



# La bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme

## Qu'est-ce que l'incontinence urinaire à l'effort?

C'est une fuite involontaire d'urine pendant un effort physique, comme tousser, rire, éternuer ou soulever un objet lourd. C'est un problème courant, qui touche environ 25 % des femmes au Canada<sup>1</sup>.

Le traitement de l'incontinence à l'effort peut être chirurgical ou non chirurgical. Il vise surtout à améliorer la qualité de vie de la patiente. Dans certains cas, votre gynécologue ou urologue proposera de procéder à une opération. L'intervention la plus courante pour traiter l'incontinence à l'effort est la pose d'une bandelette sous-urétrale. Plus de 3 millions de femmes dans le monde ont subi cette intervention. Les bandelettes sous-urétrales sont utilisées au Canada depuis 1999.

## Comment pose-t-on une bandelette sous-urétrale?

L'intervention consiste à insérer un mince treillis de polypropylène par une petite incision vaginale pour soutenir l'urètre (tube par lequel se vide la vessie). La bandelette, large d'environ 1 cm, demeure en place de façon permanente<sup>2</sup>.

La bandelette prévient les fuites en offrant un appui dynamique à l'urètre. Au cours des 4 à 6 semaines suivant la pose de la bandelette, les tissus de la patiente croissent et s'intègrent au treillis et aideront à la maintenir en place.

## Quels traitements non chirurgicaux peuvent être utilisés pour l'incontinence à l'effort?

Avant de songer à une opération, les femmes doivent avoir tenté la plupart, sinon l'ensemble, des traitements conservateurs suivants<sup>5</sup> :

- Changements au style de vie
  - Arrêt du tabac
  - Perte de poids
  - Ajustement de la prise de liquides
- Exercices du plancher pelvien
  - Souvent appelés « exercices de Kegel »
  - Il existe des dispositifs, des sites Web et des applis pour aider avec ces exercices
- Physiothérapie du plancher pelvien
  - Songer à consulter un physiothérapeute spécialisé pour optimiser les bienfaits
- Dispositifs autoadaptés
  - Jetables (p. ex. Poise Impressa®, etc.)
  - Réutilisables (p. ex. Contiform® ou Uresta®)
- Pessaires
  - Dispositifs pouvant être installés par un•e médecin/infirmier•ère/physio. On peut les porter à l'occasion ou en tout temps.

## Quelles sont les autres options chirurgicales?

### Bandelette aponévrotique autologue

On prélève une bandelette de vos propres tissus, d'ordinaire à l'abdomen ou la jambe, qu'on insère sous l'urètre. Le taux de succès est le même que pour la bandelette sous-urétrale (80 à 90 %)<sup>6</sup>.

### Colposuspension rétropubienne de Burch

Le col de la vessie est suspendu par des sutures avec soit une incision abdominale, soit de petites incisions (de laparoscopie). Le taux de succès est d'environ 65 à 77 %<sup>6</sup>.

### Injections d'agents de comblement

Une substance synthétique est injectée dans les parois de l'urètre à l'aide d'une petite caméra. Bien qu'elle ne soit pas aussi efficace (environ 55 à 60 %) ni aussi durable que d'autres traitements chirurgicaux, cette option offre une solution de rechange utile dans certaines circonstances<sup>7</sup>.

# La bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme

La pose d'une bandelette sous-urétrale prend moins de temps, permet un retour plus rapide aux activités normales et a un taux de réussite égal aux autres interventions pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort, comme une bandelette aponévrotique ou une colposuspension de Burch<sup>3,4</sup>.

## Y a-t-il divers types de bandelettes?

Il existe deux principales catégories de bandelettes sous-urétrales : rétropubiennes et transobturatrices. Chaque catégorie a ses propres particularités.

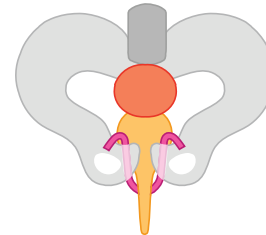
### Bandelettes sous-urétrales rétropubiennes

Elles nécessitent une petite incision vaginale et deux autres au-dessus de l'os pubien. Les bandelettes rétropubiennes offrent le taux de guérison le plus élevé parmi toutes les interventions contre l'incontinence : 80 à 90 % des femmes se disant guéries après un an<sup>5</sup>. Un petit groupe de femmes ont été suivies sur jusqu'à 17 ans et les données recueillies montrent une bonne durabilité à long terme<sup>2</sup>.

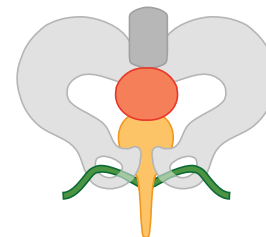
### Bandelettes sous-urétrales transobturatrices

Elles nécessitent une petite incision vaginale et deux autres à l'aîne. Les bandelettes transobturatrices offrent un taux de guérison similaire à celui des bandelettes rétropubiennes, mais sont un peu moins durables; environ 11 % des femmes vont requérir une nouvelle intervention à long terme (sur une période de 5 ans)<sup>8</sup>. Les taux de difficultés à uriner et autres problèmes urinaires sont plus faibles avec les bandelettes transobturatrices, mais le risque de douleurs aux aînes est plus élevé.

### Bandelette sous-urétrale rétropubienne



### Bandelette sous-urétrale transobturatrice



## Quelles sont les complications des bandelettes sous-urétrales?

En général, le risque est faible, mais des complications sont possibles avec toute opération. Les risques incluent<sup>9</sup> :

- Saignements
- Infection
- Lésion à la vessie, à l'urètre, aux gros vaisseaux sanguins ou à l'intestin
- Risques liés à l'anesthésie

## Comment se déroule l'opération?

La pose d'une bandelette sous-urétrale peut être réalisée sous anesthésie générale ou régionale (patiente « gelée » à partir de la taille) ou sous sédation et anesthésie locale. On fait trois petites incisions : une dans le vagin et deux autres près de l'os pubien (bandelettes rétropubiennes) ou à l'aîne (bandelettes transobturatrices). La bandelette est positionnée à l'aide d'aiguilles (trocarts). La position est par la suite vérifiée avec une caméra permettant de voir la vessie et l'urètre. La tension de la bandelette est ajustée de manière standardisée, l'excès de treillis est coupé et les incisions sont suturées. L'intervention dure en moyenne 20 à 40 minutes. Vous pouvez généralement rentrer chez vous le jour même.

## Mise en garde de Santé Canada et recommandations des expert·e·s

Santé Canada a émis une mise en garde concernant les complications associées aux treillis synthétiques vaginaux pour le traitement du prolapsus et de l'incontinence urinaire<sup>9</sup>.

Les bandelettes sous-urétrales de treillis synthétique demeurent une solution sûre et efficace reconnue pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort selon les récentes recommandations des associations d'urologues et de gynécologues des États-Unis et du Canada<sup>10-12</sup>.

- Complications médicales (cœur, poumons, caillots de sang)
- Difficultés à uriner (le plus souvent temporaire, rarement persistante)
- Aggravation ou apparition nouvelle d'envies urgentes
- Infections récidivantes des voies urinaires
- Exposition du treillis (treillis visible dans le vagin)
- Érosion du treillis (treillis visible dans l'urètre ou la vessie)
- Échec de l'intervention (persistance de l'incontinence urinaire à l'effort)
- Douleur chronique ou douleur lors des rapports sexuels pour la patiente ou son partenaire

Environ 3 % des femmes devront être réopérées pour des complications liées au treillis dans les 10 années suivant l'opération<sup>13-15</sup> et les complications ne sont pas toujours entièrement réversibles.

## Peut-on retirer le treillis?

Devant certaines complications, votre médecin peut suggérer le retrait partiel ou complet de la bandelette, une intervention qui peut être plus complexe que la pose de la bandelette. Malheureusement, l'excision du treillis ne garantit pas la résolution complète des effets secondaires. Le retrait de la bandelette peut également entraîner la réapparition ou l'aggravation des fuites urinaires.

## À quoi s'attendre après l'opération?

Environ 10 % des femmes avec une bandelette sous-urétrale auront des difficultés à uriner peu après l'opération. Vous devrez peut-être rentrer chez vous

avec un cathéter (tube) pour drainer la vessie ou apprendre à utiliser l'auto-cathétérisme. Cette situation est généralement temporaire, et la plupart des femmes arriveront à bien vider leur vessie dans la semaine qui suit, une fois que l'enflure locale due à l'opération aura diminué.

Le débit urinaire sera peut-être plus faible les premiers jours, voire les premières semaines après l'opération. Il est conseillé d'éviter de forcer, et de prendre son temps pour vider sa vessie. Si les difficultés à uriner s'aggravent ou persistent, communiquez avec votre médecin.

Il est recommandé de limiter vos activités physiques et d'éviter de soulever plus de 5 kg pendant environ 4 semaines. Il est utile de prévenir la constipation et d'éviter de forcer lorsque vous allez à la selle.

Pendant le premier mois, il faut éviter les bains et les piscines. Il est recommandé d'éviter les rapports sexuels et les tampons pendant au moins 6 semaines pour permettre la guérison. Pendant cette période, des pertes ou des saignements vaginaux peuvent survenir et sont normaux. Les points de suture sont absorbables et n'ont pas besoin d'être retirés.

Il est important de consulter un•e médecin en cas de fièvre ou de cicatrice rouge, chaude et/ou surélevée, de sang visible dans les urines, d'apparition soudaine d'une enflure des jambes, d'essoufflement ou de tout autre signe inquiétant. Parlez à votre médecin de la durée d'arrêt de travail recommandée. En temps normal, un rendez-vous de suivi sera fixé avec votre chirurgien•ne quelques semaines après l'opération.

**RÉFÉRENCES :** (1) Herschorn S et al. *BJU Int* 2008;101:52-8. (2) Nilsson CG et al. *IUJ* 2013;24:1265-9. (3) Holdo B et al. *IUJ* 2017;28:1739-46. (4) Fusco F et al. *Eur Urol* 2017;72:567-91. (5) Dufor S et al. *JOGC* 2020;42:510-22. (6) Imamura M et al. *BMJ* 2019;365:1842. (7) Hoe V et al. *Neurourol Urodyn* 2021;40:1349-88. (8) Ford AA et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(7):CD006375. (9) <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medeffect-canada/safety-reviews.html> (10) Welk B et al. (2019) [https://www.cua.org/themes/web/assets/files/cua\\_mesh\\_statement\\_2019.pdf](https://www.cua.org/themes/web/assets/files/cua_mesh_statement_2019.pdf). (11) AUGS-SUFU Joint Position Statement. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2021;27:707-10. (12) Clancy A. *JOGC* 2019;41 :1389-91. (13) Jonsson Funk M et al. *AJOG* 2013;208:73e1-7. (14) Welk B et al. *JAMA Surg* 2015;150:1167-75. (15) Guro-Urganci I et al. *JAMA* 2018;320:1659-69.

Approuvé par



Cette publication est produite par



Cette publication est approuvée par

Canadian Urological Association  
The Voice of Urology in Canada



Association des Urologues du Canada  
La voix de l'urologie au Canada



ASSOCIATION DES  
UROLOGUES  
DU QUÉBEC

Les informations présentées dans cette publication ne visent pas à remplacer une opinion médicale ni à se substituer à la consultation d'un médecin qualifié. L'Association des urologues du Canada décline toute responsabilité, légale ou autre, causée de quelque façon que ce soit, incluant la négligence, pouvant découler des informations contenues ou référencées dans cette brochure.

© 2022. Association des urologues du Canada. Tous droits réservés.

[cua.org](http://cua.org)