

INFORMATIONS MEDICALES

PROLAPSUS (CURE PAR VOIE VAGINALE)

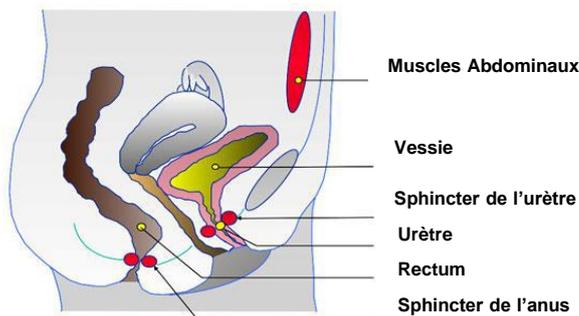
Étiquette patient

Cachet du médecin

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 pour des douleurs provoquées. 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; par contre, cela entraîne une gêne, voire même une sorte de handicap pour les personnes actives.

L'intervention proposée par votre chirurgien gynécologue est un geste chirurgical dont le but est de repositionner correctement la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum dans le petit bassin. Il peut aussi être associé un geste supplémentaire 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 cloisonnement du vagin appelé colpocleisis.

PREPARATION A L'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 OPERATOIRE

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 dans la paroi du vagin à sa partie antérieure et/ ou postérieure. Les organes sont libérés pour pouvoir les réintégrer en bonne position.

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 été 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 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 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 2 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 préopératoire 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 une ré-intervention et/ou une transfusion.

- Douleurs

Les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. A 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 préopératoire, 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.

- 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.

RESULTATS

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.

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.

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.