

Réparation de la paroi vaginale antérieure

Colporraphie antérieure

JAN YPERMAN ZIEKENHUIS





DONNÉES PATIENT

Étiquette patient

DONNÉES SOINS À DOMICILE

Nom + prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Cette brochure d'information a été rédigée avec le plus grand soin. Elle contient des informations générales et est destinée à compléter l'entretien avec votre prestataire de soins. Le Centre hospitalier Jan Yperman ASBL, ses médecins et ses collaborateurs déclinent toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans cette brochure.

Vous pouvez envoyer vos remarques et/ou suggestions à communicatie@yperman.net.

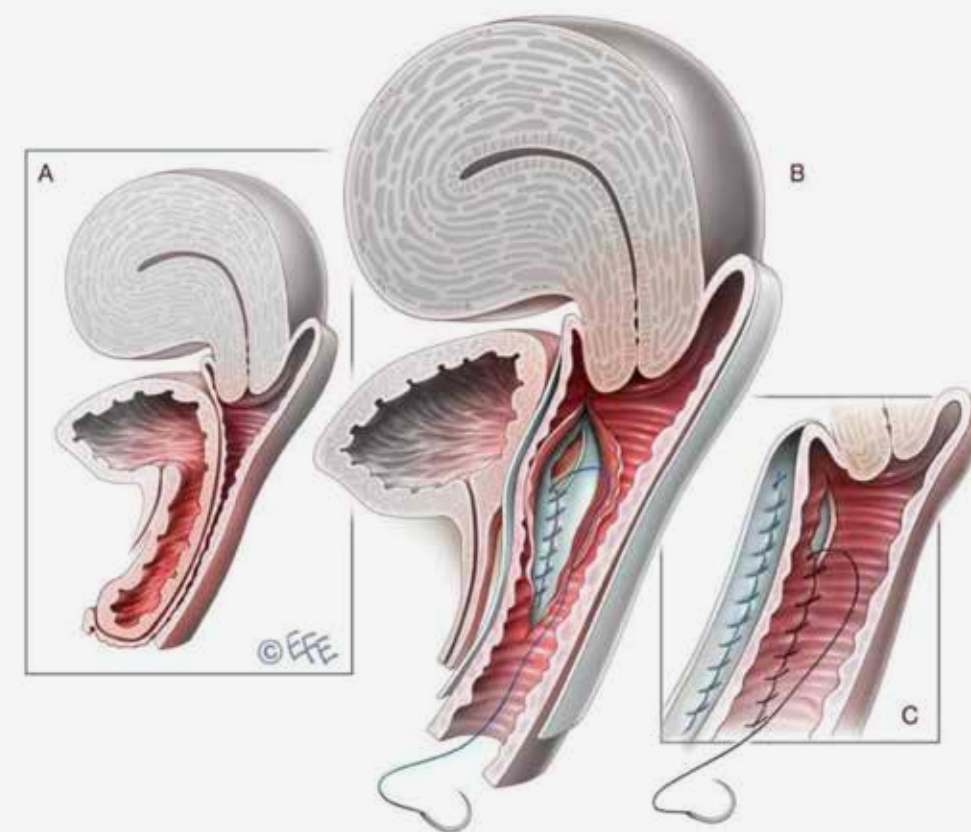
Table des matières

Qu'est-ce qu'une colporraphie antérieure ?	3
Comment se déroule une colporraphie antérieure ?	4
Préparation à l'intervention	5
Rétablissement après l'intervention	6
Risques et complications	8



Vous avez encore des questions ?

Posez-les à votre médecin traitant ou à un·e infirmier·ère.



Qu'est-ce qu'une colporraphie antérieure ?

Une colporraphie antérieure ou « **réparation de la paroi vaginale antérieure** » est une intervention chirurgicale pratiquée pour corriger un **prolapsus de la vessie** (cystocèle). Au cours de cette intervention, le tissu de soutien entre la vessie et le vagin (le septum vésicovaginal) est réparé à l'aide de sutures résorbables. L'opération se fait **entièrement par voie vaginale**, afin d'éviter toute cicatrice externe, et sans utiliser **aucun matériel synthétique** (« filet »).

Le **taux de réussite** d'une colporraphie antérieure se situe **entre 70 et 90 %**. Il arrive parfois que le prolapsus réapparaisse au fil du temps ou qu'un autre organe se prolapse.

Comment se déroule une colporraphie antérieure ?

Lors d'une colporraphie antérieure, le médecin pratique une **incision** verticale dans la **paroi antérieure** du vagin, après quoi la muqueuse vaginale est détachée de la couche de tissu conjonctif sous-jacente (le septum vésicovaginal). Cette **couche de tissu conjonctif prolapsée** est ensuite **réparée et renforcée à l'aide de sutures résorbables**. Ce faisant, le médecin place généralement un filet soluble qui offre un soutien supplémentaire. Si nécessaire, l'excès de muqueuse vaginale est retiré par la suite. Enfin, la muqueuse est refermée à l'aide de sutures résorbables.

L'intervention dure en moyenne **45 minutes** et peut être réalisée sous anesthésie générale ou locale (péridurale). Discutez avec votre médecin de l'anesthésie qui vous convient le mieux. Pendant l'opération, une dose unique d'antibiotiques est administrée à titre préventif par perfusion. En outre, une sonde vésicale est posée et, à la fin de l'intervention, un tampon vaginal est également inséré afin de limiter les pertes de sang.

Préparation à l'intervention

Avant l'intervention, vous vous rendez à la consultation préopératoire d'anesthésie, où vos antécédents médicaux et vos éventuelles allergies sont abordés. Nous vérifions également si vous prenez des médicaments qui doivent être temporairement arrêtés avant l'intervention (comme des anticoagulants).

La date de l'intervention est fixée avec votre médecin traitant. La veille de l'intervention, nous vous contactons pour vous informer de l'heure exacte à laquelle vous devez vous présenter à l'hôpital.

Nous vous demandons de ne plus manger à partir de 6 heures avant votre admission. Vous pouvez boire des liquides clairs (eau, jus de pomme, café et thé sans lait ni sucre, boissons sportives et rafraîchissantes) jusqu'à votre arrivée à l'hôpital, en fonction de votre soif.

Nous en discutons également lors de la consultation préopératoire.

Rétablissement après l'intervention

Après l'intervention, vous séjournerez brièvement en **salle de réveil**, jusqu'à ce que vous soyez suffisamment réveillée ou (en cas d'anesthésie péridurale) jusqu'à ce que vous puissiez à nouveau bouger les jambes. Vous êtes ensuite conduite dans le service.

Cette intervention nécessite généralement de **passer une nuit à l'hôpital**. Le lendemain matin de l'intervention (vers 6 heures), la sonde vésicale et le tampon vaginal sont retirés. L'infirmier-ère vérifie votre capacité à uriner : nous vous demanderons d'uriner dans un bidet, après quoi nous vérifierons si votre vessie est suffisamment vide. Cela se fait à l'aide d'un scan vésical (une échographie de la vessie). Si vous avez uriné suffisamment sans laisser trop d'urine dans la vessie, vous pouvez rentrer chez vous vers midi.

La **convalescence** après une colporraphie antérieure se déroule **généralement sans problème**. Au cours des **six premières semaines**, nous recommandons un **repos relatif**. Évitez les efforts physiques intenses tels que le soulèvement de lourdes charges et la pratique intensive du sport. Les activités légères telles que la marche, le vélo et les tâches ménagères sont autorisées. Pour permettre à la plaie vaginale de bien cicatriser, il est **déconseillé de nager, prendre des bains, utiliser des tampons et avoir des rapports sexuels** pendant six semaines. Il est également important d'éviter de **pousser fort** lorsque vous allez à la selle.

Vous pouvez avoir de **légères pertes de sang** jusqu'à **une semaine** après l'intervention. Contactez votre médecin en cas de saignement abondant (plus que les menstruations). En outre, vous pouvez constater **une augmentation des pertes vaginales pendant les quatre à six premières semaines** en raison de la présence des sutures résorbables dans le vagin.

Un **rendez-vous de contrôle** est prévu chez votre médecin traitant après quatre à six semaines.

Risques et complications

Toute intervention chirurgicale comporte des risques et des complications possibles.

Risques généraux en cas de chirurgie :

- **Risques liés à l'anesthésie** : ces complications sont généralement très rares et dépendent principalement de votre état de santé général. Lors de la consultation préopératoire d'anesthésie, nous passons en revue vos antécédents médicaux et les médicaments que vous prenez éventuellement à domicile.
- **Infection** : bien que le médecin pratique l'intervention dans des conditions stériles et que vous receviez des antibiotiques à titre préventif pendant l'intervention, il existe toujours un petit risque d'infection.
 - Cystite (survient chez environ 5 % des patientes). Afin de la détecter à un stade précoce, nous effectuons systématiquement une culture d'urine le lendemain de l'opération.
 - Infection de la région opératoire (la paroi antérieure du vagin).
- **Saignement** : les pertes de sang lors d'une réparation du prolapsus vaginal sont généralement très limitées. Un saignement grave nécessitant une transfusion sanguine est rare (<1 %).
- **Thrombose (caillot dans un vaisseau sanguin)** : toute intervention chirurgicale comporte un risque de thrombose. C'est pourquoi nous vous administrons pendant votre admission des injections préventives contre la thrombose et vous recevez également des bas de contention. Nous vous recommandons de porter ces bas jusqu'à ce que vous retrouviez votre mobilité. Si vous avez déjà souffert d'une thrombose (ou présentez d'autres facteurs de risque), il peut également être nécessaire de poursuivre les injections pendant plusieurs semaines après l'intervention.

Complications spécifiques lors d'une colporraphie antérieure :

- **Lésion vésicale** : lors d'une colporraphie antérieure, le médecin opère très près de la vessie. Par conséquent, il existe un faible risque de lésion de la vessie. Si cela se produit, celle-ci est immédiatement réparée pendant l'intervention et une sonde vésicale est posée pendant une semaine afin de permettre à la vessie de guérir.
- **Rétention urinaire** : après l'opération, il peut être temporairement plus difficile d'uriner en raison du gonflement autour de la vessie et de l'urètre. Les infirmières surveillent attentivement le déroulement de la miction après l'intervention. Si vous ne parvenez pas à uriner ou s'il reste trop d'urine dans la vessie, il peut être nécessaire de vider la vessie à l'aide d'une sonde (auto-cathétérisme). Le personnel infirmier vous apprend comment faire. Le problème est généralement de courte durée : une fois que le gonflement s'est résorbé (généralement après quelques jours), vous pouvez arrêter de sonder.
- **Fuites urinaires** : dans certains cas, des fuites urinaires peuvent apparaître ou s'aggraver après l'intervention. Ceci peut avoir plusieurs causes :
 - Un prolapsus grave de la vessie provoque un « pli » dans l'urètre. Lorsque la vessie est remise en place, ce « pli » peut disparaître. Et des fuites urinaires pourraient survenir.
 - L'opération peut provoquer une « stimulation » temporaire de la vessie : vous ressentez un besoin plus pressant d'uriner, vous perdez parfois de l'urine avant d'atteindre les toilettes et/ou vous devez uriner plus fréquemment qu'auparavant. Dans la plupart des cas, ces symptômes disparaissent spontanément dans les trois mois suivant l'intervention.
- **Constipation** : un transit intestinal difficile est un problème courant après une intervention. Il faut absolument éviter de pousser fort après la réparation d'un prolapsus. Nous recommandons de maintenir un transit intestinal régulier après l'intervention :
 - En utilisant temporairement un laxatif.
 - En adoptant un régime riche en fibres et en buvant beaucoup d'eau.

Coordonnées

Médecins

- dr. E. Bauters
- dr. O. Brouckaert
- dr. L. Deblaere
- dr. J. Quintelier
- dr. E. Rossey
- dr. A. Vandenameele
- dr. I. Vanderbeke
- dr. P. Vryens

Joignables via

057 35 75 75

secgynaeco@yperman.net

Gynécologie — Numéro de route : 21

Heures d'ouverture

Physique : 8 h-12 h 30 & 13 h 30-18 h

Téléphone : 8 h 30-12 h 15 & 13 h 30-17 h 30

Symptômes graves ou urgences ?

Contactez immédiatement

- votre médecin traitant
- le service des urgences de l'hôpital
057 35 60 00

Jan Yperman Ziekenhuis
Briekestraat 12, 8900 Ieper
info@yperman.net
057 35 35 35
www.yperman.net

