

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# CURE DE PROLAPSUS GÉNITAL

---



### ➤ PATIENT

Nom :

---

Prénom :

---

### ➤ NATURE DE L'INTERVENTION

- Par voie abdominale (voie haute)
  - Par voie cœlioscopique
  - Par voie vaginale (voie basse)
  - Avec matériel prothétique
  - Sans matériel prothétique
- 

## POURQUOI EST-CE NÉCESSAIRE DE SUBIR UNE CURE DE PROLAPSUS ?

Les examens ont révélé une descente d'organe (prolapsus) qui doit être traitée chirurgicalement (cure de prolapsus). Il peut s'agir de la vessie, de l'utérus, du rectum ou de tous ces organes en même temps qui descendent et occasionnent une gêne fonctionnelle. Ce prolapsus peut être associé à une incontinence urinaire d'effort qui peut être traitée dans le même temps chirurgical ou pas.

## COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

En général, la vessie est vidée avant l'intervention grâce à une sonde vésicale. Celle-ci reste en place quelques heures ou quelques jours après l'opération.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou régionale (anesthésie rachidienne/péridurale). L'anesthésiste vous informera en particulier des détails et des risques de la technique choisie.

La cure de prolapsus a pour but de traiter une descente d'un ou plusieurs organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum). En effet, la vessie, l'utérus et/ou le rectum peuvent être descendus de façon plus ou moins importante dans le vagin, voire en dehors du vagin.

L'intervention permet de les remettre en place et de les fixer dans le pelvis. Elle peut comporter l'ablation totale de l'utérus (hystérectomie totale) ou, plus rarement, l'ablation de l'utérus en conservant le col de l'utérus (hystérectomie subtotale). Dans certaines situations, notamment après 50 ans et lorsque les ovaires sont facilement accessibles, il pourra être également envisagé de réaliser l'ablation des ovaires (ovariectomie ou annexectomie c'est à dire ablation des trompes en plus des ovaires).

### **Cure de prolapsus par voie cœlioscopique**

L'intervention se déroule sans ouverture de l'abdomen. On réalise alors de petites incisions où sont introduits des trocarts dans lesquels passeront l'optique et les instruments nécessaires à la réalisation de l'opération. On visualise l'intervention grâce à une caméra positionnée sur l'optique.

L'utérus est enlevé ou conservé. Le vagin ou l'utérus, la vessie et le rectum sont maintenus en place à l'aide de bandelettes ou prothèses qui sont fixées à un élément solide du bassin en arrière (le promontoire).

### **Cure de prolapsus par voie vaginale (par voie basse)**

L'intervention se déroule par les voies naturelles et ne comporte pas d'ouverture de l'abdomen.

- Si l'utérus descend, on peut réaliser une intervention conservant l'utérus ou l'enlever.
- Si la vessie et/ou le rectum descendent, il faut les soutenir :
  - soit, on utilise les ligaments et muscles naturellement présents
  - soit, on peut être amené à mettre en place des bandelettes ou prothèses synthétiques, encore appelées « plaques »

Pour faciliter certains temps opératoires ou en cas de difficultés, il est parfois nécessaire de modifier la voie d'abord en ayant recours à la cœlioscopie ou en ouvrant le ventre (laparotomie).

### **Cure de prolapsus par voie abdominale (par voie haute)**

L'intervention est réalisée par une ouverture de l'abdomen (laparotomie), le plus souvent horizontale ou parfois verticale entre le pubis et l'ombilic. L'utérus est enlevé ou conservé. Le vagin ou l'utérus, la vessie et le rectum sont maintenus en place à l'aide de bandelettes ou prothèses qui sont fixées à un élément solide du bassin en arrière (le promontoire).

## **FAUT-IL S'ATTENDRE À DES COMPLICATIONS ?**

Aucune intervention n'est complètement exempte de risques. En dépit de toute la méticulosité apportée, il est possible que des troubles surviennent dans des cas isolés pendant et après l'opération. Ils sont, cependant, le plus souvent immédiatement reconnus et se maîtrisent bien en règle générale.

### **Pendant l'intervention**

- Des hémorragies abondantes qui, dans certains cas, rendent une transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins nécessaires et peuvent nécessiter de convertir la voie d'abord (passer de la voie cœlioscopie ou vaginale à la laparotomie = ouverture de l'abdomen).
- Des blessures d'organes voisins (uretère, vessie, intestin, nerf) qui peuvent entraîner, par exemple un trouble de la miction ou de l'activité intestinale et peuvent dans des cas isolés rendre d'autres opérations nécessaires.

- Très rarement, des lésions par compression de nerfs ou de parties molles dues à la position imposée par l'opération. Ceci s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants et/ou au courant électrique.

### **Après l'opération**

- Des hémorragies secondaires qui peuvent encore survenir plusieurs jours après l'intervention et nécessiter une opération ou une transfusion de sang.
- Des infections pouvant nécessiter l'administration d'antibiotiques et un nouveau geste chirurgical.
- La formation de caillots de sang (thrombose) et l'obstruction de vaisseaux (par exemple dans les poumons) provoqués par la migration de fragments de caillots.
- Une occlusion intestinale pouvant nécessiter d'autres opérations.
- Des troubles de la cicatrisation.
- Rarement la formation de fistules (communication pathologique entre la vessie ou l'uretère et le vagin, ou le vagin et l'intestin, ou le vagin et la vessie) qui rendent une nouvelle opération nécessaire.
- Une incontinence urinaire. Avant l'intervention, l'incontinence urinaire peut être masquée par le prolapsus et ne se révéler qu'après. Cela peut nécessiter une nouvelle intervention à distance.
- L'absence de cicatrisation au niveau vaginal (dans les semaines après l'intervention) en regard d'une prothèse. Cela peut nécessiter une nouvelle intervention à distance. Les prothèses peuvent également se rétracter et cela peut entraîner des douleurs.

### **A distance de l'intervention**

- Une amélioration incomplète ou échec du traitement du prolapsus. Il peut survenir également une récurrence du prolapsus plusieurs mois ou années après une intervention réussie.
- Des douleurs au moment des rapports sexuels (dyspareunie) voire rapports sexuels impossibles (complications rares).
- Une apparition de la prothèse dans le vagin et rétraction de prothèses (complications rares).

**La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.**

## **QUELLES SONT LES RÈGLES À SUIVRE APRÈS L'INTERVENTION ?**

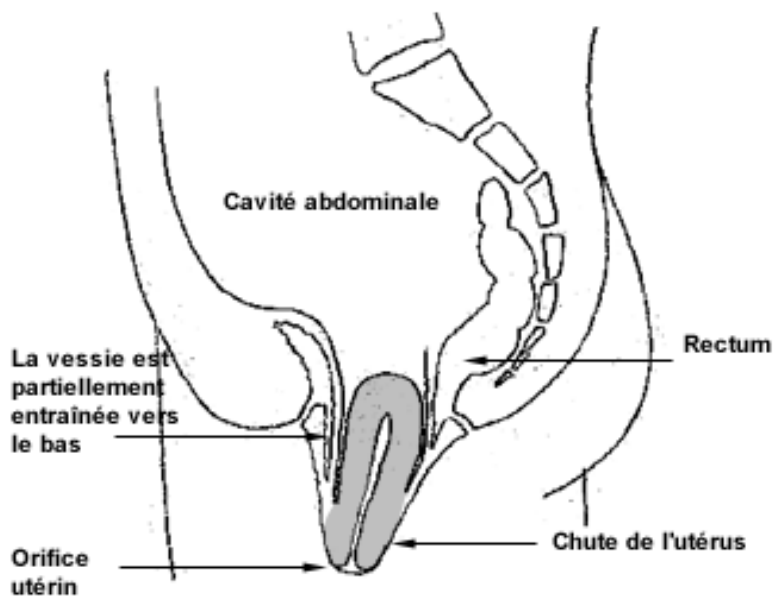
Veillez consulter immédiatement votre médecin en cas de douleurs abdominales, de fièvre, de saignements abondants, de pertes vaginales nauséabondes, de trouble du transit ou d'autres troubles.

Veillez à ne pas utiliser de tampons et avoir de rapports sexuels dans le mois qui suit l'intervention.

## **DES EXAMENS DE CONTROLE SONT-ILS NÉCESSAIRES ?**

En fonction du résultat de l'opération et des résultats de l'analyse tissulaire réalisée, des examens de contrôle peuvent se révéler nécessaires. Vous et/ou votre médecin traitant en serez/sera informé(s).

## Prolapsus de l'utérus



L'utérus a glissé en dehors de la cavité abdominale et s'est effondré jusqu'à l'entrée du vagin

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

**Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.**