

Chirurgiens : Pr G. Body, Pr H. Marret, Dr L. Ouldamer
Dr A. Jacquet, Dr T. Hebert, Dr I. Kellal

Fiche d'information aux patientes

Cure de prolapsus

Madame,

Votre médecin vous a proposé un traitement chirurgical nommé **cure de prolapsus**.

Ce document d'information a pour but de vous expliquer les principes de cette intervention.

QU'EST-CE QU'UNE CURE DE PROLAPSUS ?

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 (= prolapsés) 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 sub-totale). De même, il peut être réalisé l'ablation des ovaires (= ovariectomie ou annexectomie), dans certaines situations.

L'opération peut également permettre de traiter dans le même temps certaines manifestations associées au prolapsus, comme une incontinence urinaire à l'effort.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie) selon votre choix et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'intervention peut se réaliser de trois manières principales. Dans votre cas, le chirurgien vous expliquera la technique choisie :

1-Cure de prolapsus par voie vaginale (= par voie basse) :

L'intervention se déroule par les voies naturelles et ne comporte pas d'incision abdominale.

Le plus souvent l'utérus est enlevé. Il va falloir amarrer l'utérus, ou le fond du vagin (si l'utérus est enlevé) à des ligaments du petit bassin.

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 ".

Il est parfois nécessaire, pour faciliter certains temps opératoires, d'avoir recours à la coelioscopie ou d'ouvrir le ventre (laparotomie), en cas de difficultés opératoires.

2- Cure de prolapsus par voie coelioscopique avec promontofixation

L'intervention se déroule sans ouverture large de l'abdomen. On réalise alors de petites incisions sur l'abdomen 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 prothèse ou bandelettes qui sont fixées à un élément solide du bassin en arrière appelé promontoire.

3- Cure de prolapsus par voie abdominale avec promontofixation

L'intervention est réalisée par une ouverture de l'abdomen (laparotomie), le plus souvent horizontale ou verticale entre pubis et ombilic.

Les principes de l'opération sont les mêmes que ceux appliqués pour la cure de prolapsus par voie coelioscopique.

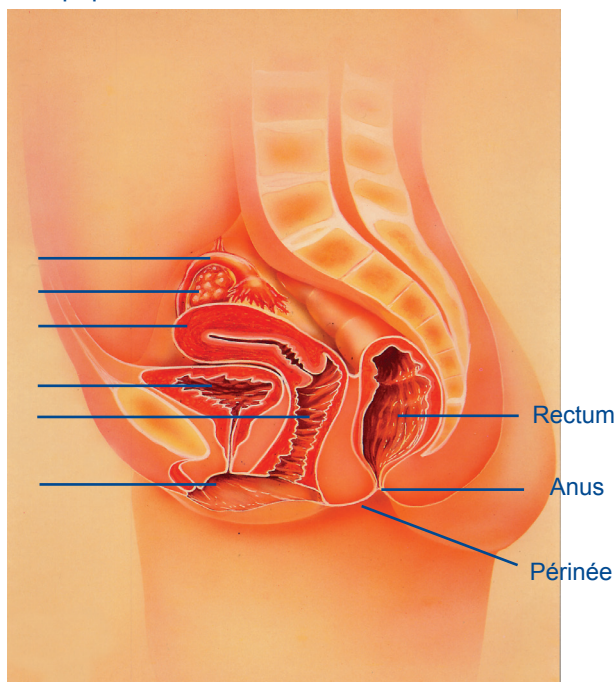


Schéma des organes du petit bassin chez la femme

COMMENT SE PASSE L'HOSPITALISATION ?

□ Avant l'opération :

Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée une à deux semaines avant l'intervention.

Avant votre hospitalisation, on peut vous proposer un

bilan urodynamique afin d'analyser le fonctionnement de la vessie.

Cet examen est effectué lors d'une consultation spécialisée par un gynécologue ou un urologue et permet de mieux adapter le traitement chirurgical à chaque cas. Vous serez hospitalisée la veille de l'opération.

Après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire, une perfusion sera alors mise en place puis vous serez endormie.

Il est souhaitable de ne prendre aucun médicament contenant de l'aspirine dans les 10 jours avant et après l'intervention. Certains risques peuvent être favorisés par votre état, par vos antécédents ou par vos traitements pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents personnels et familiaux et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

□ Après l'intervention :

Vous serez transférée en salle de réveil ou la surveillance post-opératoire sera faite pendant deux heures environ avant de retourner dans votre chambre.

La sonde urinaire est enlevée le lendemain de l'intervention, la perfusion intraveineuse est laissée en place pendant 24 à 48 heures en fonction de la reprise du transit intestinal.

Après l'intervention par voie basse, une mèche ou compresse est parfois mise en place dans le vagin à la fin de l'intervention ; elle est retirée dans les 24 à 48 heures.

En cas d'ouverture de l'abdomen, un drain est parfois mis en place sous la paroi de l'abdomen, pour éviter la constitution d'un hématome.

La prévention d'une phlébite des membres inférieurs est assurée par un lever précoce, un traitement anticoagulant et le port de bas de contention.

Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période post-opératoire.

La reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux à trois jours suivant l'intervention en fonction de la reprise du transit intestinal.

La sortie a généralement lieu entre le 3ème et le 7ème jour post-opératoire.

Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, de la fièvre, des vomissements, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable de consulter votre médecin.

QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DE LA CURE DE PROLAPSUS ?

1-Si l'intervention comporte une hystérectomie :

1-1 Si vous n'êtes pas ménopausée avant l'intervention :

Les principales manifestations sont l'absence de règles et l'absence de possibilité de grossesse, ce qui ne signifie pas que vous serez ménopausée.

Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persiste jusqu'à votre ménopause naturelle. Il n'y a le plus souvent ni bouffées de chaleur ni autre manifestation de la ménopause après l'intervention.

Si les ovaires sont enlevés, l'intervention entraîne la ménopause et vous pourrez avoir ensuite des manifestations telles que des bouffées de chaleur. Vous pourrez dans ce cas discuter avec votre médecin de la possibilité d'un traitement hormonal substitutif.

1-2 Si vous êtes ménopausée avant l'intervention :

Il n'y aura pas de modification particulière.

2-Si l'intervention ne comporte pas d'hystérectomie :

Il n'y aura pas de modification particulière, que vous soyez ménopausée ou non avant l'intervention.

3-Dans tous les cas :

La cure de prolapsus ne modifie pas la possibilité d'avoir des rapports sexuels. Il est recommandé d'attendre un mois pour reprendre une activité sexuelle et pour prendre des bains.

Si l'intervention est réalisée par les voies naturelles, il y a des cicatrices au niveau du vagin. La reprise des rapports peut entraîner quelques désagréments. On peut vous faire des prescriptions afin de les faciliter.

Il n'y a aucune raison pour que vous ayez des manifestations telles qu'une prise de poids ou une dépression, quelquefois imputées à l'hystérectomie.

Si vous le souhaitez, il vous est possible de rencontrer la psychologue du service.

La pièce opératoire (l'utérus + /- les ovaires) est toujours analysée et le résultat de cette analyse vous sera communiqué par votre chirurgien.

LES RISQUES ET COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION

Pendant l'intervention :

1- L'ouverture de l'abdomen :

Alors que l'intervention était prévue au départ par voie basse ou par voie coelioscopique, l'ouverture de l'abdomen peut parfois s'avérer nécessaire (laparoconversion) selon les constatations faites au cours de l'intervention ou lors de la survenue de complications per-opératoires.

2- L'hémorragie :

Elle peut rarement nécessiter une transfusion sanguine.

3- Les lésions d'organes de voisinage de l'utérus :

Ils peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale, des voies urinaires ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge spécifique. Dans le cas exceptionnel d'hémorragie pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être nécessaire.

En post-opératoire :

Les douleurs :

Les 24 premières heures sont souvent douloureuses et nécessitent des antalgiques puissants. Le traitement antalgique est ensuite adapté aux symptômes. Il s'agit de douleurs abdominales ou sur les cicatrices.

Les douleurs des épaules (en cas de coelioscopie) :

Elles sont dues à la persistance du gaz injecté dans le ventre lors de la coelioscopie et collecté sous le diaphragme ; elles sont traitées par des antalgiques. La position allongée bien à plat est préférable à la position demi assise ou assise. La durée excède rarement 24 à 48 heures.

Les douleurs siègent aussi sur le périnée après une

chirurgie par voie vaginale. Il est rare que ces douleurs persistent au-delà de 10-15j.

Des pertes vaginales jaunes, un peu sanglantes parfois,

persistent 3 à 4 semaines c'est-à-dire tant que les fils posés lors de l'opération faite par voie vaginale ne sont pas résorbés. (Il n'y a pas de fil dans le vagin si l'opération est une promontofixation).

L'hématome de la paroi abdominale (en cas de chirurgie abdominale) :

Il nécessite le plus souvent des soins locaux mais une évacuation chirurgicale est parfois nécessaire.

L'abcès de la cicatrice abdominale ou vaginale :

Il est traité par des soins locaux, et parfois par un drainage chirurgical.

L'infection urinaire :

Elle est généralement sans gravité et est traitée par des antibiotiques.

La phlébite des membres inférieurs et l'embolie pulmonaire :

Leur prévention repose sur le lever précoce, le port de bas de contention et l'injection quotidienne d'anticoagulant.

L'occlusion intestinale :

Elle peut nécessiter un traitement médical par une sonde gastrique (aspiration), voire une réintervention chirurgicale.

Des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent justifier de mettre en place une sonde urinaire, de faire des sondages répétés ou de vous apprendre l'autosondage.

L'incontinence urinaire :

Avant l'intervention, l'incontinence urinaire peut être masquée par le prolapsus et ne se révéler qu'après l'opération. L'examen réalisé en pré-opératoire permet d'évaluer ce risque.

L'incontinence peut nécessiter un traitement chirurgical réalisé soit dans le même temps opératoire que la cure de prolapsus soit à distance.

Les complications spécifiques des prothèses

- l'exposition de la prothèse : La prothèse ou plaque est visible au niveau du vagin. Soit il s'agit d'un défaut de cicatrisation que l'on constate à la visite post opératoire, soit cette exposition survient à distance de l'opération alors que tout était normal jusque là.

> si la prothèse a été posée par voie vaginale, il faut retirer la partie visible au bloc opératoire sous anesthésie et refermer le vagin. La cicatrisation se fait ensuite sans problème et ne compromet pas le résultat. Cette intervention se fait dans le cadre d'une hospitalisation de jour, il est rare qu'une deuxième

procédure soit nécessaire.

> si la prothèse a été posée par voie coelioscopique, l'exposition de la prothèse est très rare. La survenue de cette complication nécessite en général l'ablation complète de la ou des 2 prothèses mises en place. L'ablation partielle peut être tentée mais ne règle pas toujours le problème. Retirer les 2 bandelettes est très délicat et se fait par voie coelioscopique. Le risque de laparotomie (ouvrir l'abdomen) est possible, ainsi que le risque de blessure des organes de voisinage. Ceci nécessite alors une prise en charge spécifique.

- l'infection sur prothèse est rare, la prise en charge délicate et nécessite l'ablation de la prothèse et un traitement adapté

Comme toute intervention chirurgicale, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou des séquelles graves.

□ A distance de l'opération :

Il existe une possibilité d'amélioration incomplète voire d'échec du traitement du prolapsus. Il peut parfois survenir une récurrence de prolapsus plusieurs mois ou années après une intervention réussie.

Numéros de téléphone des services

Secrétariat d'hospitalisation gynécologie : 02 47 47 92 91

Secrétariat des consultations de colposcopie : 02 47 47 82 75

Urgences Gynécologiques: 02 47 47 92 90
ou 02 47 47 47 47 poste 7 20 87

Pour plus d'information :

www.chu-tours.fr

www.maternite-gynecologie-tours.fr

www.sfcpcv.org



www.chu-tours.fr