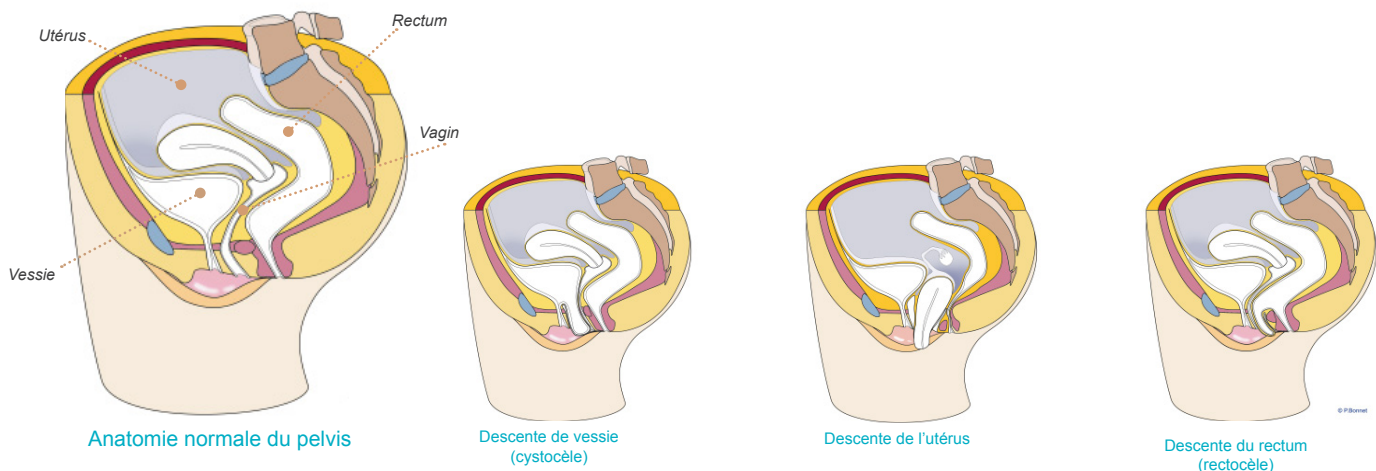


Cette fiche, rédigée par le Collège Royal des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française de Belgique (CRGOLFB), a pour but de vous expliquer les principes de l'intervention que va pratiquer votre gynécologue chirurgien.

Son déroulement, les conséquences habituelles, les risques potentiels et les conditions du suivi après intervention sont aussi précisés. Cette fiche, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue lors de votre consultation, vous permet d'avoir le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre gynécologue.



Qu'est-ce qu'une cure de prolapsus ?

Un prolapsus génital correspond à une descente de la vessie, de l'utérus et/ou du rectum dans le vagin ou au delà de la vulve.

Les principaux symptômes sont une pesanteur pelvienne et/ou une gêne vaginale, parfois associés à des troubles urinaires (infection, difficulté de vidange de la vessie, incontinence, mictions urgentes et fréquentes) et ano-rectaux (constipation, incontinence).

Une cure de prolapsus permet de remettre en place les organes pelviens et de les fixer dans le petit bassin.

Cette intervention peut être combinée à une cure d'incontinence urinaire à l'effort ou à l'ablation de l'utérus, conservant ou non le col, les trompes et les ovaires.

Comment se passe l'opération ?

La cure de prolapsus est une intervention courante et bien maîtrisée dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

L'opération peut être réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste qu'il est impératif de rencontrer en consultation préopératoire.

Avant l'intervention

Il est important d'être à jeun au moins 6 heures avant votre intervention (ne pas boire, ne pas manger, ne pas fumer), sinon l'intervention risque d'être annulée.

Pendant l'intervention

L'intervention peut être réalisée par différentes techniques, choisies en fonction de votre pathologie. Le chirurgien vous précisera le type d'intervention qu'il prévoit pour vous :

1. Voie vaginale

L'opération se déroule par les voies naturelles et consiste en la réparation des tissus fragilisés.

2. Voie abdominale

L'intervention, appelée promontofixation, est le plus souvent réalisée par coelioscopie (petites incisions). Les organes sont soutenus par des prothèses fixées à un ligament en avant de la colonne vertébrale (promontoire).

Après l'intervention

Vous passerez en salle de réveil pendant environ 2 heures avant de retourner dans votre chambre.
Les premières 24 heures peuvent être douloureuses et nécessiter un traitement antalgique.
Une sonde urinaire et une perfusion intraveineuse sont généralement laissées en place pour une durée variable.
Un traitement anticoagulant et des bas de contentions sont souvent instaurés dans les suites opératoires.
Un saignement vaginal modéré est banal dans le mois qui suit l'intervention.
La reprise d'une alimentation normale se fait dans les jours suivant l'opération.
La sortie a généralement lieu entre le 1^e et le 3^e jour postopératoire, en fonction de l'intervention que vous avez subi.
Des douches et des bains sont possibles rapidement après l'opération mais il est préférable d'attendre 1 à 2 semaines avant de prendre un bain.

Après la sortie

Il est recommandé d'attendre la visite post-opératoire, 4 à 6 semaines après l'opération, pour reprendre une activité sexuelle.
Il est également conseillé d'éviter les efforts importants, de porter des charges lourdes de plus de 10 kilos ou de pratiquer du sport durant cette même période.
Contactez votre médecin si vous présentez les symptômes suivants :

- Fièvre > 38.5°C
- Nausées et vomissements
- Douleurs dans les mollets
- Saignements vaginaux anormaux ou plus abondants que les règles
- Douleurs abdominales basses ou pelviennes que les traitements antalgiques ne soulagent pas
- Douleurs lors de la miction ou difficultés d'uriner
- Pertes vaginales abondantes et malodorantes

Quelles sont les conséquences de l'opération?

Si vous n'êtes pas ménopausée et que l'intervention comporte une hystérectomie, vous ne serez plus réglée et une grossesse sera alors impossible.
Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persistera jusqu'à la ménopause naturelle.
Si les ovaires sont retirés, l'opération entraîne une ménopause.
La cure de prolapsus n'empêche pas la possibilité de rapports sexuels.

Quels sont les risques ou inconvénients?

Certains risques propres à l'intervention existent : il peut s'agir de plaie accidentelle des voies urinaires, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins. En cas d'hémorragie, une transfusion de sang ou de dérivés sanguins peut être nécessaire.
En fonction des constatations faites pendant l'intervention, la voie d'abord peut être modifiée pour des raisons techniques avec réalisation d'une ouverture de l'abdomen (laparoconversion) alors que l'opération était prévue par coelioscopie.
Après le retrait de la sonde urinaire, des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent parfois justifier un traitement médicamenteux, éventuellement de remettre en place une sonde urinaire, voire de prolonger la durée prévue d'hospitalisation.
Un hématome ou une infection (abcès) peut survenir, nécessitant des soins locaux, voire une reprise chirurgicale ou un drainage. Un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen pour éviter un hématome.
Une infection urinaire peut apparaître dans les suites de l'intervention. Elle se traite par la prise d'antibiotiques.
Une phlébite des membres inférieurs ou une embolie pulmonaire peut survenir. Leur prévention repose sur le port de bas de contention, des injections d'anticoagulant et le lever précoce.
Plus spécifiquement, en cas d'utilisation de prothèse, même si le matériel est très bien toléré, une érosion au travers de la paroi vaginale, de l'urètre, de la vessie ou du rectum peut apparaître. Rarement, il arrive que la prothèse se rétracte et soit douloureuse.
L'intervention ne permet pas toujours de corriger toutes les plaintes liées au prolapsus : persistance d'une partie de la descente d'organes, de douleurs pelviennes, d'une gêne lors des rapports sexuels ; apparition ou persistance d'une incontinence urinaire.
Une récurrence peut survenir plusieurs mois ou années après l'intervention.
Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Remarques du médecin

.....

.....

.....

.....