

CURE DE PROLAPSUS

URO-GENITAL

PATIENTE (ETIQUETTE)

CACHET DU MEDECIN

INTITULE DE L'INTERVENTION



QU'EST CE QU'UNE CURE DE PROLAPSUS ?

Cette intervention a pour but de traiter une descente d'organes du petit bassin. La vessie, l'utérus et le rectum peuvent être descendus (ou prolapsés) à des degrés divers dans le vagin. L'intervention permet de les remettre en place et de les fixer dans le petit bassin.

Elle peut permettre de traiter dans le même temps opératoire certaines manifestations souvent associées au prolapsus, comme une incontinence d'urine par exemple.

Elle peut comporter l'ablation de l'utérus, conservant parfois le col (hystérectomie subtotale) ou non (hystérectomie totale). En cas de nécessité d'une hystérectomie, il peut être également souhaitable de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes (annexectomie).

Il est conseillé d'accomplir le projet parental avant la prise en charge chirurgicale.

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

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.

Chirurgie par voie coelioscopique : Promontofixation

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).

- **Chirurgie par voie vaginale**

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 coelioscopie ou en ouvrant le ventre (laparotomie). **Il est indispensable que vous consentiez explicitement à une telle modification, ou extension préalablement à l'intervention**

Chirurgie par voie laparotomique

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).

COMMENT SE DERoule LE POST-OPERATOIRE ?

- Vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre.
- Une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pour une durée variable. Après intervention par voie basse une mèche ou compresse est parfois laissée dans le vagin dans les suites immédiates.
- En cas d'ouverture de l'abdomen, un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen pour éviter un hématome.
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire.
- La reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux jours suivant l'opération.
- La sortie a généralement lieu entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour postopératoire.

FAUT-IL S'ATTENDRE À DES COMPLICATIONS ?

Aucune intervention n'est complètement exempte de risques. Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement 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.

Ceux-ci sont très rares et en général bien maîtrisés, mais vous devez connaître ces éventualités avant de vous décider à vous faire opérer.

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 coelioscopie 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'INTERVENTION :

- Les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent un traitement antalgique puissant.
- Après l'ablation de la sonde vésicale, des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent parfois justifier un traitement médicamenteux, éventuellement de remettre en place une sonde vésicale, voire de prolonger la durée prévue d'hospitalisation.
- Des hémorragies secondaires qui peuvent encore survenir plusieurs jours après l'intervention et nécessiter une opération ou une transfusion de sang.
- Des infections (au niveau de la paroi, du pelvis, du promontoire (spondylodiscite) notamment) 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 :

- Amélioration incomplète ou échec du traitement du prolapsus. Il peut survenir également une récurrence du prolapsus plusieurs mois ou années après une intervention réussie.
- Douleurs au moment des rapports sexuels (dyspareunie) voire rapports sexuels impossibles (complications rares).
- Apparition de la prothèse dans le vagin et rétraction de prothèses (complications rares) qui peut amener à une nouvelle intervention.
- Constipation chronique

QUE SE PASSE-T-IL APRES UNE CURE DE PROLAPSUS ?

- Si l'intervention comporte une hystérectomie :
 - Si vous n'êtes pas ménopausée avant l'intervention, la principale manifestation sera l'absence de règles et l'impossibilité de grossesse.
 - Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persistera jusqu'à la ménopause naturelle. Vous n'aurez ni bouffées de chaleur ni autre manifestation de ménopause après l'intervention.
 - Si les ovaires sont retirés, l'intervention entraîne une ménopause et vous pourrez avoir ensuite des manifestations telles que des bouffées de chaleur. Vous pourrez discuter avec votre médecin de la possibilité d'un traitement médical substitutif.
- Si l'intervention ne comporte pas d'hystérectomie :
 - Il n'y aura pas de modifications particulières, à part celles liées au traitement de la descente d'organe.
- Dans tous les cas :

La cure de prolapsus n'empêche pas la possibilité de rapports sexuels, sauf cas très particulier qui vous serait signalé par le chirurgien.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS À SUIVRE APRÈS L'INTERVENTION ?

Un arrêt de travail vous est généralement prescrit.

Il est recommandé d'éviter tout rapport sexuel, port de tampon, bain, ou activités aquatiques, ainsi que toute activité sportive soutenue jusqu'à votre consultation post opératoire.

En post-opératoire, si vous observez des saignements continus très importants, des pertes malodorantes, des douleurs inhabituelles, ou de la fièvre, ou pour toute autre question, n'hésitez pas à contacter l'équipe médicale.

DES EXAMENS DE CONTRÔLE SONT-ILS NÉCESSAIRES ?

Il est indispensable de vous revoir 3-4 semaines après votre intervention afin de vous communiquer les résultats et de contrôler la cicatrisation.

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).

L'équipe médicale, chirurgicale et soignante reste à votre disposition pour répondre à vos différentes questions.

NUMEROS EN CAS D'URGENCE :

Du lundi au vendredi de 8h à 17h

- Service de Chirurgie Gynécologique et Mammaire du Pr UZAN :

| | |
|--|----------------------------------|
| Consultation (Bâtiment Antonin Gosset) | 01.42.17.81.03 01.42.17.81.33 |
|--|----------------------------------|

| | |
|---------------------------|----------------------------------|
| Salle d'hospitalisation : | 01.42.17.81.91 01.42.17.81.85 |
|---------------------------|----------------------------------|

- Service de Gynécologie Obstétrique du Pr DOMMERGUES :

| | |
|--------------------------|----------------|
| Consultation (Maternité) | 01.42.17.77.08 |
|--------------------------|----------------|

Du lundi au vendredi après 17h, weekend et jours fériés

- Urgences gynécologiques
- | | |
|--|----------------|
| | 01.42.17.77.42 |
|--|----------------|

Date

Signature de la patiente