

Fiche information patiente : Prolapsus

Votre médecin vous a proposé le traitement chirurgical d'un prolapsus. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

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.

Comment se passe l'opération ?

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie), selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste. L'intervention peut se réaliser de deux manières principales:

- **Cure de prolapsus par voie abdominale (ou voie haute).** Dans ce cas, l'intervention est réalisée soit par plusieurs petites cicatrices sur l'abdomen pour introduire des instruments (coelioscopie), soit parfois par une ouverture de l'abdomen, généralement horizontale, parfois verticale, entre le pubis et l'ombilic. Le vagin, la vessie et le rectum sont maintenus en place à l'aide d'une bandelette fixée à un élément solide du bassin.

- **Cure de prolapsus par voie vaginale (ou par voie basse).** L'intervention se déroule alors par les voies naturelles et ne comporte pas d'incision abdominale. Parfois cependant, pour faciliter certains temps opératoires, il peut être nécessaire d'avoir recours à une coelioscopie. Quelle que soit la méthode utilisée, une incision du périnée (la région située entre le vagin et l'anus) peut être nécessaire pour assurer le soutènement du rectum. Une incision spécifique, au dessus du pubis ou à l'intérieur du vagin, peut parfois être nécessaire pour le traitement de troubles urinaires associés.

Le chirurgien vous précisera le type d'intervention qu'il prévoit pour vous.

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.

Que se passe-t-il après 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'absence de possibilité 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 modification particulière 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. La reprise des rapports sexuels ne doit pas se faire avant une visite médicale de contrôle postopératoire.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

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

En cours d'opération, la voie d'abord peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention. Une ouverture de l'abdomen peut parfois s'avérer nécessaire alors que l'intervention était prévue par voie basse ou par cœlioscopie. Des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle: blessure intestinale, des voies urinaires ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale 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 rendue nécessaire.

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques puissants. Après l'ablation 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. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité après une cure de prolapsus. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'embolie pulmonaire. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter une réintervention. Encore exceptionnellement une infection d'un disque lombaire peut survenir plusieurs semaines après la technique consistant à y fixer une prothèse synthétique (promontofixation). Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

À distance de l'intervention, il existe une possibilité d'amélioration incomplète voire d'échec de certains aspects de l'intervention, par exemple : persistance d'une partie de la descente d'organes, absence d'amélioration ou amélioration partielle de l'incontinence urinaire, persistance ou apparition d'une gêne lors des rapports sexuels.

Il peut parfois survenir une récurrence de prolapsus ou d'incontinence urinaire plusieurs mois ou années après une intervention initialement satisfaisante.

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.

En pratique

Avant l'opération

- Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention.
- Le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de l'opération.
- Après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire.
- Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.

Après l'opération

- 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 3^e et le 8^e jour postopératoire.
- Des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.

Après la sortie

- Il est recommandé d'attendre la visite post-opératoire, un mois après l'opération, pour reprendre une activité sexuelle.
- Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, ou encore à prendre rendez-vous.