Cure d'incontinence urinaire d'effort — bandelette rétropubienne

01 Qu'est-ce que c'est ?

L'intervention qui vous est proposée traite les fuites urinaires à l'effort, par voie vaginale.

Cette fiche complète les explications données par votre gynécologue en consultation ; elle ne remplace pas cet échange.

L'incontinence urinaire d'effort, ce sont des fuites lors d'un effort : sport, toux, rire, éternuement, marche, changement de position. L'urètre (le canal qui évacue l'urine) est moins bien soutenu et ne se ferme plus parfaitement au moment de l'effort ; plus rarement, c'est le sphincter qui fonctionne mal.

Cette fiche est établie à partir de la fiche d'information du CNGOF et de la SCGP « Bandelette sous urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme » (2025), adaptée à la pratique du cabinet.

02 Pourquoi cette intervention ?

L'intervention consiste à placer sous l'urètre une bandelette synthétique non résorbable, en polypropylène, qui remplace les structures de soutien défaillantes de la vessie et de l'urètre et soutient l'urètre pendant l'effort, sans tension, comme un hamac.

Dans la voie rétropubienne, la bandelette est placée sous l'urètre et ressort juste au-dessus du pubis.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention se fait sous anesthésie générale. Elle dure environ 30 minutes.

Vous êtes installée en position gynécologique. Une courte incision est faite sur le vagin, juste sous l'urètre ; selon la bandelette choisie, deux courtes incisions de la peau permettent son passage. Celle-ci est passée au moyen d'une aiguille de chaque côté de l'urètre, puis posée sans tension sous l'urètre.

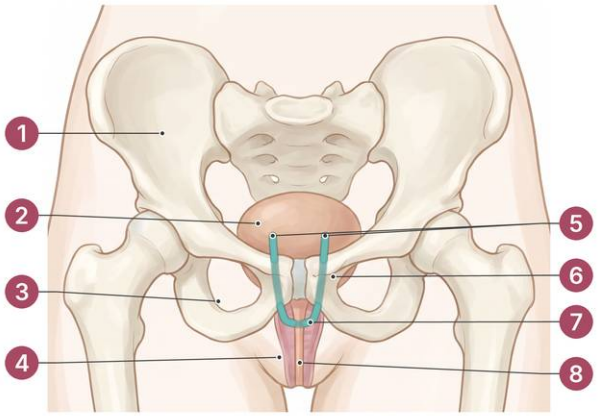


FIGURE 1 — La bandelette rétropubienne : posée sous l'urètre, elle ressort juste au-dessus du pubis (schéma, vue de face).

1. Bassin
2. Vessie
3. Trou obturateur
4. Vagin
5. Ressort juste au-dessus du pubis
6. Pubis
7. Bandelette : sous l'urètre, sans tension, comme un hamac
8. Urètre

En bleu-vert : la bandelette posée. Plus pâle : là où elle passe derrière l'os ou derrière l'urètre.

Vue de face : la droite de l'image est le côté gauche de la patiente.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Selon la bandelette choisie, un contrôle de la vessie par endoscopie (cystoscopie) peut être effectué pour vérifier qu'elle n'a pas été blessée.

En fin d'intervention, le chirurgien peut laisser temporairement une sonde urinaire pour mettre votre vessie au repos.

Au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou à un événement

imprévu qui demande de faire autre chose que ce qui était prévu, voire d'arrêter l'intervention.

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon sur le long terme (85 à 90 %), mais il ne peut pas être garanti.

Des fuites peuvent persister après l'intervention, ou revenir après un délai beaucoup plus long ; elles font alors l'objet d'une prise en charge spécifique.

05 Les risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention se déroule sans complication. Toute intervention comporte cependant des risques, y compris vitaux, qui tiennent à des variations individuelles pas toujours prévisibles. L'anesthésie a ses propres risques, qui vous sont expliqués par le médecin anesthésiste.

Les complications communes à toute chirurgie sont l'infection, locale ou générale, le saignement avec hématome et parfois transfusion, la phlébite et l'embolie pulmonaire, et l'allergie.

Pendant l'intervention :

- Plaie de la vessie au passage de la bandelette, qui est alors simplement repositionnée ; plus fréquente si vous avez déjà été opérée, elle peut interrompre l'intervention et faire garder la sonde plus longtemps.
- Plaie de l'urètre : il est alors préférable de renoncer à poser la bandelette.
- Plaie de l'intestin ou d'un vaisseau : exceptionnelle, elle demande une prise en charge spécifique, avec le risque de devoir ouvrir l'abdomen.

Dans les suites :

- Infection urinaire, traitée par antibiotiques.
- Difficultés à uriner : elles peuvent demander quelques jours de sonde en plus ; le chirurgien décide de détendre la bandelette ou d'attendre. Si des difficultés importantes persistent, des sondages répétés ou un drainage de la vessie peuvent être nécessaires, voire une nouvelle intervention pour couper ou retirer la bandelette.
- Besoins pressants d'uriner, le plus souvent modérés et régressifs avec le temps, éventuellement avec un traitement.
- Hématome, qui se résorbe le plus souvent seul ; exceptionnellement, il demande une nouvelle intervention ou une transfusion.
- Exposition de la bandelette dans le vagin, par mauvaise cicatrisation, tôt ou à distance : elle peut donner des douleurs, pendant les rapports ou en dehors, des saignements ou des pertes sales ; sa prise en charge se discute avec votre chirurgien.
- Quelques douleurs comme des crampes à la racine des cuisses sont parfois ressenties.

Complications exceptionnelles : douleurs qui durent et peuvent, dans de rares cas, faire retirer la bandelette, ou douleurs lors de la pénétration ; communication anormale entre l'urètre ou la vessie et le vagin (fistule), avec écoulement d'urine ; passage de la bandelette dans l'urètre ou la vessie, qui demande son retrait dans un centre de référence ; occlusion intestinale ; infection de la bandelette, rarissime.

06 Les alternatives

- Ne pas traiter : seules les patientes gênées et demandeuses sont prises en charge.
- La rééducation du périnée : elle est recommandée en premier, en plusieurs séances. Ses résultats sont inconstants et peuvent demander des séances d'entretien. La chirurgie est proposée en cas d'échec, de contre-indication ou de refus de la rééducation.
- Les médicaments : aucun n'est actuellement efficace sur l'incontinence urinaire d'effort.
- D'autres interventions existent (injections autour de l'urètre, ballons autour de l'urètre, sphincter artificiel, colposuspension) ; elles peuvent être proposées en cas d'échec de la bandelette ou dans des situations très particulières.

07 Les contre-indications

Une analyse d'urine est faite avant l'intervention : en cas d'infection urinaire, l'intervention peut être reportée.

Ne vous faites pas opérer s'il vous reste des doutes ou des questions.

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie : il multiplie par 3 le risque d'infection et par 5 les difficultés de cicatrisation. Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue nettement ces risques ; il est recommandé de ne pas reprendre pendant la convalescence. Pour vous aider, parlez-en à vos médecins ou appelez Tabac Info Service au 3989.

08 Avant l'intervention

Avant de programmer l'intervention, un examen de la miction (mesure du débit urinaire et de l'urine qui reste dans la vessie) et parfois un bilan urodynamique peuvent être faits. Votre dossier est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire pour valider l'indication.

Une consultation d'anesthésie est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Suivez les recommandations de préparation données par votre chirurgien et votre anesthésiste : si elles ne sont pas respectées, l'intervention peut être reportée.

Une douche vous sera demandée avant l'intervention. L'intervention peut avoir lieu pendant les règles.

09 Après l'intervention et vos consignes

Le retrait d'une éventuelle sonde est décidé par le chirurgien. Quelques brûlures et un jet plus faible sont possibles les premiers jours ; les douleurs sont rarement importantes et un traitement contre la douleur vous est prescrit.

Vous rentrez chez vous le jour même (ambulatoire), une fois que votre chirurgien a vérifié que vous pouvez uriner.

- Cicatrisation : elle prend plusieurs semaines ; un petit saignement vaginal peut survenir. Veillez à une bonne hygiène ; à la douche, lavez les petites incisions avec votre savon habituel ; pas de douche vaginale. Les fils sont résorbables : les sentir à la toilette est normal, ils partent seuls en 6 à 8 semaines au plus.
- Activités : la convalescence dure environ deux semaines ; pendant cette période, vous pouvez reprendre une activité normale, en évitant les efforts violents, le port de charges de plus de 5 kg et les bains. Le sport est interrompu 1 à 2 mois selon le sport et son intensité ; le vélo et la moto sont déconseillés pendant 1 mois.
- Pendant le mois qui suit : pas de relations sexuelles avec pénétration, pas de tampons, pour que l'incision du vagin cicatrise parfaitement.
- Évitez absolument la constipation pour ne pas pousser aux toilettes : alimentation riche en fruits et légumes, bonne hydratation, et si besoin un traitement du transit. Buvez abondamment et urinez régulièrement.
- Un arrêt de travail peut vous être prescrit, d'une durée adaptée à votre métier.

Une consultation de contrôle a lieu en général dans les trois à quatre semaines. Votre chirurgien y décide de la reprise de toutes vos activités, en particulier sportives et sexuelles, et réévalue d'éventuelles fuites persistantes.

Par la suite, une surveillance régulière est nécessaire : consultez votre médecin une fois par an.

10 Quand consulter sans attendre

- Sueurs, palpitations ou pâleur : cela peut être un saignement. Contactez immédiatement votre médecin traitant ou appelez le 15.
- Absence de gaz, nausées ou vomissements : consultez en urgence. Contactez aussi votre médecin en l'absence de gaz ou de selles pendant plusieurs jours.
- Fièvre inexpliquée.
- Brûlures en urinant qui s'accentuent ou persistent, ou urines troubles : un examen des urines est nécessaire.
- Sang dans les urines qui persiste ou augmente.
- Difficultés à uriner qui s'aggravent (besoin de pousser, urine qui sort goutte à goutte) : cela peut être un blocage.
- Cicatrice rouge, chaude ou gonflée, écoulement ou hématome, douleur importante ou qui dure, ou cicatrice du vagin qui s'ouvre.
- Écoulement vaginal sale ou anormal, envies fréquentes d'uriner qui persistent, infections urinaires répétées.

11 Vos questions au Dr Gatri

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.