

CONSENTEMENT ECLAIRE

promontofixation laparoscopique

Cher patient,

Cette fiche d'information est rédigée par la Belgian Association of Urology (BAU) sous le contrôle du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS).

Destinée aux patients et aux professionnels de la santé, elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir.

Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines médicales applicables à la promontofixation laparoscopique comme traitement du prolapsus. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes vous seront communiquées pendant la consultation avec le médecin traitant.

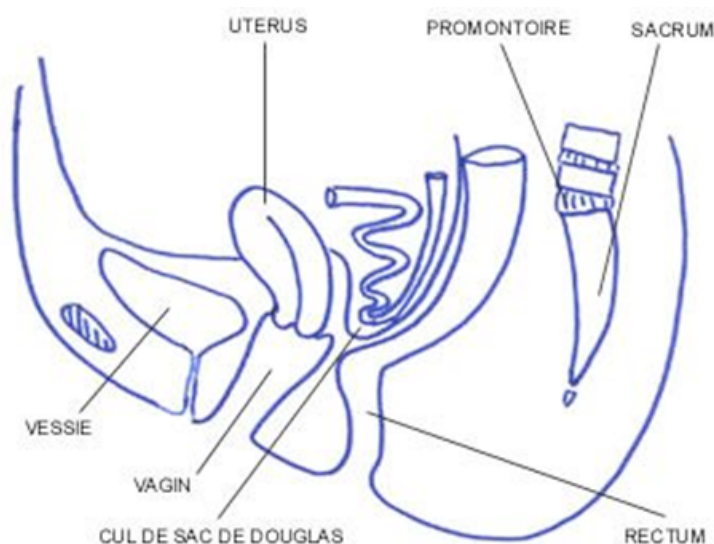
Une première partie de cette brochure contient des informations générales sur la promontofixation laparoscopique comme traitement du prolapsus. La deuxième partie contient le formulaire d'information et de consentement[®] proprement dit, que vous devrez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

Informations générales sur la promontofixation laparoscopique comme traitement du prolapsus

1. Informations générales concernant la promontofixation laparoscopique

Le bassin de la femme se compose de trois parties ou compartiments : la partie antérieure (compartiment antérieur), qui comprend la vessie et l'urètre ; la partie médiane, comprenant le vagin et l'utérus ; et enfin la partie postérieure (compartiment postérieur), composée du rectum et d'une partie de l'intestin grêle.

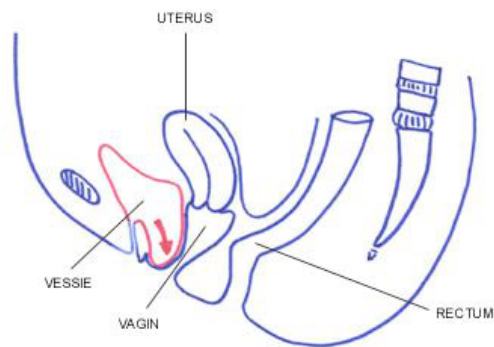
Ces trois compartiments sont étroitement liés et exercent donc un effet mutuel important.



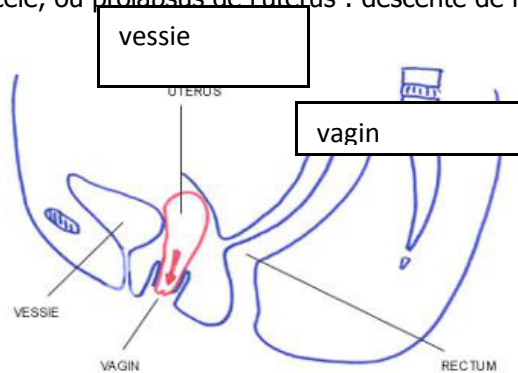
2. Qu'est-ce que le prolapsus ?

Le prolapsus est la descente d'un ou de plusieurs compartiments des organes pelviens dans le vagin. Le prolapsus porte un nom différent selon l'organe qui se déplace.

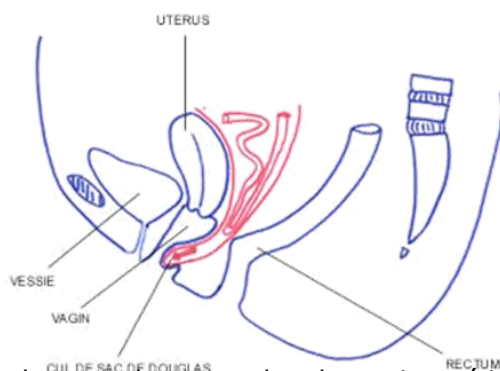
1. Cystocèle : descente de la vessie le long de la paroi antérieure du vagin



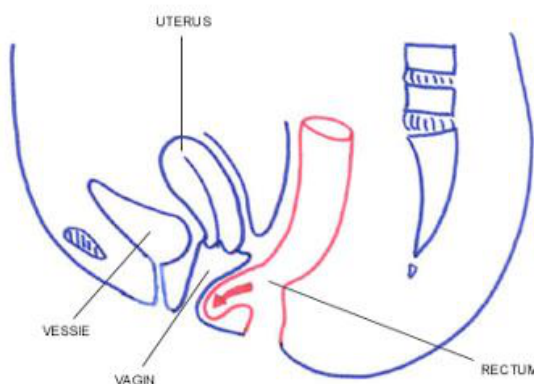
2. Hystérocèle, ou prolapsus de l'utérus : descente de l'utérus vers l'entrée du vagin



3. Élytrocèle : descente de certaines parties de l'intestin grêle vers l'entrée du vagin et la paroi postérieure du vagin.



4. Rectocèle : descente du rectum dans la paroi postérieure du vagin.



Le prolapsus englobe souvent, dans une mesure plus ou moins importante, une combinaison des organes de ces trois compartiments distincts.

3. Pourquoi votre médecin vous a-t-il proposé une intervention pour votre prolapsus ?

Lorsque le prolapsus vous cause une gêne trop importante, une intervention chirurgicale (coudre) est le seul moyen efficace pour replacer les organes pelviens à peu près à leur place d'origine.

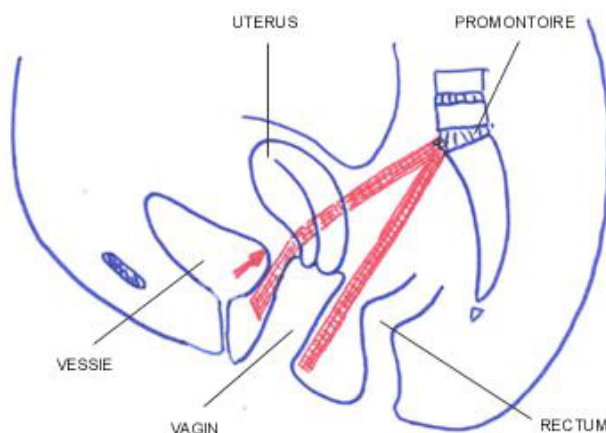
La promontofixation laparoscopique, basée sur un principe connu depuis longtemps, permet d'obtenir une réparation qui se maintient également très bien à long terme.

Depuis les années nonante, cette intervention est pratiquée par laparoscopie. Dès lors, la douleur postopératoire, la durée de l'hospitalisation et la période de rétablissement sont considérablement réduites par rapport à la chirurgie classique.

En alternative à la promontofixation laparoscopique, une intervention par voie vaginale peut parfois être pratiquée ; dans certains cas, un pessaire peut être inséré dans le vagin en vue de tenter d'éviter une intervention chirurgicale.

4. Quel est le principe de l'intervention ?

Dans la promontofixation, des filets synthétiques sont utilisés pour solidifier la paroi vaginale antérieure et/ou postérieure. Ces filets sont ensuite fixés en dessous des vertèbres lombaires, ce qui permet de tirer de nouveau la paroi vaginale et l'entrée du vagin vers le haut.



Plusieurs types de filets sont disponibles à cet effet. Votre chirurgien choisira sur la base de son expérience le type qui convient le mieux à votre situation.

5. Technique opératoire

Cette intervention s'effectue aujourd'hui par voie laparoscopique. Ceci ne modifie pas le principe de la procédure, il s'agit seulement d'une manière de rendre l'intervention classique moins invasive (c.-à-d. moins traumatisant) que dans le cas d'une opération abdominale classique), tout en obtenant le même résultat. Lors de cette intervention, 4 incisions d'environ 1 à 2 cm sont effectuées au niveau du nombril et du bas-ventre ; des tubes (trocar) seront ensuite introduits par ces incisions dans la cavité abdominale. Les trocars servent à introduire une caméra longue et fine (reliée à un écran vidéo) et des instruments longs spécialement conçus à cet effet dans la cavité abdominale. Pour créer un espace suffisant pour l'intervention, la cavité abdominale est gonflée au moyen d'un gaz (dioxyde de carbone).

L'intervention elle-même est toujours pratiquée sous anesthésie totale.

Avant l'intervention

Il est important que le rectum soit parfaitement vidé avant l'intervention. Pour ce faire, on peut par

exemple administrer un lavement dans les heures qui précèdent l'intervention, en fonction de la nature exacte de l'intervention et de l'expérience de votre médecin.

Après l'intervention

La douleur que vous pouvez ressentir dans les heures qui suivent l'intervention sera soulagée par des antalgiques qui seront administrés par perfusion.

Un anticoagulant vous sera également administré quotidiennement par une injection dans la peau du ventre. L'objectif est d'empêcher qu'un caillot ne se forme dans les veines (thrombophlébite) ou dans les poumons (embolie).

Le patient est généralement autorisé à boire, ensuite aussi à manger, et ce dès le lendemain de l'intervention. Un cathéter vésical, habituellement introduit par l'urètre durant l'intervention, permettra l'évacuation urinaire. Une mèche est parfois placée dans le vagin en fin de l'intervention.

La sonde, ainsi que la mèche éventuelle, sont retirées peu après l'intervention. Le retrait a généralement lieu après un à deux jours, selon la nature de l'intervention et l'expérience de votre urologue. Ce retrait est quasi indolore, mais vous pouvez ressentir dans un premier temps une sensation de brûlure lorsque vous urinez. Dans les heures qui suivent le retrait du cathéter vésical, votre infirmier(-ière) contrôlera les mictions pour s'assurer du bon fonctionnement de la vessie.

6. Que faire après votre sortie ?

La durée de la convalescence est en moyenne de 4 à 6 semaines. Ce délai peut être adapté en fonction de votre profession.

Après votre sortie de l'hôpital, vous pourrez reprendre vos activités habituelles. Vous devrez toutefois éviter de réaliser des efforts intenses et de soulever des poids lourds (plus de 5kg) pendant une période d'environ trois mois.

Les bains sont à éviter pendant quatre semaines, mais les douches sont autorisées immédiatement après l'intervention.

Vous devrez vous abstenir de toute activité sexuelle et d'activités sportives pendant quatre semaines. Après l'intervention, une consultation de contrôle sera fixée.

Vous pourriez présenter des saignements vaginaux ou des saignements au niveau des plaies abdominales dans les jours qui suivent l'intervention, mais ces problèmes ne sont pas nécessairement inquiétants. Par ailleurs, dans les premières semaines suivant l'opération, une constipation pourrait survenir. Si la constipation vous cause une gêne trop importante, il est parfois indiqué d'utiliser temporairement un laxatif.

7. Quels signes doivent vous amener à consulter votre médecin pendant la période de convalescence ?

En cas de sensation de brûlure persistante lors de la miction, de fièvre supérieure à 38,5 °C, de saignements persistants et abondants, de douleurs abdominales intenses avec vomissements et de difficulté à uriner.

8. Quelles sont les conséquences de l'intervention ?

Cette technique est l'intervention standard de premier choix pratiquée depuis plus de 15 ans chez les femmes présentant un prolapsus. Toutefois, comme pour toute procédure, certaines complications peuvent se produire.

On ne peut jamais exclure que votre chirurgien doive décider durant la laparoscopie de passer à une intervention « ouverte » classique, pratiquée par une incision dans le bas-ventre. Cela n'a habituellement aucun effet sur la réussite de l'intervention, mais entraîne généralement une période de convalescence plus longue.

a) Durant l'intervention

La technique de l'intervention est extrêmement standardisée et les complications sont donc rares.

Une perforation de la vessie ou du vagin peut survenir au cours de l'intervention. Cette perforation n'a généralement pas de conséquences et peut être traitée durant l'opération. Elle nécessite cependant le maintien du cathéter vésical pendant quelques jours supplémentaires pour permettre la cicatrisation.

Durant l'intervention, une perforation intestinale, une lésion vasculaire majeure ou une lésion de l'uretère (situé entre le rein et la vessie) peut survenir. La fréquence de ces complications est inférieure à 1% et ces lésions peuvent la plupart du temps être réparées durant l'intervention sans séquelles majeures.

Toute intervention, même la plus mineure, comporte des risques qui sont imprévisibles et exceptionnels, mais qui peuvent cependant être sévères (crise cardiaque, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, choc anaphylactique dû à une allergie, etc.).

b) Après l'intervention

Infections : Une infection des voies urinaires peut se développer dans les jours qui suivent l'opération. La guérison s'obtient par une cure d'antibiotiques de quelques jours.

La prothèse elle-même (sous forme de filet) est très bien tolérée et est intégrée dans l'organisme. Le risque d'infection de la prothèse est faible, mais le cas échéant, le retrait du filet peut s'avérer nécessaire.

Difficulté à uriner : Dans les jours qui suivent l'intervention, il arrive que la vessie ait du mal à se vider complètement. Dans ce cas, il suffit généralement de maintenir le cathéter vésical en place pendant quelques jours supplémentaires.

Mictions fréquentes et pressantes : Ce trouble disparaît habituellement dans les quelques jours ou semaines qui suivent l'opération. S'il persiste, prenez contact avec votre chirurgien.

Constipation : Il s'agit d'un problème relativement fréquent après l'opération, nécessitant parfois la prise d'un laxatif. Les problèmes de constipation disparaissent habituellement dans les trois mois suivant l'opération.

Sexualité : Après une période de rétablissement suffisante, les relations sexuelles se déroulent généralement sans problème, bien que la sensation au niveau du vagin puisse être légèrement modifiée.

Douleur : L'intervention ne requiert pas de grande incision ni de geste traumatique, les douleurs sont généralement minimales et leur durée limitée à quelques jours après l'opération.

Problèmes de cicatrisation : Les incisions cutanées cicatrisent en une dizaine de jours. Au niveau

du vagin, les sutures mise en place provoquent parfois de petites blessures. Informez votre médecin en cas de sécrétions vaginales anormales persistantes.

Érosion et rejet de la prothèse sous forme de filet : Même si le matériau utilisé pour ces bandes est très bien toléré, il n'en reste pas moins un objet étranger au corps. L'érosion (rejet) des filets est très rare, mais possible.

Fuites urinaires : Il arrive qu'une incontinence urinaire survienne après l'opération. Les causes de ces fuites urinaires étaient déjà présentes avant l'intervention, mais l'incontinence était alors masquée par le prolapsus (« incontinence urinaire masquée »). Si les fuites urinaires persistent, on peut prescrire - lorsque le patient est suffisamment rétabli de l'intervention - un traitement consistant en une kinésithérapie de renforcement musculaire ; exceptionnellement, une deuxième intervention de moindre envergure peut s'avérer nécessaire au niveau de l'urètre.

1. Par la suite

Une surveillance régulière est nécessaire. Consultez votre médecin une fois par an ou en cas de problème.

N'hésitez pas à contacter votre urologue pour toute information complémentaire.

Généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, sur les traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

N'hésitez pas à contacter votre urologue pour toute information complémentaire.