

## Fiche Info-Patient (octobre 2016)

### **PROLAPSUS GENITAL : CURE PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE**

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; par contre, 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 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 trompes et les ovaires. Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

#### **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, l'intervention 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).

#### **Technique opératoire**

L'intervention est menée sous anesthésie générale le plus souvent. Elle est effectuée par voie coelioscopique à la faveur de 3 ou 4 mini incisions sur l'abdomen (rarement par une incision abdominale). Au bloc opératoire, vous êtes installée à plat sur le dos, puis la tête orientée vers le bas. 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 éventuellement 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, au niveau du promontoire.

#### **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 variable, d'un jour 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 6 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 décide 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.

### **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 pré-opératoire avec le médecin anesthésiste et 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 vagin

Le risque est plus important si vous avez ou avez eu une ablation de l'utérus. L'ouverture du vagin peut parfois compromettre la mise en place d'une prothèse.

Plaie de l'uretère

Elle est exceptionnelle et nécessite un geste de réparation avec la mise en place d'une sonde interne temporaire.

## Plaie du rectum

Elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate. L'ouverture du rectum compromet la mise en place d'une prothèse.

Plaie des vaisseaux lors de l'abord du promontoire : risque exceptionnel, mais qui nécessite le plus souvent une laparoconversion et parfois une transfusion

*- 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. Des douleurs persistantes sont exceptionnelles à distance de l'intervention, et nécessiteront une prise en charge adaptée à l'intensité.

## 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 peut être due à des adhérences de l'intestin dans la cavité abdominale. Une ré-intervention est souvent nécessaire.

## Troubles mictionnels

Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître 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 à la pénétration, des problèmes de lubrification vaginale. Un traitement peut vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux.

## Migration/Infection du tissu de renfort (implant prothétique)

Les prothèses sont conçues pour être parfaitement tolérées et permettre une cicatrisation rapide. Exceptionnellement, 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 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.

Spondylodiscite: il s'agit d'une infection au niveau du disque vertébral qui pourra nécessiter l'ablation de la fixation de la prothèse et un traitement antibiotique.

## 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.

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). 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.

## Résultats

**Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant pas 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.**

## **Attention :**

***Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention diminue 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.***

**Vos questions éventuelles**

Je soussignée, Mme....., certifie avoir pris connaissance des informations ci dessus et d'en avoir discuté avec mon chirurgien.

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