

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 PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus génital. (descente de  vessie,  utérus,  rectum).

### LES ORGANES PELVIENS

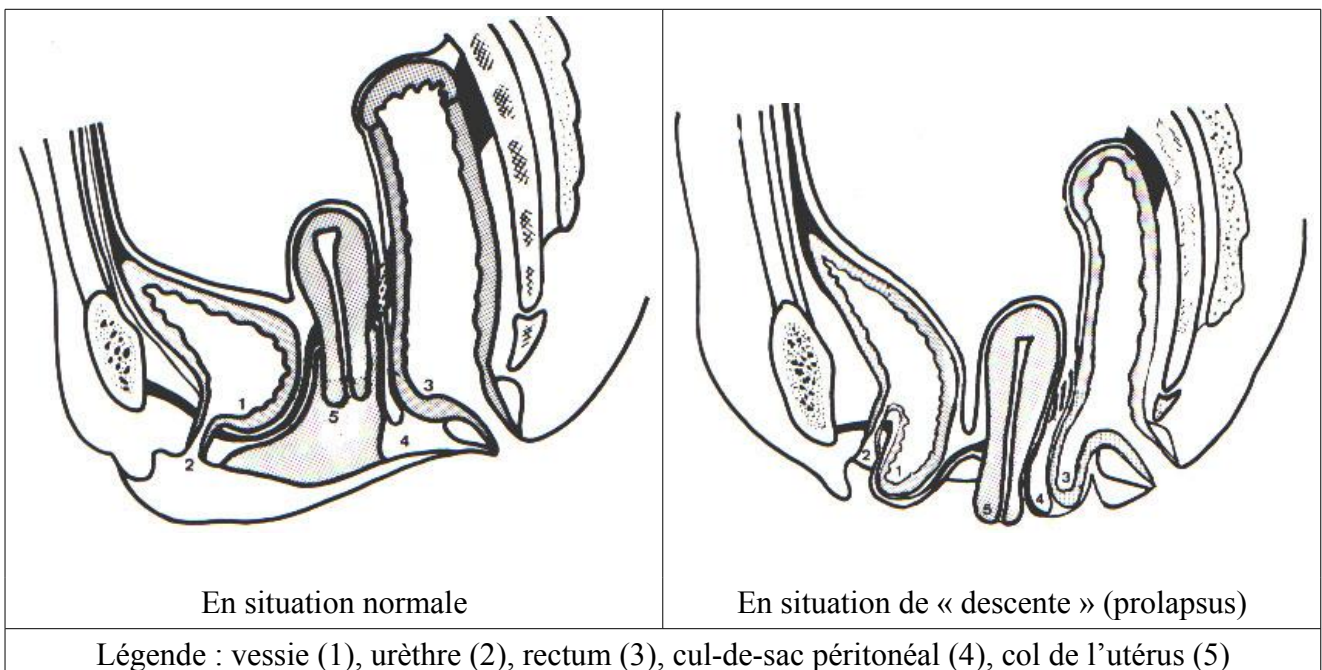
La vessie est l'organe dans lequel est stockée l'urine.

L'urètre est le canal de sortie de l'urine.

Le vagin est en arrière de la vessie, l'utérus au-dessus de lui.

Le rectum est l'organe dans lequel sont stockées les selles avant évacuation. Il est en arrière du vagin.

Un affaiblissement des tissus entourant ces organes provoque leur « descente » par l'orifice vaginal.



## POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les symptômes qui vous ont amenée à consulter sont dus à votre prolapsus : une « boule » s'extériorisant par la vulve, des difficultés pour uriner (dysurie) pouvant aller jusqu'à une vidange incomplète de la vessie, des envies d'uriner fréquentes ou impérieuses, une pesanteur au niveau du périnée, une gêne à la marche ou lors d'activités diverses.

Ces symptômes peuvent être associés à des fuites urinaires lors de l'effort, qui pourront nécessiter un geste complémentaire (cf fiche bandelette sous- urétrale).

### **Le traitement de votre prolapsus n'est pas une nécessité vitale.**

Vous avez décidé de vous faire opérer, après avoir évalué avec votre urologue, l'importance de vos symptômes et leur retentissement sur votre qualité de vie, l'intérêt ou le résultat des traitements non chirurgicaux (rééducation, pessaire).

Une intervention par voie vaginale est également possible. Les raisons du choix, dans votre cas, de la promontofixation par voie coelioscopique vous ont été expliquées.

## PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention, le médecin anesthésiste vous informera sur l'anesthésie générale qui est nécessaire pour cette intervention.

Une analyse d'urine vous est demandée quelques jours avant l'intervention (ECBU). En cas d'infection, vous devrez être traitée avant l'intervention.

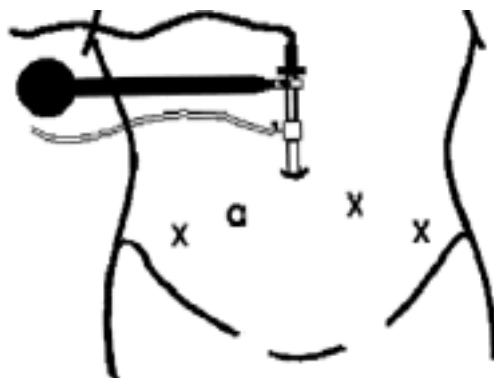
Des bas de contention pourront vous être prescrits. Vous les porterez pendant l'intervention et jusqu'à reprise d'une activité ambulatoire (prévention des phlébites).

Un régime alimentaire sans résidu, de quelques jours, pourra vous être également conseillé.

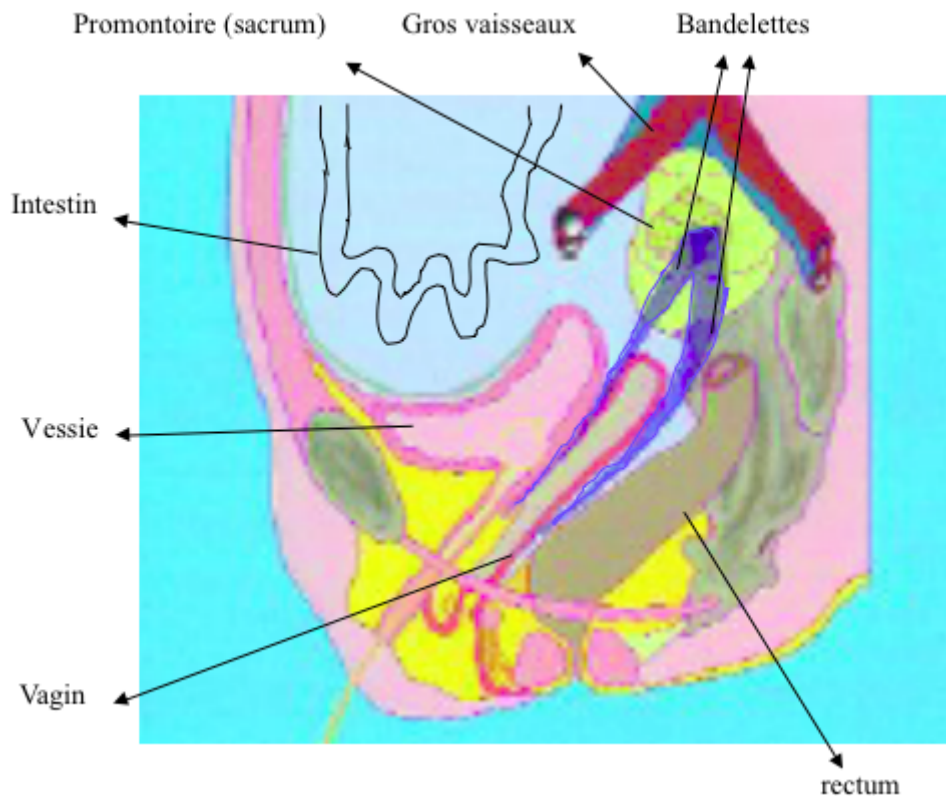
## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Au bloc opératoire, vous serez installée à plat sur le dos. Une sonde urinaire est mise en place en début d'intervention. Vous la garderez quelques heures à quelques jours selon les pratiques de votre urologue.

La voie coelioscopie consiste à opérer sous contrôle de la vue sur un écran vidéo par l'intermédiaire d'une caméra fixée à une optique. Le chirurgien réalise une ponction de la paroi abdominale et la mise en place de 3 ou 4 tubes appelés trocarts. Ces trocarts permettent d'amener l'optique et les instruments du chirurgien au site opératoire. Pour pouvoir travailler, le chirurgien doit gonfler l'abdomen avec un gaz (CO<sub>2</sub>).



Mise en place des trocarts



- Une bandelette est fixée entre la vessie et la paroi antérieure du vagin. Cette bandelette synthétique vient renforcer les ligaments et les tissus de soutien défailants.
- Une deuxième bandelette peut être fixée entre le rectum et la paroi postérieure du vagin.

La (les) bandelette(s) est (sont) ensuite fixée(s) à un ligament très solide situé en avant du sacrum par un ou deux points ou des agrafes avant d'enlever les trocarts et de fermer les incisions.

A la fin de l'intervention, le gaz est évacué avec soin. A tout moment de l'intervention, le chirurgien peut être contraint d'interrompre la cœlioscopie, il continuera alors l'intervention au travers d'une incision classique. Cela s'appelle une conversion. La conversion peut être due à des difficultés anatomiques (variations individuelles), à la blessure d'un organe de voisinage, à des problèmes liés au gaz (respiratoires).

## SUITES HABITUELLES

Dans la période postopératoire :

- Des pansements recouvriront les incisions des trocarts (schéma).
- La sonde vésicale et éventuellement le drain seront enlevés dans les 48 heures.
- Vous pouvez présenter des symptômes passagers : crépitations sous la peau par passage de gaz, douleur de l'épaule, par irritation due au gaz. Le traitement de la douleur - variable selon les patients - sera adapté à votre demande.
- La reprise du transit intestinal (gaz) se fait habituellement dans les 24 premières heures.
- Cependant, une constipation pourra vous gêner pendant quelques jours, et se prolonger si vous êtes sujette à ce problème.
- Pour prévenir la phlébite une injection quotidienne d'anticoagulant (héparine de bas poids moléculaire) vous sera faite par injection sous cutanée. Ces injections pourront être poursuivies après votre sortie en fonction des prescriptions du chirurgien ou de l'anesthésiste.

La convalescence à prévoir est d'environ deux semaines. Cette durée pourra être adaptée en fonction de votre activité professionnelle. Vous éviterez les charges lourdes, les fortes poussées abdominales

pour aller à la selle, les efforts prolongés ou les rapports sexuels pendant environ un mois. Par la suite votre vie sexuelle ne devrait pas être modifiée.

Une consultation de contrôle sera prévue quelques semaines après l'intervention. Une analyse d'urines vous sera demandée pour cette consultation.

## **RISQUES ET COMPLICATIONS**

Toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de complications. Certaines sont liées à votre état général et à l'anesthésie. Elles vous seront expliquées lors de la consultation d'anesthésie. D'autres sont directement en relation avec l'intervention.

### **Les complications pendant l'intervention**

- La plaie de la vessie (1%) : elle peut être favorisée par des interventions chirurgicales antérieures. Refermée immédiatement, elle peut nécessiter quelques jours de sondage supplémentaires.
- La plaie du vagin : le risque est plus important si vous avez eu une ablation de l'utérus. Elle contre-indique habituellement la mise en place des bandelettes.
- La plaie du rectum : elle est rare, implique une réparation immédiate et l'arrêt de l'intervention.
- Une plaie de vaisseaux pelviens peut exceptionnellement nécessiter une transfusion.

Très exceptionnellement, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital peuvent survenir : plaies digestives (autre que le rectum) ou vasculaires.

Comme pour toute intervention sur la région pelvienne, le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire sont présents. Ces complications peuvent survenir malgré les mesures de prévention décrites (contention, anticoagulants)

### **Les complications postopératoires**

#### ***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 une prothèse a été mise 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.

#### ***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.

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

Si l'intervention permet le plus souvent d'améliorer la 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. Un traitement médical pourra vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux.

#### ***Douleurs***

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

Elles peuvent siéger au niveau des cicatrices abdominales ou du vagin.

#### ***Migration de la bandelette***

La migration de la bandelette par érosion du vagin aboutit à l'extériorisation de la bandelette. Cette complication survient dans environ 3% des cas. Il faut enlever la bandelette, en réopérant par cœlioscopie, par chirurgie ouverte classique ou par voie vaginale

#### ***Occlusion intestinale***

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

#### ***Spondylodiscite***

La spondylodiscite, inflammation du disque vertébral au niveau du promontoire où sont fixées les bandelettes, est exceptionnellement décrite.

#### ***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, l'uretère, le vagin ou le rectum.

Son traitement est le plus souvent chirurgical.

#### ***Récidive du prolapsus***

Elle est liée à de nombreux facteurs (surpoids, 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 traitement cœlioscopique du prolapsus par promontofixation est réalisé depuis le début des années 90. Les résultats sont comparables à la voie chirurgicale classique.

Dans plus de 90 % des cas le prolapsus est traité de façon satisfaisante. Le traitement est efficace sur les signes urinaires dans 70 à 90 % des cas. Les résultats semblent se maintenir sur le long terme, mais une récidive avec le temps est toujours possible.

Après avoir lu cette information, vous pouvez revoir votre urologue avant l'intervention, pour obtenir les précisions complémentaires qui vous sembleraient utiles.

## **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.