

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

PROLAPSUS GÉNITAL : CURE PAR VOIE VAGINALE

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

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). 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.

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

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

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.

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 traitement hormonal local par œstrogènes sous forme de crème ou d'ovules peut vous être prescrit avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale ou loco-régionale. Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique, une sonde vésicale est le plus souvent mise en place. Une incision est pratiquée dans la paroi du vagin à sa partie antérieure et/ou postérieure. 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 explique alors la nécessité.

De même, en cas de risque important de récurrence, il peut vous proposer d'utiliser un tissu de renforcement. Cette prothèse est alors fixée entre la vessie et la paroi antérieure du vagin, plus rarement entre le rectum et la paroi postérieure du vagin. Le but de cette prothèse synthétique est d'obtenir un résultat plus durable, surtout si le praticien a détecté des facteurs importants de récurrence ou s'il s'agit déjà d'une récurrence.

Suites habituelles

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire 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.

Des facilitateurs du transit pour vous éviter de pousser pour aller à la selle peuvent vous être prescrits.

...

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 ou des 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 ré-intervention 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 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.

• Complications spécifiques aux prothèses :

- Les prothèses sont conçues pour être parfaitement tolérées et permettre une cicatrisation rapide. Une exposition de la prothèse au travers du vagin peut survenir (rares dans des mains entraînées), due à une mauvaise cicatrisation vaginale qui laisse apparaître la prothèse, le plus souvent sur quelques millimètres, parfois sur une surface plus importante. Il est alors nécessaire de faire une petite intervention, le plus souvent sous anesthésie locale, pour retirer la partie de la prothèse exposée et permettre une bonne cicatrisation.

Elle peut aussi 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 ré-intervention pour l'enlever.

Exceptionnellement, la prothèse peut se rétracter, le vagin peut devenir rigide, sensible, voire douloureux, pouvant au maximum en cas d'échec de traitement conduire à retirer la prothèse (moins de 2 % des cas). Ces complications spécifiques des prothèses sont plus fréquentes en cas d'excès de poids, de tabagisme et de tissus fragiles.

• 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.

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 chirurgicales 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.