

CURE DE PROLAPSUS PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE

LES ORGANES PELVIENS

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles 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 font saillie 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 est responsable de symptômes variés. Il peut s'agir de : **pesanteur périnéale**, « **boule** » **s'extériorisant à la vulve**, **signes urinaires**, **sexuels ou digestifs**. L'intervention vous est proposée par votre chirurgien si ces symptômes deviennent gênant et/ou altèrent votre qualité de vie ou en cas de complications. 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.

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 par l'utilisation d'un tissu de renfort (implant prothétique) synthétique compatible avec le corps humain. 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 un dispositif destiné à contenir le prolapsus et qui est placé dans le vagin. Il est souvent utilisé lorsque l'intervention n'est pas souhaitable rapidement. Son port peut être temporaire ou permanent. L'intervention peut être menée aussi par voie vaginale et suivant différentes techniques.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données le chirurgien et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée. En vue de l'intervention certains examens pourront vous être prescrits (échographie, frottis, bilan urodynamique, IRM...) Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention. Une analyse d'urine vous est demandée quelques jours avant l'intervention (ECBU). En cas d'infection, l'intervention est différée jusqu'à stérilisation des urines.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention est menée sous anesthésie générale. Elle peut être effectuée par voie coelioscopique avec ou sans assistance robotique. 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 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. En cas de difficulté opératoire ou de complication, une conversion en chirurgie ouverte peut être nécessaire.


SUITES HABITUELLES

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire, est défini par votre chirurgien. 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. Un traitement laxatif peut alors vous être prescrit. La durée d'hospitalisation est habituellement de quelques jours. Une convalescence est à prévoir. Sa durée est adaptée au travail que vous exercez. Vous devez vous abstenir de fournir 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. Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décide de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives. Vous devez éviter les efforts violents dans les 3 mois suivant l'intervention.

Sexualité

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.

PRÉCAUTIONS

 **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. L'ablation des fils ou des agrafes est 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). En revanche, en cas de sensation de craquement profond ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien.

☒ **Activité physique** : Vous pourrez reprendre une activité normale mais **les efforts violents, le port de charges lourdes (supérieures à 5 kg) sont interdits pendant 3 mois.**

Vos activités sportives habituelles devront être interrompues pendant 1 à 3 mois en fonction du type de sport et de son intensité. La pratique du vélo et de la moto est également déconseillée pendant 1 mois.

Vous devez absolument éviter la constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un traitement facilitateur du transit est souvent nécessaire pendant plusieurs semaines.

Vous devrez éviter les bains, les relations sexuelles avec pénétration, les tampons périodiques pendant les six semaines qui suivent l'intervention. Lors de la douche, vous pouvez laver les incisions cutanées avec votre savon habituel. Veillez à les sécher par tamponnement un sèche-cheveux afin d'éviter toute macération.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

☒ **Fièvre post-opératoire** La survenue d'une fièvre après la cure d'un prolapsus génital est inhabituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.

☒ **Sonde urinaire** Le plus souvent, la sonde a été retirée pendant l'hospitalisation. Si vous êtes sortie de l'établissement de soins avec une sonde urinaire, celle-ci sera enlevée dans le délai et les conditions que vous a précisées votre urologue. La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Les spasmes ou poussées sur sonde demandent un traitement adapté.

QUE FAIRE SI VOUS RESSENTEZ OU PRÉSENTEZ

DES DOULEURS AU NIVEAU DE LA PLAIE 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.

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 votre médecin ou votre urologue.

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.

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. Des fuites plus importantes peuvent se produire. La rééducation musculaire du périnée et du sphincter par kinésithérapie

peut alors être bénéfique. Vous devrez reproduire les mouvements de rééducation qui vous ont été enseignés, régulièrement et avant les situations que vous avez repérées comme occasionnant les fuites (toux, lever fauteuil,).

LES TROUBLES SEXUELS

Les relations sexuelles avec toute pénétration, les tampons périodiques sont déconseillés pendant les six semaines qui suivent l'intervention.

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. Après chirurgie abdominale, le retour au transit digestif normal peut nécessiter quelques semaines. 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 (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- *Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement*
- *Prendre ses repas assis, dans le calme*
- *Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs*
- *Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas*
- *Manger équilibré et le plus varié possible pour éviter les carences nutritionnelles*
- *Respecter un apport suffisant en protéines (viandes, œufs, poissons, produits laitiers...)*
- *Eviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras*

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. Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste. D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

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

COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

- **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.
- **Douleurs** : Les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. 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 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.
- **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.
- * **Migration/Infection du tissu de renfort (implant 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 et une infection de la prothèse. Une réintervention 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 réintervention pour enlever la prothèse.
- **Plaie de l'uretère** : Elle nécessite un geste de réparation avec la mise en place d'une sonde interne temporaire.
- **Plaie du vagin** : Le risque est plus important si vous avez ou avez eu une ablation de l'utérus. L'ouverture du vagin peut compromettre la mise en place d'une prothèse.
- **Plaie du rectum** : Elle implique une réparation immédiate. L'ouverture du rectum compromet la mise en place d'une prothèse.
- **Hémorragie – Hématome** : Cette complication nécessite exceptionnellement une réintervention ou une transfusion.
- **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.
- **Occlusion digestive** : Elle peut être due à des adhérences intestinales, une réintervention est souvent nécessaire.
- **Plaie vasculaire** : Pendant l'opération une plaie vasculaire peut nécessiter une conversion en chirurgie ouverte
- **Spondylodiscite (infection du site de fixation vertébrale de la prothèse)** : Cette infection pourra nécessiter l'ablation de la prothèse et un traitement antibiotique prolongé

RÉSULTATS

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. **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.

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. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

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.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36), je, soussignée Madame,
..... reconnaît avoir été informé (e) par le Dr
..... en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il
me propose : **cure de prolapsus génito-urinaire par promontofixation.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr

..... qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé
que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

**Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention.
En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.**

Fait à

Le/...../.....