

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie\*, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la pathologie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

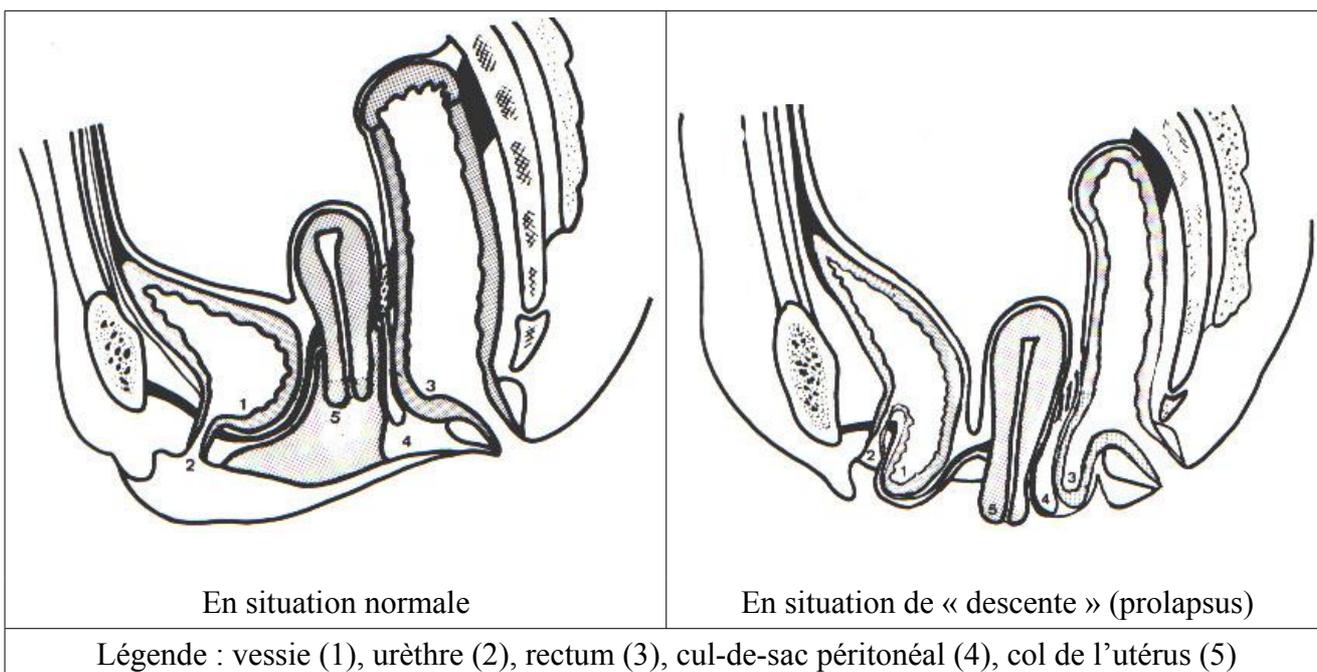
Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

## CURE DE PROLAPSUS GÉNITAL PAR VOIE VAGINALE

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus génital par voie vaginale (ou voie naturelle).

### LES ORGANES PELVIENS : LA VESSIE, L'UTÉRUS ET LE RECTUM

Les organes présents dans le bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles (plancher pelvien) et de ligaments. Le plancher pelvien 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 à travers la paroi du vagin.



## **POURQUOI CETTE INTERVENTION ?**

Le prolapsus génital peut concerner isolément ou en association la vessie, l'utérus et le rectum. Il est responsable de symptômes variés: pesanteur du bassin, signes urinaires (fuites d'urines à l'effort ou par impériosités c'est-à-dire par envie urgente et irrésistible d'uriner, difficultés à uriner, infections urinaires récidivantes), sexuels (douleurs lors des rapports) ou digestifs (difficultés à l'exonération des matières fécales). L'intervention proposée par votre urologue est un geste chirurgical dont le but est de repositionner correctement la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum dans le petit bassin, pour qu'ils retrouvent un fonctionnement normal. Ce repositionnement réalisé par voie « naturelle » (vaginale), consiste à renforcer les moyens de soutien ou les moyens de suspension de ces organes. Cette intervention peut nécessiter l'utilisation d'un tissu de renfort le plus souvent synthétique compatible avec le corps humain.

Dans certains cas particuliers (patientes âgées encourant un risque anesthésique très important et/ou n'ayant plus d'activité sexuelle), il peut être proposé un geste de fermeture définitive du vagin.

Enfin, il peut être nécessaire d'associer un geste supplémentaire pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (fiche AFU bandelette sous-urétrale).

## **EXISTE-T-IL DES ALTERNATIVES ?**

Une rééducation est parfois possible, mais elle n'est efficace que pour les prolapsus peu évolués.

Le pessaire est un dispositif que l'on met dans le vagin (le plus souvent en forme d'anneau en silicone ou en latex) destiné à contenir le prolapsus. Son port peut être permanent ou sur 12 heures. Il est souvent réservé à des situations d'attente d'une intervention ou à des patientes très âgées ne pouvant être opérées. Son efficacité est variable.

Outre la voie vaginale, le prolapsus génital peut être corrigé par d'autres voies d'abord (incision abdominale ou abord coelioscopique). Elles vous seront expliquées par votre urologue.

Le traitement de votre prolapsus génital n'est pas une nécessité vitale. Mais en l'absence de traitement, celui-ci risque de s'aggraver avec le temps.

## **PRÉPARATION A L'INTERVENTION**

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Le choix du type d'anesthésie (générale ou loco-régionale) dépend de l'avis du médecin anesthésiste et du chirurgien, en tenant compte de vos préférences.

Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'infection urinaire avant l'intervention. Il vous sera demandé de réaliser une analyse d'urine (ECBU) dans les jours précédents la date opératoire.

En cas d'infection, il vous sera prescrit un antibiotique adapté.

## **TECHNIQUE OPÉRATOIRE**

Au bloc opératoire, vous serez installée en position gynécologique. Après la mise en place d'une sonde vésicale, une incision est pratiquée dans le vagin à sa partie antérieure et/ou postérieure. Les organes sont libérés pour pouvoir les réintégrer en bonne position.

S'il a été décidé la mise en place d'un tissu de renfort, celui-ci sera positionné entre le vagin et la vessie (pour un prolapsus vésical), entre le vagin et le rectum (pour un prolapsus rectal) ou les deux.

Si l'indication de mise en place d'un tissu de renfort n'a pas été retenue, il sera réalisé une simple remise en tension de la paroi du vagin par plicature.

## **SUITES HABITUELLES**

Si un tampon vaginal a été mis en place, le moment de son ablation ainsi que celui de l'ablation de la sonde urinaire sera défini par votre chirurgien. À l'ablation de la sonde, vous pourrez constater que votre vessie se vide plus lentement. En cas de difficultés importantes pour uriner, il pourra être nécessaire de reposer temporairement une sonde dans la vessie.

Les douleurs sont en règle minimales et temporaires.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la durée d'hospitalisation (habituellement de 3 à 4 jours).

La convalescence à prévoir est de quelques jours. Cette durée peut être adaptée en fonction du travail que vous exercez.

Vous devez vous abstenir de porter des charges lourdes, de prendre de bain et d'avoir des rapports sexuels pendant environ 1 mois afin de permettre une cicatrisation de l'incision vaginale.

Pendant cette période, quelques pertes vaginales minimales peuvent survenir et sont tout à fait normales.

Une consultation de contrôle avec votre urologue sera prévue quelques semaines après l'intervention.

## **RISQUES ET COMPLICATIONS**

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux. Certaines de ces complications, de survenue exceptionnelle, peuvent cependant être irréversibles.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut devoir faire face à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

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 sont inhérentes à toute intervention chirurgicale.

Des complications en relation avec le geste opératoire peuvent survenir.

### **Pendant le geste opératoire**

#### ***Plaie de vessie***

Une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir au cours de la dissection du vagin.

Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui a pu créer des adhérences, rendant la dissection plus difficile. Une plaie peu étendue ne nécessite qu'une simple fermeture. Plus large, elle peut interrompre le déroulement de l'intervention en particulier si la pose d'un tissu de renfort était envisagée.

Dans tous les cas, la sonde vésicale devra être conservée un plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.

#### ***Hémorragie - Hématome***

Cette complication est rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention (pour évacuer l'hématome) ou une transfusion (pour compenser les pertes de sang).

#### ***Complications graves***

Très exceptionnellement comme pour toute autre intervention chirurgicale, des complications graves mettant en jeu le pronostic vital, peuvent survenir (plaie d'un gros vaisseau, plaie intestinale, phlébite, embolie pulmonaire)

## **Dans les suites opératoires :**

### ***Douleurs***

Les douleurs sont très modérées après l'intervention, voire inexistantes.

Elles peuvent être à type de sciatique, siéger à la racine des cuisses ou dans le vagin.

### ***Érosion/Infection du tissu de renfort***

La texture de ce tissu est conçue pour être parfaitement tolérée et permettre une cicatrisation vaginale rapide (un mois environ). Cependant, dans certains cas, une érosion peut survenir précocement.

Elle peut également survenir tardivement, des années après la pose. C'est pourquoi un suivi régulier est nécessaire.

En cas d'érosion, une ré-intervention peut être nécessaire pour retirer partiellement ou en totalité le tissu de renfort synthétique.

### ***Altération de la qualité des rapports sexuels***

Si l'intervention permet de conserver une sexualité, la qualité des rapports peut être altérée, par des douleurs, des problèmes de lubrification vaginale, dans certains cas en raison de phénomènes de rétraction du vagin.

### ***Troubles digestifs et difficultés d'exonération***

Le prolapsus peut être à lui seul responsable de difficultés à l'exonération des selles.

Le traitement chirurgical peut lui aussi, de façon exceptionnelle, entraîner une aggravation ou l'apparition de ces symptômes, s'ils n'étaient pas présents avant l'intervention.

Ces symptômes disparaissent souvent avec un traitement laxatif adapté dont vous discuterez des modalités avec votre urologue.

### ***Troubles mictionnels***

Exceptionnellement, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître dans les suites opératoires. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien lors de la visite suivante.

L'apparition dans les suites opératoires d'envies fréquentes et/ou urgentes d'aller uriner n'est pas rare. Il peut s'agir d'une simple infection urinaire ou d'une irritation locale passagère si un tissu de renfort synthétique a été mis en place.

Si une bandelette sous urétrale a été mise en place de façon concomitante à la chirurgie du prolapsus, la reprise des mictions à l'ablation de la sonde peut être difficile et nécessiter quelques jours supplémentaires de sondage.

À distance de l'intervention, il est fréquent de constater un ralentissement du jet urinaire lorsque vous irez uriner. Si des difficultés importantes persistent pour uriner, il peut être nécessaire de recourir de façon intermittente à la pose d'une sonde pour permettre une bonne vidange des urines. Le chirurgien peut alors juger nécessaire ou non de ré-intervenir.

### ***Fistule***

Une fistule est une communication anormale entre deux organes creux. Elle peut exceptionnellement compliquer une chirurgie du prolapsus génital surtout chez les patientes multi opérées. Elle peut concerner l'urètre, la vessie, le vagin ou le rectum.

Son traitement est le plus souvent chirurgical.

### ***Récidive du prolapsus***

Elle est liée à de nombreux facteurs (sur-poids, toux chronique, altération de la muqueuse vaginale à la ménopause, constipation) mais son risque d'apparition est variable d'une patiente à une autre.

La récidive du prolapsus ne s'accompagne pas systématiquement de la réapparition des symptômes urinaires sexuels ou digestifs.

## **RÉSULTATS**

Le résultat anatomique et fonctionnel diffère selon la technique utilisée, mais est habituellement bon à court et moyen terme. Il ne peut cependant être garanti.

Il ne doit pas faire oublier les risques de récurrence et de complications qui peuvent apparaître plusieurs années après l'intervention.

La mise en place d'un tissu de renfort synthétique nécessite comme pour tout matériel étranger une surveillance régulière.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

## **AUTRES SOURCES D'INFORMATION**

Site Internet Urofrance : <http://www.urofrance.org/>

- \* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.