



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

PROLAPSUS GÉNITAL

CURE PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE

Tél.: 010 437 235

secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

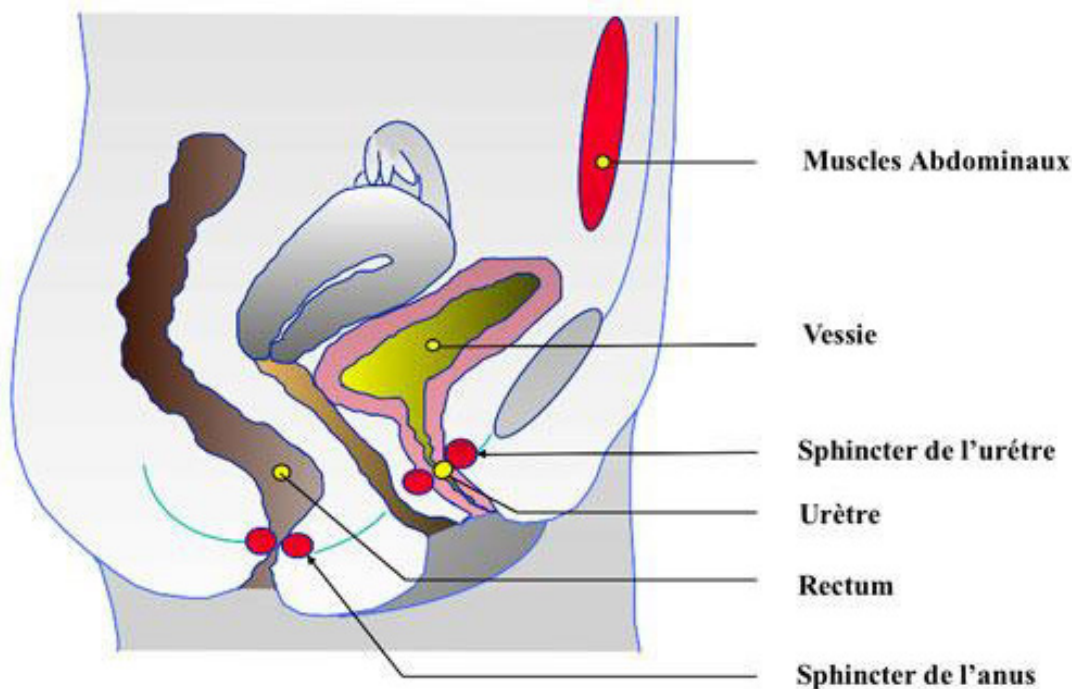
L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus génital.

Cette fiche d'information est destinée aux patients et aux professionnels de la santé. Elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir. Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines. Certaines situations médicales ne sont pas entièrement prévisibles et nécessitent une adaptation de la prise en charge. Ces éventuelles adaptations ne peuvent donc pas être reprises ci-dessous. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes peuvent vous être communiquées pendant une consultation avec votre médecin.

LES ORGANES PELVIENS

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles et de ligaments qui constituent le plancher pelvien. Celui-ci joue le rôle de hamac sur lequel reposent la vessie, l'utérus et le rectum.

On parle de prolapsus, anomalie appelée communément « descente d'organes », lorsque ces organes ne sont plus soutenus et font saillie à des degrés divers dans le vagin ou même au-delà de la vulve si le prolapsus est extériorisé. Il peut concerner isolément ou en association la vessie (cystocèle), l'utérus (hystérocèle) et le rectum (rectocèle).



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le prolapsus est responsable de symptômes variés. Il peut s'agir de : pesanteur périnéale, « boule

» s'extériorisant à la vulve, signes urinaires, sexuels ou digestifs. L'intervention proposée par votre urologue est un geste chirurgical dont le but est de repositionner correctement la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum dans le petit bassin.

Ce repositionnement s'accompagne d'un renforcement des moyens de soutien de ces organes par l'utilisation d'un tissu de renfort (implant prothétique) synthétique compatible avec le corps humain. Enfin, il peut être associé une intervention pour traiter l'incontinence urinaire d'effort. En fonction des éléments de votre dossier, il peut être nécessaire de retirer l'utérus, en partie ou en totalité, ou les ovaires. Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Une rééducation est possible, mais elle n'est efficace que pour les prolapsus peu importants.

Le pessaire est un dispositif destiné à contenir le prolapsus et qui est placé dans le vagin. Il est souvent utilisé lorsque l'intervention n'est pas souhaitable rapidement. Son port peut être temporaire ou permanent.

L'intervention peut être menée selon plusieurs voies d'abord, abdominale ou vaginale et suivant différentes techniques. Son choix vous est expliqué par votre urologue.

Le traitement de votre prolapsus n'est pas une nécessité vitale. L'absence de son traitement vous expose à l'aggravation du prolapsus jusqu'à l'extériorisation. Il peut y avoir une rétention urinaire (blocage de la vidange de la vessie), une dilatation des reins avec insuffisance rénale et une ulcération du vagin et du col de l'utérus.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention. Une analyse d'urine vous est demandée quelques jours avant l'intervention (ECBU). En cas d'infection, l'intervention est différée jusqu'à stérilisation des urines. Pour prévenir les phlébites, des bas de contention peuvent être prescrits, portés pendant l'intervention et jusqu'à reprise d'une activité ambulatoire (prévention des phlébites). Un régime alimentaire sans résidu peut vous être conseillé avant l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention est menée sous anesthésie générale. Elle peut être effectuée par voie laparoscopique ou par une seule incision abdominale. Au bloc opératoire, vous êtes installée à plat sur le dos. Une sonde urinaire est mise en place en début d'intervention.

Une prothèse synthétique est fixée entre la vessie et la paroi antérieure du vagin.

Une deuxième prothèse peut être fixée entre le rectum et la paroi postérieure du vagin.

La (les) prothèse (s) est (sont) ensuite fixée(s) à un ligament très solide situé en avant de la colonne vertébrale en avant du sacrum.

SUITES HABITUELLES

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire est défini par votre chirurgien. La reprise du transit intestinal (gaz) se fait habituellement dans les 48 premières heures. Cependant, une constipation peut vous gêner pendant quelques jours et se prolonger si vous êtes sujette à ce problème. Un traitement laxatif peut alors vous être prescrit.

La durée d'hospitalisation est habituellement de quelques jours. Une convalescence est à prévoir. Sa durée est adaptée au travail que vous exercez.

Vous devez vous abstenir de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration pendant environ 1 mois.

Des facilitateurs du transit pour vous éviter de pousser pour aller à la selle peuvent vous être prescrits. Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décide de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives.

Vous devez éviter les efforts violents dans les 3 mois suivant l'intervention.

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 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 LE GESTE OPÉRATOIRE

- **Plaie de vessie** : une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir au cours de sa dissection. Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui rend la dissection plus difficile. Cette plaie peut même interrompre le déroulement de l'intervention. La sonde vésicale peut alors être conservée plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.
- **Plaie du vagin** : le risque est plus important si vous avez ou avez eu une ablation de l'utérus. L'ouverture du vagin peut compromettre la mise en place d'une prothèse.
- **Plaie de l'urètre** : elle est exceptionnelle et nécessite un geste de réparation avec la mise en place d'une sonde interne temporaire.
- **Plaie du rectum** : elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate. L'ouverture du rectum compromet la mise en place d'une prothèse.

DANS LES SUITES OPÉRATOIRES

- **Hémorragie - Hématome** : cette complication est rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention ou une transfusion.
- **Douleurs** : les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. Des douleurs persistantes sont exceptionnelles à distance de l'intervention.
- **Troubles mictionnels** : dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître dans les suites opératoires et peut nécessiter ultérieurement une intervention complémentaire. L'apparition dans les suites opératoires d'envies fréquentes ou urgentes d'uriner n'est pas rare. Si celles-ci existaient en pré-opératoire, elles peuvent persister après l'intervention, même après la remise en place de votre vessie.

Des difficultés importantes pour uriner peuvent aussi survenir, nécessitant de reposer une sonde dans la vessie ou de vous apprendre à réaliser temporairement des sondages plusieurs fois par jour.

- **Troubles digestifs et difficultés d'exonération** : le traitement chirurgical peut aussi entraîner une aggravation ou l'apparition de troubles digestifs. Ces symptômes peuvent disparaître avec un traitement adapté. Une occlusion intestinale peut être due à des adhérences de l'intestin dans la cavité abdominale. Une ré-intervention est souvent nécessaire.
- **Altération de la qualité des rapports sexuels** : en replaçant en bonne position les organes descendus, l'intervention permet le plus souvent d'améliorer votre sexualité. En revanche, la qualité des rapports peut être rarement altérée par des douleurs, des problèmes de lubrification vaginale. Un traitement peut vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux.
- **Migration / Infection du tissu de renfort (implant prothétique)** : les prothèses sont conçues pour être parfaitement tolérées et permettre une cicatrisation rapide. Exceptionnellement, une exposition de la prothèse au travers du vagin peut survenir. Elle peut apparaître tardivement, des années après la pose. Elle est souvent asymptomatique, mais peut parfois entraîner des écoulements vaginaux et une infection de la prothèse. Une ré-intervention peut alors être nécessaire pour retirer partiellement ou en totalité cette prothèse. La migration de la prothèse peut aussi exceptionnellement se faire vers la vessie et le rectum. Elle nécessite une réintervention pour l'enlever.
- **Fistule** : une fistule est une communication anormale entre deux organes creux. Elle peut exceptionnellement compliquer l'intervention, surtout chez les patientes multi opérées. Elle peut concerner l'urètre, la vessie, l'uretère, le vagin ou le rectum. Son traitement est le plus souvent chirurgical.

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.

AVERTISSEMENT

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

RÉSULTATS

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant être garanti. La récurrence du prolapsus est toujours possible, liée à de nombreux facteurs (surpoids, toux chronique, altération de la muqueuse vaginale à la ménopause, constipation, ...), mais son risque est variable d'une patiente à une autre. La récurrence du prolapsus ne s'accompagne pas systématiquement de la réapparition des symptômes urinaires, sexuels ou digestifs.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

Tél.: 010 437 235
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be