

Protocole d'information

Opération lors d'une descente ou d'un prolapsus des organes pelviens - par laparoscopie ou par incision de la paroi abdominale

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Chère Patiente,

Les examens réalisés chez vous révèlent une descente des organes pelviens qui requiert une intervention chirurgicale.

Les explications suivantes ont pour but de vous informer et non de vous inquiéter. Elles représentent une partie de l'information préopératoire. L'intervention prévue fera encore l'objet d'un entretien personnel avec vous. N'hésitez donc pas à noter et à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît peu clair ou important. Si au contraire vous ne souhaitez pas en savoir trop sur l'intervention prévue, dites-le nous aussi. L'intervention se fait sous anesthésie générale (« narcose complète »). Le médecin anesthésiste vous informera en détail sur les avantages et les risques de la méthode d'anesthésie prévue.

Motifs de l'opération

Descente d'organes pelviens tels que vessie, matrice, vagin, intestin. On parle de prolapsus lorsque la descente d'organes est prononcée et que les organes sont exposés à l'extérieur. L'intervention chirurgicale est généralement indiquée quand les mesures conservatrices telles que la physiothérapie du plancher pelvien, des traitements hormonaux locaux et/ou la pose d'un pessaire ne suffisent pas.

Méthode opératoire

L'opération est réalisée au moyen de petites incisions de l'abdomen (laparoscopie) ou par une incision de la paroi abdominale. Votre médecin discutera de la méthode exacte avec vous. Dans certaines situations, il peut être indiqué de procéder simultanément à une ablation de la matrice (avec ou sans le col) et/ou des ovaires/trompes, notamment en cas de troubles des saignements, d'altérations bénignes (matrice, ovaires, trompes) ou sur la base d'une recommandation médicale, en concertation avec vous. Les risques supplémentaires seront alors évoqués.

Technique opératoire

Une sonde urinaire est posée en début d'intervention, de même qu'une sonde vaginale/intestinale. Le choix de la sonde se fait en fonction de l'ablation ou non de la matrice (avec/sans le col).

Lors d'une laparoscopie, les incisions cutanées suivantes sont pratiquées dans l'abdomen: plusieurs incisions de 5-15 mm de long permettent l'introduction des instruments chirurgicaux et de la caméra dans la cavité abdominale. Celle-ci est tout d'abord remplie de gaz carbonique au moyen d'une fine aiguille : inspection des organes abdominaux. Pour ouvrir la paroi abdominale, l'incision de la peau se fait au-dessus de l'os pubien. Les organes prolapsés sont libérés des tissus environnants. Les zones affaiblies du plancher pelvien sont renforcées par des filets synthétiques ou biologiques. Des ligaments de l'organisme peuvent servir de points de fixation pour les organes affaissés. Les treillis synthétiques (corps étrangers) demeurent dans l'organisme, les filets biologiques se résorbent après un certain temps. Les treillis favorisent la formation de tissu conjonctif qui envahit les pores du filet, contribuant ainsi à la stabilisation du plancher pelvien. Le filet est fixé au sacrum. Les organes pelviens prolapsés sont ramenés à leur position normale. Leur fonction s'en trouve améliorée, mais une incontinence peut éventuellement se manifester. Parfois, surtout en présence d'adhésions étendues ou d'hémorragies importantes, l'intervention ne peut pas se poursuivre par voie laparoscopique et une incision de la paroi abdominale doit être réalisée.

La sonde urinaire est retirée à la fin de l'opération ou après un ou deux jours.

Risques et complications

Durant l'opération il peut se produire des hémorragies qui seront traitées immédiatement. Plus rarement, des saignements peuvent survenir après l'opération et il est parfois nécessaire d'avoir recours à une deuxième intervention. L'administration de substituts sanguins ou de transfusions n'est que très rarement nécessaire.

Par ailleurs, il arrive que des organes voisins soient lésés, en particulier la vessie, l'urètre, les uretères, l'intestin ou l'utérus. De telles lésions sont reconnues généralement durant l'opération et traitées immédiatement.

Des réactions inflammatoires, des troubles de la circulation, des thromboses (caillots sanguins) et des embolies ne peuvent pas toujours être exclus malgré les progrès de la médecine et les mesures de prévention (injections anticoagulantes). Le risque est augmenté en cas d'obésité, d'alitement et chez les fumeuses.

Juste après la laparoscopie, des gonflements de la peau ainsi que des douleurs aux épaules, au cou et à l'abdomen peuvent se produire.

Il peut arriver que le filet synthétique envahisse des organes voisins ou s'introduise dans le vagin, ce qui peut engendrer des douleurs, des gênes lors des rapports sexuels ou occasionner des lésions chez le partenaire.

Occasionnellement, une incontinence d'effort gênante se développe après quelques semaines/mois ; celle-ci peut être traitée de manière conservatrice ou, ultérieurement, par la pose d'une bandelette de continence. Il est difficile d'évaluer le risque d'incontinence avant l'opération.

Très rarement on observe la formation de fistules, petits canaux reliant deux organes, par ex. fistule entre la vessie et le vagin ; celles-ci entraînent une incontinence permanente. Une intervention chirurgicale est nécessaire pour remédier à ce problème.

Des adhésions dans la cavité abdominale après des laparoscopies et/ou des incisions de la paroi abdominale peuvent se former et provoquer plus tard une occlusion intestinale.

Suites opératoires

La sonde urinaire permet à la vessie de se vider sans peine ; elle sera retirée tout de suite ou après un ou deux jours, en fonction de la technique opératoire choisie. À la survenue de problèmes pour vider la vessie, il faudra éventuellement poser une nouvelle sonde, qui demeurera alors en place plus longtemps (5-7 jours).

L'ablation de la matrice entraîne la disparition des règles et l'impossibilité d'avoir une grossesse.

Après l'ablation des ovaires, une ménopause précoce peut survenir.

Après l'opération, les relations sexuelles peuvent se poursuivre comme auparavant. Il arrive rarement que celles-ci deviennent douloureuses suite à la formation de cicatrices dans le fond du vagin. Un traitement local permet généralement de remédier à ce problème.

Coûts

Cette intervention est une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie. Si vous avez une assurance complémentaire: la question de la couverture des frais est-elle résolue ?

Vos questions

Entretien d'information

Traducteur/trice: _____

Opération proposée: _____

Notes du médecin à propos de l'entretien d'information

(par ex. renoncement à l'information avec indication des raisons, facteurs de risques individuels: âge, maladie cardiaque, obésité, etc.).

Alternatives à l'opération: _____

Date:

Heure:

Durée de l'entretien d'information:

Mandat de traitement

J'ai eu aujourd'hui un entretien d'information avec le Docteur _____ . J'ai compris ses explications et j'ai pu poser toutes les questions qui m'intéressaient.

Je donne donc mon accord avec l'intervention prévue, de même que pour les modifications et les extensions discutées qui s'avéreraient nécessaires au cours de l'opération.

Lieu, date:

La patiente:

Le texte au verso a été discuté avec la patiente. Ses questions ont été abordées et une copie de ce protocole d'information lui a été remise.

Date, heure:

Le médecin:

Croquis de l'intervention

(Méthode opératoire, incision de la peau, ce qui est enlevé, reconstruit, etc. Indication du côté, gauche, droit)
