

# FICHE INFO PATIENT

(ENR-CSE-140)

FICHE CRÉÉE EN : AVRIL 2018  
DERNIÈRE MISE À JOUR : NOVEMBRE 2018



Etiquette patient

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : [www.urologie-santé.fr](http://www.urologie-santé.fr)

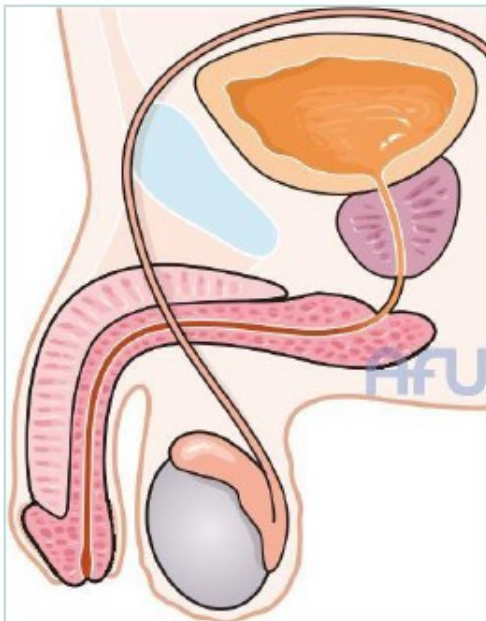
## TOXINE BOTULIQUE : INJECTION DANS LA PAROI VÉSICALE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIE LIÉE À UNE HYPERACTIVITÉ VÉSICALE NON NEUROLOGIQUE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'objectif de la prise en charge est de traiter les fuites urinaires par urgences (ou urgenturie) et de diminuer la fréquence des mictions.

## L'ORGANE

La vessie est un réservoir musculaire distensible, son muscle (le detrusor) se laisse étirer sans résistance et donc sans augmentation de pression, l'urètre est situé sous la vessie, c'est un canal par lequel l'urine s'extériorise. Le contrôle de la vessie est assuré par le système nerveux. Le maintien de la continence dépend du bon fonctionnement de tous ces éléments.



## LA MALADIE

Le syndrome d'hyperactivité vésicale avec fuite correspond à l'impossibilité de retenir les urines en lors de besoins urgents.

Il est lié à un dysfonctionnement de la vessie d'origine autre que neurologique.

## EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

L'injection de toxine botulique est un traitement au moins de seconde intention. Il s'adresse aux cas où les traitements plus simples sont inefficaces, insuffisants ou contre-indiqués. Pour le syndrome clinique d'hyperactivité vésicale avec fuites, les traitements suivants sont en général proposés avant l'injection de toxine :

- Mesures hygiéno-diététiques,
- Rééducation des muscles périnéaux,
- Médicaments de la famille des anticholinergiques ou des bêta3 agonistes ou par oestrogénothérapie locale chez la femme ménopausée.

En cas de syndrome clinique d'hyperactivité vésicale avec fuite, une alternative à l'injection de toxine botulique est représentée par la neuromodulation sacrée ou la neuromodulation tibiale (électrode sous forme d'un patch à l'arrière de la cheville).

## PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Injecter de la toxine botulique A (TBA) dans l'épaisseur de la paroi de la vessie. L'injection de TBA vous sera proposée par votre médecin quand les médicaments que vous prenez par la bouche sont mal supportés ou insuffisamment efficaces pour contrôler les contractions de la vessie.

La TBA réduit les contractions incontrôlées de la vessie et diminue le besoin urgent d'uriner en agissant sur des terminaisons nerveuses contenues dans la paroi. Les fuites d'urines et les envies urgentes sont ainsi supprimées ou considérablement réduites.

L'effet de la TBA débute 2 à 10 jours après l'injection. Elle agit temporairement pendant 6 à

9 mois en moyenne. Il existe cependant des variations d'efficacité d'un patient à l'autre. Lorsque l'effet disparaît, on peut ré-injecter autant de fois que nécessaire en respectant un minimum de trois mois entre deux injections.

## PRÉPARATION À L'INTERVENTION

*Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.*

*En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.*

Avant l'injection, vous ferez les examens suivants :

- Vous devez préciser à votre urologue et lors de la consultation d'anesthésie si vous prenez un traitement pour fluidifier le sang (anti-agrégant plaquettaire, anticoagulant). Il pourrait être modifié avant l'intervention.
- Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité et traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération.
- Chez les femmes sans contraception et en âge d'être enceinte : un test sanguin de grossesse pourra vous être demandé.
- Dans certains cas, votre urologue pourra vous enseigner la pratique des auto-sondages (sondage réalisé par vous-même) avant l'intervention. Ils seront à réaliser transitoirement en cas d'apparition d'une rétention urinaire (impossibilité d'uriner).

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Après l'instillation d'un anesthésique local pendant au moins 20 minutes dans la vessie, on obtient une bonne anesthésie de la paroi vésicale. Dans de rares cas, on peut avoir recours à une rachianesthésie, une anesthésie générale ou une simple sédation pour injecter de la toxine botulique lorsque c'est vraiment nécessaire.

Une fois l'anesthésie faite, l'urologue va inspecter votre vessie, puis injecter la toxine botulique en plusieurs points dans l'épaisseur de la paroi vésicale. Le geste dure moins de 5 minutes.

La préparation de produit ainsi que votre installation et désinfection durent plus longtemps (30-40 minutes) que l'intervention elle-même.

L'anesthésie locale fait disparaître la sensation de douleur, mais il se peut que vous perceviez la sensation du toucher par l'aiguille, ce qui peut être désagréable. L'utilisation d'un produit administré par un masque anesthésique peut parfois être nécessaire pour que vous soyez le plus détendu possible.

### Durée prévisible :

- De l'intervention : 5 - 10 minutes
- Du passage en salle d'intervention : 45 minutes
- Du séjour : sauf si vous êtes seul la nuit suivante ou en cas de nécessité d'une anesthésie générale (très rare), l'injection se fait en ambulatoire (entrée et sortie le jour même).

## SUITES HABITUELLES, RETOUR AU DOMICILE

Les effets des injections apparaissent entre 2 et 15 jours.

Il n'y a pas de soin particulier, il est toutefois conseillé de boire suffisamment pour réduire le risque de saignement dans les urines (hématurie).

Un catalogue mictionnel sera certainement remis pour évaluer l'efficacité du traitement, il sera à rapporté lors des consultations de contrôle.

Il faut aussi rechercher l'absence de dysurie (difficulté à uriner) voire de rétention urinaire (blocage urinaire).

En cas de blocage urinaire si vous avez appris les auto-sondages ils seront à instituer immédiatement, s'ils n'ont pas été institués il faut consulter en urgence pour pouvoir vider la vessie. L'activité habituelle peut être reprise le lendemain des injections.

## SUIVI POST-OPÉATOIRE

Une visite post-opératoire est programmée dans le mois qui suit la première injection pour juger de son efficacité et de l'absence de complications.

Lors de cette consultation votre urologue vous demandera si vos symptômes urinaires ont diminué et vérifiera que vous videz bien la vessie en réalisant une échographie après que vous soyez allé uriner.

Vous verrez à nouveau ou prendrez contact avec votre médecin lorsque l'effet de la toxine commencera à diminuer (lorsque les symptômes réapparaîtront) ou un peu avant que la durée d'efficacité de l'injection précédente ne soit écoulée (s'il s'agit de ré-injection).

## RISQUES ET COMPLICATIONS

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.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

### LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

### LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

- Douleur ou inconfort au moment du passage de l'endoscope dans l'urètre ou surtout au moment des piqûres.
- Sang dans les urines (hématurie macroscopique).
- Infections urinaires pouvant nécessiter le recours à un traitement antibiotique.
- Rétention aiguë d'urine (impossibilité d'aller uriner après l'intervention) nécessitant parfois la mise en place d'auto-sondage.
- Fièvre modérée (< 38.5°C) de moins de 48 heures.
- Fatigue généralisée avec baisse de la force musculaire dans les membres pouvant aller jusqu'à la difficulté à respirer (uniquement dans d'autres indications que les injections réalisées dans la vessie), transitoire et réversible.

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. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

**EN CAS D'URGENCE,**  
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,  
**faites le 15.**

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

➔ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne **Tabac-Info-Service au 3989** ou par internet : **tabac-info-Service.fr**, pour vous aider à arrêter.

**Fait en double exemplaire**

**Informations lues, approuvées et comprises**

**Le :**

**Signature :**

**CE DOCUMENT EST IMPORTANT. IL EST INDISPENSABLE DE LE COMMUNIQUER AVANT L'INTERVENTION. EN SON ABSENCE, VOTRE INTERVENTION SERA ANNULÉE OU DECALÉE.**

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site [urologie-santé.fr](http://urologie-santé.fr). L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.