

CURE DE PROLAPSUS PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

(« Promontofixation coelioscopique »)

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 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.

Sauf information contraire, il n'est pas prévu de retirer l'utérus ou les ovaires au cours de votre intervention. Mais le médecin se réserve, avec votre accord, la possibilité de décider de retirer un ou deux ovaires (sauf si vous êtes éloignée du moment de la survenue de votre ménopause) en cours d'intervention s'il constatait une anomalie ou si l'ablation d'une annexe permettait de vaincre une difficulté opératoire.

COMMENT SE PASSE L'OPÉRATION ?

L'intervention ne peut être réalisée que sous anesthésie générale et commence par une coelioscopie. Cette intervention consiste à examiner l'intérieur de l'abdomen, en particulier les organes génitaux (utérus, ovaires, trompes) à l'aide d'un appareil d'optique de quelques millimètres de diamètre introduit par une petite incision au niveau du nombril. Puis des instruments fins sont introduits par d'autres petites incisions sur le ventre. Pour permettre une bonne visualisation, un gaz (gaz carbonique) est introduit dans l'abdomen.

Une prothèse (plaque souple synthétique) est glissée dans la cloison séparant le rectum du vagin en arrière et une autre dans celle séparant la vessie du vagin en avant. Cette deuxième prothèse est fixée au bas de l'utérus puis au promontoire (ligament se trouvant en avant de la colonne vertébrale) d'où elle est tendue

Parfois, pendant l'intervention, on s'aperçoit que le geste chirurgical ne peut être poursuivi par voie coelioscopique, et qu'une ouverture de l'abdomen est alors nécessaire.

EXISTE-T-IL DES INCONVÉNIENTS OU DES RISQUES ?

Cette intervention nécessite une anesthésie générale et, au minimum, deux jours d'hospitalisation après le geste. Hormis les effets secondaires possibles de l'anesthésie (nausées, vomissements, somnolence...), certains désagréments peuvent survenir dans la période postopératoire : une douleur de l'abdomen, pouvant s'étendre jusqu'aux épaules, due à la présence de gaz dans le ventre.

Au cours de l'intervention, peuvent survenir parfois, au niveau de la cicatrice, un hématome ou une infection (abcès). Plus exceptionnellement, des plaies graves des organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins, voies urinaires notamment) peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire, d'une ouverture de l'abdomen (laparotomie), dans certains cas d'une transfusion sanguine, et parfois l'abandon de la pose d'une prothèse.

Voici les conséquences de la survenue accidentelle d'une plaie des organes internes de l'abdomen :

- plaie de la vessie : en général, pas de séquelle ; laparotomie parfois nécessaire ; risque très modéré de fistule ; Port d'une sonde urinaire pendant environ 8 jours
- plaie de l'uretère : laparotomie très souvent nécessaire ; port d'une sonde urinaire pendant environ 8 jours ; pose d'une endoprothèse urétérale (sonde double J) pendant 1 mois ; risque de fistule modéré
- plaie du rectum : en général, pas de séquelle ; laparotomie parfois nécessaire ; risque modéré de fistule ; en général, abandon de la pose de la plaque postérieure
- plaie des vaisseaux sanguins : laparotomie souvent nécessaire ; transfusion parfois nécessaire

Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont peu douloureuses et nécessitent rarement des traitements antalgiques puissants. Après l'ablation de la sonde urinaire, des difficultés à uriner peuvent rarement 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. Une constipation est fréquente. 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. 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 qui comporterait alors une ouverture complète de l'abdomen et une ablation des prothèses (et le non traitement, finalement, du prolapsus). 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 (en particulier sur le rectum bas), persistance ou apparition d'une gêne lors des rapports sexuels. Un geste complémentaire, souvent par voie basse, peut être alors nécessaire.

Un des risques spécifiques mais exceptionnel de ce type d'intervention est l'apparition d'une infection du disque séparant deux vertèbres (« spondylodiscite infectieuse »), liée à une greffe de bactéries lors de la fixation de la plaque au ligament situé en avant de ce disque.

Cette complication nécessitera une réintervention avec ablation du matériel de traitement du prolapsus (et donc sa récurrence), et un traitement chirurgical et médical spécifique. Le traitement de cette complication est difficile car le disque inter-vertébral est peu vascularisé et les traitements antibiotiques souvent inefficaces

L'intervention comporte un risque de fistule (passage) entre le rectum et le vagin et entre la vessie et le vagin. Cette complication nécessite une ou plusieurs interventions, et parfois le retrait de la plaque synthétique qui peut gêner la cicatrisation.

L'apparition d'une incontinence n'est pas exceptionnelle, liée à la réduction de la descente d'organe : cette incontinence existait mais était masquée par la coudure de la vessie. Il ne s'agit pas d'une complication, mais d'un phénomène normal qui se traite aisément la plupart du temps au cours d'une réintervention ultérieure simple, efficace, indolore et rapide. Le risque d'adhérence avec ses conséquences (douleurs abdominales, transit ralenti, occlusion de l'intestin grêle) ne peut pas être totalement exclu Il peut parfois survenir une récurrence de prolapsus 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'en informer votre médecin. 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.
- 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 vers le 2^{ème} ou le 3^{ème} 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.* (URGENCES 24/24 assurée aux Urgences Gynéco-Obstétricales du CHP St Grégoire)