fiche info patient

FICHE REMISE LE

……/……/……

PAR DR

……

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :
AVRIL 2025

PROLAPSUS GÉNITAL : CURE PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE ROBOT ASSISTÉE OU NON

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.
En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.
Vous sont exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.
Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faîtes pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :
WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

LES ORGANES PELVIENS

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles et de ligaments qui constituent le plancher pelvien. Celui-ci 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 dans le vagin ou même au-delà de la vulve si le prolapsus est extériorisé. Il peut concerner isolément ou en association la vessie (cystocèle), l'utérus (hystérocèle) et le rectum (rectocèle).

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le prolapsus peut être responsable de symptômes variés. Il peut s'agir de : pesanteur périnéale, « boule » s'extériorisant à la vulve, signes urinaires, sexuels ou digestifs. L'intervention vous est proposée par votre urologue si ces symptômes deviennent gênant et/ou altèrent votre qualité de vie ou en cas de complications.

L'aggravation du prolapsus jusqu'à l'extériorisation des organes pelviens peut exposer au risque de rétention urinaire (blocage de la vidange de la vessie), de dilatation des reins avec insuffisance rénale et d'ulcération du vagin et du col de l'utérus.
Le but de l'intervention est de repositionner correctement la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum dans le petit bassin.
Ce repositionnement s'accompagne d'un renforcement des moyens de soutien de ces organes par l'utilisation d'un tissu de renfort (implant prothétique) synthétique compatible avec le corps humain.

Enfin, il pourra être associé dans un second temps, une intervention pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (voir fiche AFU traitement de l'incontinence urinaire d'effort).

En fonction des éléments de votre dossier, il peut être discuté de retirer l'utérus, en partie ou en totalité, ou les ovaires ou les trompes. Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

L'abstention peut être proposée devant une forme minime, asymptomatique ou non compliquée. Toutefois il n'y aura pas d'amélioration spontanée du prolapsus.
Une rééducation est possible, mais elle n'est efficace que pour les prolapsus peu importants.
Le pessaire est un dispositif destiné à contenir le prolapsus et qui est placé dans le vagin. Son port peut être temporaire ou permanent et est sans limite d'âge ou d'activité.

L'intervention peut être menée aussi par voie vaginale et suivant différentes techniques.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.
En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.
En vue de l'intervention certains examens pourront vous êtes prescrits (échographie, frottis, bilan urodynamique, IRM…).
Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention.
Une analyse d'urine peut vous être demandée quelques jours avant l'intervention (ECBU). En cas

d'infection, contactez votre chirurgien qui vous donnera la conduite à tenir.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention est menée sous anesthésie générale. Elle peut être effectuée par voie coelioscopique avec ou sans assistance robotique. Au bloc opératoire, vous êtes installée à plat sur le dos. Une sonde urinaire est mise en place en début d'intervention.

- Une prothèse synthétique est fixée entre la vessie et la paroi antérieure du vagin.
- Une deuxième prothèse peut être fixée entre le rectum et la paroi postérieure du vagin.
- La (les) prothèse (s) est (sont) ensuite fixée(s) à un ligament très solide situé en avant de la colonne vertébrale en avant du sacrum.

L'intervention dure de 1h à 3h.

En cas de difficulté opératoire ou de complication, une conversion en chirurgie ouverte peut être nécessaire.

SUITES HABITUELLES

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire, est défini par votre chirurgien. Elle peut être retirée en fin d'intervention ou le lendemain matin.
La reprise du transit intestinal (gaz) se fait habituellement dans les 48 premières heures. Cependant, une constipation peut vous gêner pendant quelques jours et se prolonger si vous êtes sujette à ce problème. Un traitement laxatif peut alors vous être prescrit.

L'hospitalisation peut être ambulatoire (sortie le jour même) ou durer quelques jours.
Une convalescence est à prévoir. Sa durée est adaptée au travail que vous exercez.

Vous devez vous abstenir de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration pendant environ 1 mois.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue 1 mois après l'intervention. Celui-ci décide de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives.
Vous devez éviter les efforts violents dans les 3 mois suivant l'intervention.

Sexualité

En replaçant en bonne position les organes descendus, l'intervention permet le plus souvent d'améliorer votre sexualité. En revanche, la qualité des rapports peut être rarement altérée par des douleurs, des problèmes de lubrification vaginale. Un traitement peut vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux.

PRÉCAUTIONS

Cicatrisation

La chirurgie coelioscopique comporte une ou plusieurs incisions plus ou moins grandes. Ces incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale.

Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer, sans urgence, cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agit d'un hématome ou d'un abcès. La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre.

Les fils peuvent être résorbables et partir seuls au bout de 2-3 semaines sans soins nécessaires. S'ils ne sont pas résorbables, l'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement corticoïde). En revanche, en cas de sensation de craquement profond ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien.

Vous pourrez reprendre une activité normale mais les efforts violents, le port de charges lourdes (supérieures à 5 kg) sont interdits pendant 3/1,5 mois. Vos activités sportives habituelles devront être interrompues pendant 1 à 3 mois en fonction du type de sport et de son intensité. La pratique du vélo et de la moto est également déconseillée pendant 1 mois.

Vous devez absolument éviter la constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un traitement facilitateur du transit est souvent nécessaire pendant plusieurs semaines.

Vous devrez éviter les bains, les relations sexuelles avec pénétration, les tampons périodiques pendant les six/quatre semaines qui suivent l'intervention.

Lors de la douche, vous pouvez laver les incisions cutanées avec votre savon habituel. Veillez à les sécher par tamponnement ou sèche-cheveux afin d'éviter toute macération.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après la cure d'un prolapsus génital est inhabituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.

Sonde urinaire

Le plus souvent, la sonde a été retirée pendant l'hospitalisation.
Si vous êtes sortie de l'établissement de soins avec une sonde urinaire, celle-ci sera enlevée dans le délai et les conditions que vous a précisées votre urologue. La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Les spasmes ou poussées sur sonde demandent un traitement adapté.

▶ QUE FAIRE SI VOUS RESSENTEZ OU PRÉSENTEZ…

Des douleurs au niveau de la plaie ou de l'abdomen

Un traitement contre la douleur vous a été prescrit. Une douleur importante ou persistante nécessite que vous contactiez votre médecin. Un écoulement ou hématome au niveau de la plaie guérit le plus souvent avec des soins locaux.

Des brûlures en urinant

Une légère douleur peut survenir en urinant. Son accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, ce qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines.

Du sang dans les urines

Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie. Les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours. Si ce saignement persiste ou s'amplifie, il faut recontacter votre médecin ou votre urologue.

Des difficultés à uriner

La force du jet vous semble faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions en goutte à goutte…) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical.

Des fuites urinaires

Après le retrait de la sonde, il est possible que vous présentiez quelques fuites urinaires, essentiellement à l'effort (marche, toux, éternuement). Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement. Des fuites plus importantes peuvent se produire. La rééducation musculaire du périnée et du sphincter par kinésithérapie peut alors être bénéfique.

Des troubles sexuels

Les relations sexuelles avec toute pénétration, les tampons périodiques sont déconseillés pendant les six/quatre semaines qui suivent l'intervention.

Des troubles du transit intestinal

Vous devez absolument éviter une constipation afin de ne pas faire d'effort de poussée pour aller à la selle. Un régime diversifié, riche en fruits et légumes, accompagné d'une bonne hydratation, est habituellement suffisant. Un traitement facilitateur du transit est parfois nécessaire pendant quelque temps.
Après une chirurgie abdominale, le retour au transit digestif normal peut nécessiter quelques semaines. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement
- Prendre ses repas assis, dans le calme
- Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs
- Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas
- Manger équilibré et le plus varié possible pour éviter les carences nutritionnelles
- Respecter un apport suffisant en protéines
- Eviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras

RISQUES ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication.
Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous.

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Ils vous seront expliqués lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

▶ Les complications communes à toute chirurgie sont :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

▶ Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :

Plaie de vessie

Une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir au cours de sa dissection. Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui rend la dissection plus difficile.
Cette plaie peut même interrompre le déroulement de l'intervention. La sonde vésicale peut alors être conservée plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.

Douleurs

Les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. Des douleurs persistantes sont exceptionnelles à distance de l'intervention.

Troubles mictionnels

Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître dans les suites opératoires

et peut nécessiter ultérieurement un traitement complémentaire.
L'apparition dans les suites opératoires d'envies fréquentes ou urgentes d'uriner n'est pas rare. Si celles-ci existaient en pré- opératoire, elles peuvent persister après l'intervention, même après la remise en place de votre vessie. Des difficultés importantes pour uriner peuvent aussi survenir, nécessitant de reposer une sonde dans la vessie ou de vous apprendre à réaliser temporairement des sondages plusieurs fois par jour.

Troubles digestifs et difficultés d'exonération

Le traitement chirurgical peut aussi entraîner une aggravation ou l'apparition de troubles digestifs. Ces symptômes peuvent disparaissent avec un traitement adapté.

Migration/Infection du tissu de renfort (implant prothétique)

Les prothèses sont conçues pour être parfaitement tolérées et permettre une cicatrisation rapide. Une exposition de la prothèse au travers du vagin peut survenir.
Elle peut apparaître tardivement, des années après la pose. Elle est souvent asymptomatique, mais peut parfois entraîner des écoulements vaginaux et une infection de la prothèse. Une ré-intervention peut alors être nécessaire pour retirer partiellement ou en totalité cette prothèse.
La migration de la prothèse peut aussi exceptionnellement se faire vers la vessie et le rectum. Elle nécessite une réintervention pour enlever la prothèse.

Plaie de l'uretère

Elle nécessite un geste de réparation avec la mise en place d'une sonde interne temporaire.

Plaie du vagin

Le risque est plus important si vous avez ou avez eu une ablation de l'utérus. L'ouverture du vagin peut compromettre la mise en place d'une prothèse.

Plaie du rectum

Elle implique une réparation immédiate.
L'ouverture du rectum compromet la mise en place d'une prothèse.

Hémorragie - Hématome

Cette complication nécessite exceptionnellement une ré-intervention ou une transfusion.

Fistule

Une fistule est une communication anormale entre deux organes creux. Elle peut exceptionnellement compliquer l'intervention, 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.

Occlusion digestive

Elle peut être due à des adhérences intestinales, une ré-intervention est souvent nécessaire.

Plaie vasculaire

Pendant l'opération une plaie vasculaire peut nécessiter une conversion en chirurgie ouverte

Spondilodiscite (infection du site de fixation vertébrale de la prothèse)

Cette infection pourra nécessiter l'ablation de la prothèse et un traitement antibiotique prolongé

RÉSULTATS

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme.
La récidive du prolapsus est toujours possible, liée à de nombreux facteurs (surpoids, toux chronique, altération de la muqueuse vaginale à la ménopause, constipation, …), mais son risque 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.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux,
tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.
Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,



parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste



ou appelez la ligne
Tabac-Info-Service au 3989



ou par internet :
tabac-info-Service.fr

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, …… reconnaît avoir été informé (e) par le Dr …… en date du ……/……/……, à propos de l'intervention qu'il me propose : **prolapsus génital : cure par promontofixation coelioscopique robot assistée ou non.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr …… qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à ……..

Le ……/……/……

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site **www.urofrance.org/espace-grand-public/**
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.
En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.
Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.
Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

☐ JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À ……

Le ……/……/……..

Signature

☐ JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : …… Prénom : ……

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) : ……

Téléphone fixe : …… Téléphone portable : ……

Adresse : ……

……

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

……/……/……..

Signature	Signature de la personne