

FICHE D'INFORMATIONS DES PATIENTES

PROLAPSUS GENITAL : TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE ROBOT ASSISTEE OU PAS

Nom du médecin

Madame.....
Date de la remise de la fiche :

Cette fiche, rédigée par la SCGP et le CNGOF est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre gynécologue à propos de votre prolapsus et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble. En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre gynécologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés 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 gynécologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Votre gynécologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

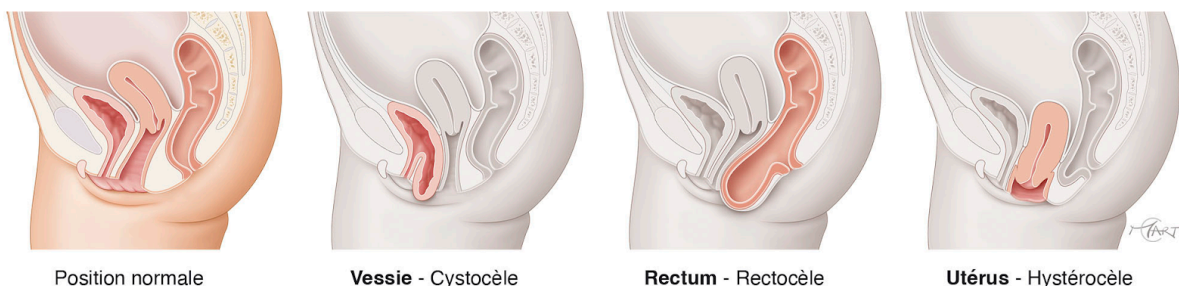
L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus (descente d'organes) par voie haute miniinvasive coelioscopique robot assistée ou non.

LES ORGANES PELVIENS : la vessie, l'utérus et le rectum, qu'est-ce qu'un prolapsus ?

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles (élevateurs de l'anus) 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 tombent 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 (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. Cela peut gêner, voire limiter l'activité physique et affecter l'activité sexuelle plus souvent pour des raisons psychologiques (appréhension, image de soi) que physiques.

Le prolapsus n'est pas une maladie, ce n'est pas dangereux, ce n'est 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 les personnes actives. Le but du traitement est d'améliorer la qualité de vie.

L'aggravation du prolapsus jusqu'à l'extériorisation des organes pelviens peut exposer au risque de rétention urinaire (blocage de la vidange de la vessie), de dilatation des reins avec insuffisance rénale et d'ulcération du vagin et du col de l'utérus.

L'intervention vous est proposée par votre gynécologue si ces symptômes deviennent gênant et/ou altèrent votre qualité de vie ou en cas de complications. L'intervention n'est jamais urgente et peut être planifiée tranquillement. Le but de l'intervention 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.

Enfin, cette chirurgie peut être associée à une intervention pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (voir fiche SCGP/CNGOF : traitement de 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 OPTIONS ?

L'abstention peut être proposée devant une forme minime, asymptomatique ou non compliquée. Toutefois il n'y aura pas d'amélioration spontanée du prolapsus.

Une rééducation est possible, mais elle n'est efficace que pour les prolapsus peu importants. Le pessaire est l'alternative à la chirurgie. Il s'agit d'un dispositif destiné à contenir le prolapsus. Il est placé dans le vagin. Son port peut être temporaire ou permanent. Il ne guérit pas du prolapsus mais permet de traiter les symptômes gênants.

Vous reporter à la fiche HAS

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

Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale. Elle peut être effectuée par voie coelioscopique avec ou sans assistance robotique, avec 3 ou 4 petites incisions sur l'abdomen (rarement par une 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 (« filet ») est fixée entre la vessie et la paroi antérieure du vagin.

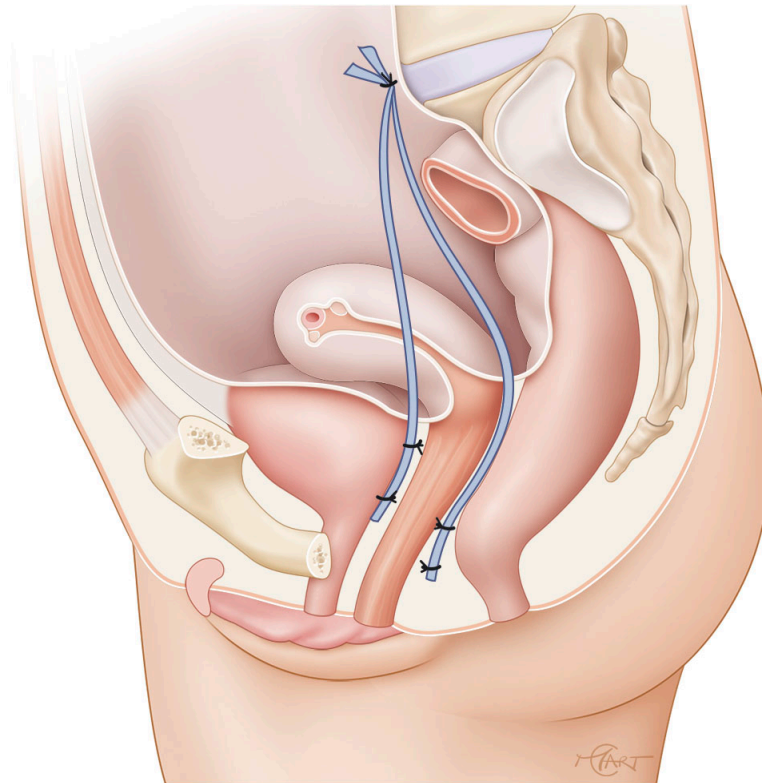
♣ Une deuxième prothèse peut être fixée entre le rectum et la paroi postérieure du vagin.

♣ 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.

Dans certains cas, la prothèse postérieure peut être fixée au rectum, c'est ce qu'on appelle une rectopexie.

Dans certains cas, il peut vous être proposé une hystérectomie sub totale (ablation de votre utérus en conservant le col, éventuellement avec les trompes +/- les ovaires). Le chirurgien vous en expliquera alors la nécessité lors de la consultation pré opératoire.

En cas de difficulté opératoire ou de complication, une conversion en chirurgie ouverte peut être nécessaire. Un toucher rectal pourra être réalisé pendant la procédure afin de vérifier l'absence de plaie rectale.



Suites habituelles, retour à domicile

La sonde urinaire est le plus souvent retirée avant votre réveil au bloc opératoire. Elle peut parfois être laissée en place et le moment de son retrait sera défini par votre chirurgien. Une surveillance de la reprise mictionnelle sera effectuée en post opératoire. 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. Des facilitateurs du transit pour vous éviter de pousser pour aller à la selle peuvent vous être prescrits.

Pendant la période de cicatrisation, quelques pertes vaginales voire des petits saignements peuvent survenir et sont tout à fait normaux.

La durée d'hospitalisation est variable, d'un jour (ambulatoire) à quelques jours.

Dans les suites, vous devrez vous abstenir de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de mettre des tampons périodiques, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration pendant environ six semaines. Un arrêt de travail pourra vous être prescrit dont la durée sera adaptée à votre contexte professionnel.

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 et sexuelles. Vous devez éviter les efforts violents dans les deux mois suivant l'intervention.

CICATRISATION

La chirurgie coelioscopique comporte une ou plusieurs incisions plus ou moins grandes. Ces incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer, sans urgence, cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès. La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre.

Les incisions peuvent être fermées avec des fils ou de la colle, voire les deux. S'il y a de la colle ou des fils résorbables, ils partiront seuls au bout de 2 à 6 semaines sans soins nécessaires. S'il existe des fils non résorbables ou agrafes, l'ablation sera réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement corticoïde).

Lors de la douche, vous pouvez laver les incisions cutanées avec votre savon habituel. Veillez à les sécher par tamponnement.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation. Il est donc fortement conseillé de stopper le tabac avant la chirurgie.

QUE FAIRE SI VOUS RESSENTEZ OU PRESENTEZ...

Fièvre post-opératoire : La survenue d'une fièvre après une telle intervention est inhabituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.

Des douleurs au niveau des plaies ou de l'abdomen : Un traitement contre la douleur vous a été prescrit. Une douleur importante ou persistante nécessite que vous contactiez votre médecin. Un écoulement ou hématome au niveau de la plaie guérit le plus souvent avec des soins locaux.

Des brûlures en urinant : Une légère douleur peut survenir en urinant. Son accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, ce qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines.

Du sang dans les urines : Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie. Les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours. Si ce saignement persiste ou s'amplifie, il faut recontacter un médecin.

Des difficultés à uriner : La force du jet vous semble faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical.

Des fuites urinaires : Après le retrait de la sonde, il est possible que vous présentiez quelques fuites urinaires, essentiellement à l'effort. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement. Néanmoins, la réintégration des organes pelviens peut révéler des fuites urinaires à l'effort qui étaient masquées par votre prolapsus dans 10% des cas environ. La prise en charge de ces fuites sera discutée lors de la consultation post opératoire.

Des troubles du transit intestinal : Vous devez absolument éviter une constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un régime diversifié, riche en fruits et légumes, accompagné d'une bonne hydratation, est habituellement suffisant. Un traitement facilitateur du transit est parfois nécessaire pendant quelque temps. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements nécessitent une consultation en urgence.

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

Les complications communes à toute chirurgie sont :

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

Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :

Pendant le geste opératoire

- Plaie de vessie
 - o 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
 - o Une ouverture accidentelle du rectum peut survenir au cours de sa dissection. Elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate.
- Plaie de l'uretère
 - o Elle nécessite un geste de réparation avec la mise en place d'une sonde interne temporaire.
- Plaie du vagin
 - o Le risque est plus important si vous avez un antécédent de retrait de l'utérus. Si le vagin est ouvert, il sera fermé avec des fils résorbables.
- Plaie vasculaire
 - o Pendant l'opération une plaie vasculaire peut nécessiter une conversion en chirurgie ouverte

Une plaie de la vessie, du vagin, du rectum, de l'uretère ou une plaie vasculaire pendant la chirurgie peuvent compromettre la mise en place de la prothèse.

Dans les suites opératoires

- Douleurs

Les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. Il peut parfois exister des douleurs dans les fesses pouvant persister pendant quelques semaines et le plus souvent spontanément régressives après deux semaines. Des antalgiques vous seront prescrits. 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.

Une infection urinaire est toujours possible et nécessitera un traitement antibiotique après recherche d'un germe.

- 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 digestive (blocage du transit intestinal qui ne cède pas malgré un traitement adapté) est toujours possible mais rare. Elle peut être due à des adhérences intestinales, une ré-intervention est souvent nécessaire.

- Hémorragie, hématome

Cette complication est rare et nécessite exceptionnellement un traitement antibiotique et/ou une ré-intervention et/ou une transfusion.

- 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.

- 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.

- Migration/Infection du tissu de renfort prothétique

Les prothèses sont conçues pour être parfaitement tolérées et permettre une cicatrisation rapide. 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 (pertes sales ou saignements) 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 nécessitera une réintervention pour enlever la prothèse.

- Spondylodiscite (infection du site de fixation vertébrale de la prothèse)

Cette infection est rare. Elle nécessite l'ablation de la prothèse et un traitement antibiotique prolongé.

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 pouvant atteindre 15 à 20% des cas sur le long terme, liée à de nombreux facteurs (vieillesse, 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. 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.

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](http://tabac-info-service.fr) pour vous aider à arrêter.

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