

FICHE D'INFORMATIONS DES PATIENTES

PROLAPSUS TRAITEMENT PAR VOIE VAGINALE

Nom du médecin

Madame.....

Date de la remise de la fiche :

Cette fiche remise par votre chirurgien gynécologue a pour but de compléter les explications données lors de votre consultation. N'hésitez pas à le solliciter en cas de questions.

Qu'est-ce qu'un prolapsus génital ?

Le prolapsus (descente d'organes) est secondaire à une faiblesse des parois vaginales et du soutien musculaire périnéal qui va permettre aux organes pelviens (vessie, utérus, rectum) de produire une hernie (« boule ») qui produit une sensation souvent désagréable de pesanteur, de pression, d'inconfort.

Quand la hernie est entre la vessie et le vagin on parle de cystocèle.

Quand la hernie est entre le rectum et le vagin, on parle de rectocèle.

Quand l'utérus s'exteriorise au-delà du vagin, on parle d'hystéroptose ou hystérocèle (ou de descente du fond vaginal en cas d'hystérectomie préalable)



Position normale



Vessie - Cystocèle



Rectum - Rectocèle



Utérus - Hystérocèle

Cela peut gêner la vie quotidienne, voire limiter l'activité physique, la pratique de certains sports, affecter l'activité sexuelle ou l'image de soi.

Le prolapsus n'est pas dangereux et généralement pas douloureux. Il n'y a pas de complications dans la grande majorité des cas.

En revanche, cela entraîne une gêne, voire dans certains cas un handicap pour certaines activités.

Le but de la chirurgie est d'améliorer la qualité de vie.

Quel est le principe de la chirurgie ?

L'intervention qui vous est proposée est destinée à améliorer les symptômes que vous ressentez.

L'intervention consiste à repositionner les organes "descendus" et à renforcer les moyens de soutien de ces organes par des techniques de remise en tension des tissus de support entre vagin et vessie ou entre vagin et rectum. Ainsi, la hernie vaginale sera corrigée

Cette technique n'utilise que vos propres tissus sans implant de corps étranger. Une intervention complémentaire peut être associée dans certains cas pour traiter l'incontinence urinaire d'effort associée.

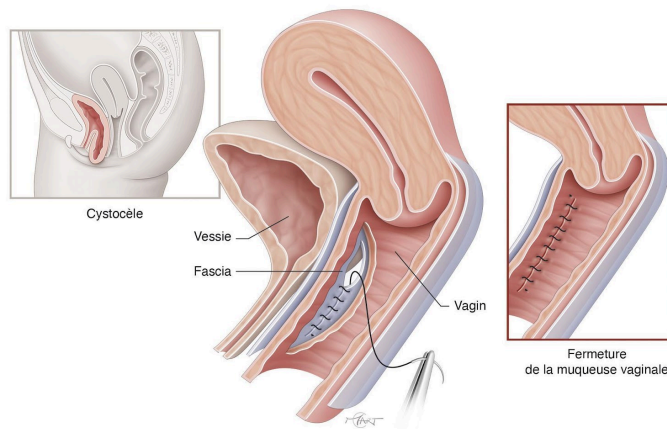
En fonction de votre situation, il peut être nécessaire de retirer l'utérus en partie ou en totalité, ou les annexes (trompes + ovaires). Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

Pour les patientes âgées encourant un risque anesthésique important et n'ayant plus d'activité sexuelle, il peut être proposé un geste de cloisonnement/fermeture du vagin appelé colpocleisis.

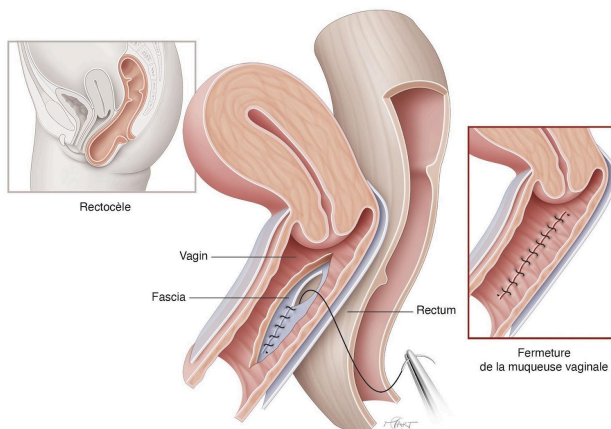
Les différentes techniques peuvent être associées selon votre cas particulier. Votre chirurgien vous expliquera ce qu'il a prévu de faire.

Les différentes techniques sont :

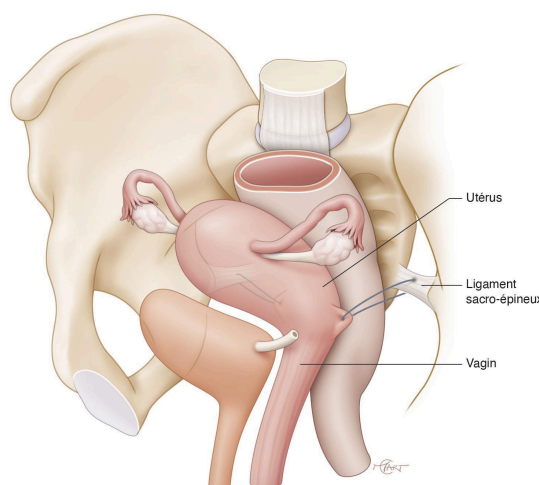
- La cure de Cystocèle : la hernie du vagin antérieur est réintégrée et le vagin suturé (colporraphie antérieure)



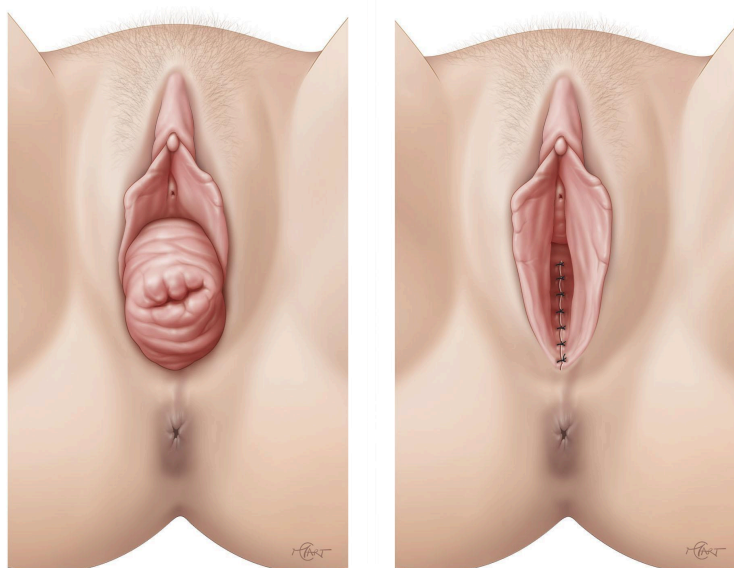
- La cure de Rectocèle: a hernie du vagin postérieure est réintégrée et le vagin suturé (colporraphie postérieur)



- La sacrospinofixation selon Richter : le fond vaginal est suspendu à un ligament profond, le ligament sacro épineux, par des fils



- Le colpoclésis ou intervention de Lefort : le vagin est refermé.



Préparation à l'intervention

Des examens complémentaires peuvent être utiles pour planifier au mieux votre intervention. Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention. Une analyse d'urine peut être nécessaire. En cas d'infection, la chirurgie est différée jusqu'à stérilisation des urines. Un traitement hormonal local par œstrogènes ou acide hyaluronique sous forme de crème ou d'ovules peut vous être prescrit avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

L'arrêt du tabac est toujours souhaitable car celui-ci augmente le risque de complications

Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale ou locorégionale. Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique, une sonde vésicale est le plus souvent mise

en place. Une incision est pratiquée le long du milieu de la paroi antérieure du vagin, commençant à l'entrée du vagin et se terminant près du haut du vagin sous le col utérin.

La muqueuse vaginale est alors séparée du tissu de soutien sous-jacent. Le fascia affaissé est alors réparé à l'aide de points de suture résorbables (durée variable selon le matériel de suture utilisé)

Les organes sont libérés pour pouvoir les réintégrer en bonne position. Dans certains cas, il peut vous être proposé une hystérectomie (ablation de votre utérus), effectuée par la même voie vaginale, à cause de l'importance du prolapsus de votre utérus ou d'une pathologie de celui-ci. Le chirurgien vous en aura expliqué la nécessité.

Il peut être nécessaire de couper un excès de vagin à la suite de cette correction avant de réaliser la suture.

À la fin de la chirurgie, une mèche vaginale ainsi que la sonde vésicale peuvent être laissées en place selon les habitudes de votre chirurgien.

Suites habituelles

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire / mèche vaginale est défini par votre chirurgien. La reprise du transit intestinal 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. Pendant cette période, quelques pertes vaginales peuvent survenir et sont tout à fait normales. La durée d'hospitalisation est variable, d'un jour (ambulatoire) à 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 six semaines. Une consultation de contrôle avec votre chirurgien est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décidera de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives. Vous devez éviter les efforts violents dans les deux mois suivant l'intervention.

Y a-t-il des risques de 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 rectum : une ouverture accidentelle du rectum peut survenir au cours de sa dissection. Elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate.

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.

Dans les suites opératoires :

- Hémorragie, hématome : cette complication est rare et nécessite exceptionnellement un traitement antibiotique et/ou une réintervention et/ou une transfusion.
- Douleurs : les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention.

À distance de l'intervention :

- Des douleurs persistantes sont exceptionnelles.
- 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 est exceptionnelle car la cavité abdominale n'est en principe pas ouverte.
- Troubles mictionnels : une infection urinaire est toujours possible et nécessitera un traitement antibiotique après recherche d'un germe. Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître ou se majorer dans les suites opératoires, et peut nécessiter ultérieurement une rééducation ou 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.
- Altération de la qualité des rapports sexuels : en remplaçant 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.
- 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.

Résultats

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant être garanti. La récurrence du prolapsus n'est pas exceptionnelle, 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. Cette récurrence peut donner lieu à une prise en charge médicale ou bien à une nouvelle intervention

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre chirurgien gynécologue. 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.

Attention ! Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté pour mobiliser

l'utérus.

Pour en savoir plus :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/reco443_fiche_patient_principale_prolapsus_cd_2022_04_28_v0.pdf

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3337374/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-le-pessaire-gynecologique-a-quoi-ca-sert-comment-l-utiliser