

Protocole d'information

Opération lors d'une descente ou d'un prolapsus des organes pelviens - par voie vaginale

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 ») ou régionale (« péridurale »).

Le médecin anesthésiste vous informera en détail sur les avantages et les risques des différentes méthodes d'anesthésie.

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 à partir du vagin. 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 (utérus, ovaires, trompes), d'un risque familial de cancer de l'utérus ou des ovaires, ou encore sur la base d'une recommandation médicale, en concertation avec vous. Les risques supplémentaires seront alors évoqués.

Technique opératoire

L'opération débute avec l'ablation de l'utérus/ovaires/trompes s'il en a été décidé ainsi : l'utérus est libéré pas à pas des tissus environnants depuis le vagin et ainsi dégagé. Si seule l'ablation de l'utérus a été prévue, les trompes et les ovaires demeurent en place. Pour enlever les ovaires et les trompes, il faut également les libérer chirurgicalement des tissus environnants.

Les autres organes prolapsés sont libérés des tissus environnants par des incisions, en partant des parois vaginales antérieures et postérieures. Des ligaments de l'organisme peuvent également servir de points de fixation pour les organes affaissés. Mais lorsque les tissus sont trop faibles, la lacune trop importante ou en présence d'une récurrence de prolapsus au même endroit du plancher pelvien, il est possible d'insérer des treillis synthétiques ou biologiques en renforcement. Les filets 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. Par la fermeture du point faible (« lacune ») et le raffermissement des structures de support, les organes pelviens prolapsés sont ramenés à leur position normale. Leur fonction s'en trouve améliorée, mais une incontinence peut éventuellement se manifester.

Dans de rares cas et si vous avez décidé de renoncer définitivement aux relations sexuelles, une possibilité de traitement consiste à rétrécir fortement le vagin, voire même à l'obturer.

Il peut arriver, par ex. en cas d'adhésions étendues ou d'hémorragies importantes, que l'intervention ne puisse pas se poursuivre par voie vaginale et qu'une laparoscopie ou une incision de la paroi abdominale s'avère nécessaire.

Pendant l'opération, mais au plus tard lorsqu'elle est terminée, une sonde vésicale est posée à travers l'urètre ou la paroi abdominale ; celle-ci demeurera en place durant un à plusieurs jours. Parfois un tampon est inséré dans le vagin durant 12 à 24 heures pour stopper les saignements (fonction de pansement compressif).

Risques et complications

Durant l'opération il peut se produire des hémorragies qui seront traitées immédiatement. Moins souvent, 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 notamment augmenté en cas d'obésité, d'alitement et chez les fumeuses.

Rarement, des altérations ne font leur apparition qu'après la sortie de l'hôpital : troubles de guérison de la plaie pouvant entraîner la formation de cicatrices douloureuses, en particulier lors de rapports sexuels (voir « suites opératoires »).

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

Occasionnellement, une incontinence d'effort gênante se développe après l'opération ; celle-ci peut être traitée de manière conservatrice ou 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.

Une constipation passagère peut se manifester parfois ; celle-ci est traitée de manière conservatrice. Très rarement, une incontinence fécale se développe ; celle-ci est abordée en premier lieu de manière conservatrice. En l'absence de réponse favorable, un bilan sera effectué par un spécialiste.

Malgré un positionnement approprié et un branchement correct des appareils, une compression ainsi que d'autres lésions des nerfs et des parties molles peuvent se produire durant l'opération. Ce sont des complications très rares. Elles n'occasionnent que très rarement des troubles permanents (p. ex. engourdissement, sensations anormales douloureuses) ou des cicatrices

Suites opératoires

La sonde urinaire permet à la vessie de se vider sans peine ; elle pourra être 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.

La guérison de la plaie vaginale dure au minimum 6 semaines et s'accompagne généralement de pertes accrues. Durant cette période il est conseillé de renoncer aux rapports sexuels.

Toutes les opérations décrites permettent de poursuivre les relations sexuelles 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:

Entretien d'information

Traducteur/trice: _____

Opération proposée:

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

(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)
