette doit parfois être retirée et par conséquence, l'incontinence réapparaître
 - *rarement*, rétention aigue d'urine, rare mais qui peut nécessiter une reprise chirurgicale précocement pour desserrer ou couper la bandelette (avec un risque de récurrence de l'incontinence)
 - *fréquemment* infection urinaire (fréquente, ce qui incite à boire beaucoup) ; Elle est systématiquement recherchée à votre admission
 - *rarement*, douleurs ou sensations anormales face antérieure et interne d'une cuisse, liée à l'irritation d'un petit nerf sensitif. Ce phénomène disparaît de lui-même la plupart du temps très rapidement
- à distance
 - *exceptionnellement*, échec de l'intervention, ou bien dégradation des résultats avec le temps.
 - *très rarement*, rétention chronique urinaire. Le traitement consiste en une ré-intervention soit pour dilater l'urètre soit sectionner la bandelette dans sa partie sous urétrale
 - *très exceptionnellement*, une fistule urétrale, avec "apparition" de la bandelette par un phénomène d'érosion soit dans l'urètre soit dans le vagin. Ces érosions vésicales procurent des saignements d'origine vésicale (hématurie) ou des infections urinaires récurrentes. Dans cette position, la bandelette peut peu à peu se calcifier et entraîner un calcul de la vessie. Une érosion vésicale liée à une bandelette doit être impérativement retirée
 - 1 cas d'infection grave du bassin a été rapporté ces dernières années (bandelettes dites d'« ancienne génération »)

A qui le TOT ne s'adresse-t-il pas?

- personne infectée (urines); attendre la guérison
- **traitement anticoagulant** (risque d'hématome sérieux) : il faut cesser tous les traitements coagulants au préalable, si cela est possible, mais selon des modalités précises (ne le faites pas de vous-même sans en parler avec votre médecin)
- incontinence urinaire "bizarre", en particulier les "instabilités vésicales pures" où il n'y a aucune fuite **urinaire à l'effort** et seulement des envies pressantes

Quelles précautions respecter après l'intervention ?

Lors de votre retour à domicile le soir de l'intervention, il est impératif de ne pas conduire vous-même et de ne pas rester seule la nuit. Si ces conditions de sécurité ne sont pas remplies, l'anesthésiste se réserve la possibilité de refuser que votre intervention soit pratiquée sous rachianesthésie.

- ne pas faire d'effort violent ou répété pendant les trois semaines suivant l'intervention (port de charges lourdes, VTT, jogging etc ...). La vie courante peut être reprise très rapidement (quelques jours)
- pas de bain, de rapport sexuel vaginal, ou de toilette intime profonde pendant trois semaines (le temps de la cicatrisation)
- boire beaucoup (2 à 3 litres d'eau par jour les jours suivant l'intervention)
- Les premiers temps, il est normal de constater parfois un jet d'urine moins fort, parfois avec un arrêt du jet au milieu de la miction; ou de constater un inconfort passager dans la région du pubis. De même, il arrive que chez les patientes ayant préalablement à l'intervention une incontinence à l'effort ET une impériosité, ces envies pressantes soient transitoirement majorée après l'intervention,

- Si vous avez des signes d'infection urinaire (brûlures en urinant, envies pressantes pour une vessie vide), consultez votre médecin traitant à la recherche d'une infection urinaire facile à traiter
- il est utile de "tester" le résultat la semaine précédant la visite post opératoire qui se déroule 1 mois après l'intervention chez le chirurgien (vérifiez les jours précédant cette consultation si, vessie pleine, les efforts qui auparavant entraînaient des fuites les occasionnent toujours)
- il est normal de ressentir les premiers temps de vagues douleurs (pesanteur) dans le bas du ventre, et d'observer des saignements peu abondant, particulièrement lorsque la patiente va uriner ou le matin au lever. Ces saignements peuvent durer plusieurs semaines
- Il est normal et habituel de constater des envies pressantes dans les semaines qui suivent l'intervention : la vessie n'est pas habituée à contenir (les patientes vivaient « vessie vide » avant l'intervention pour éviter les fuites) et cette extensibilité de la vessie prend quelques semaines. Il est parfois nécessaire d'aider la patiente à calmer cette vessie instable par des médicaments pour quelques semaines

En pratique

- Vous êtes hospitalisée en général seulement pour la journée
- Vous êtes instamment invitée à respecter les règles d'hygiène propres à la lutte contre les infections nosocomiales, et en particulier les douches qui précèdent votre intervention
- Dès votre admission, vous devez prévenir l'infirmière du service où vous êtes hospitalisée de vos besoins en arrêt de travail. Idéalement, l'arrêt de travail est très court.
- Ce sont les proches qui idéalement assurent votre retour à domicile ; il n'est pas envisageable de conduire un véhicule le soir même de l'intervention.
- La plupart des anesthésistes souhaitent instamment que vous ne soyez pas seule chez vous la nuit suivant une intervention en ambulatoire
- Vérifiez qu'un rendez vous a bien été pris avec votre chirurgien environ 1 à 3 mois après l'intervention.
- En cas de problème, n'hésitez pas à téléphoner au secrétariat (02 23 25 37 37) pour évaluer la nécessité ou non d'une consultation auprès de votre chirurgien avant la visite post opératoire. En cas d'urgence seulement, vous pouvez consulter en urgence le gynécologue de Garde (site de la Maternité - 24h/24, 7jours/7)