

BI-21.014F

La fixation sacro-épineuse

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.

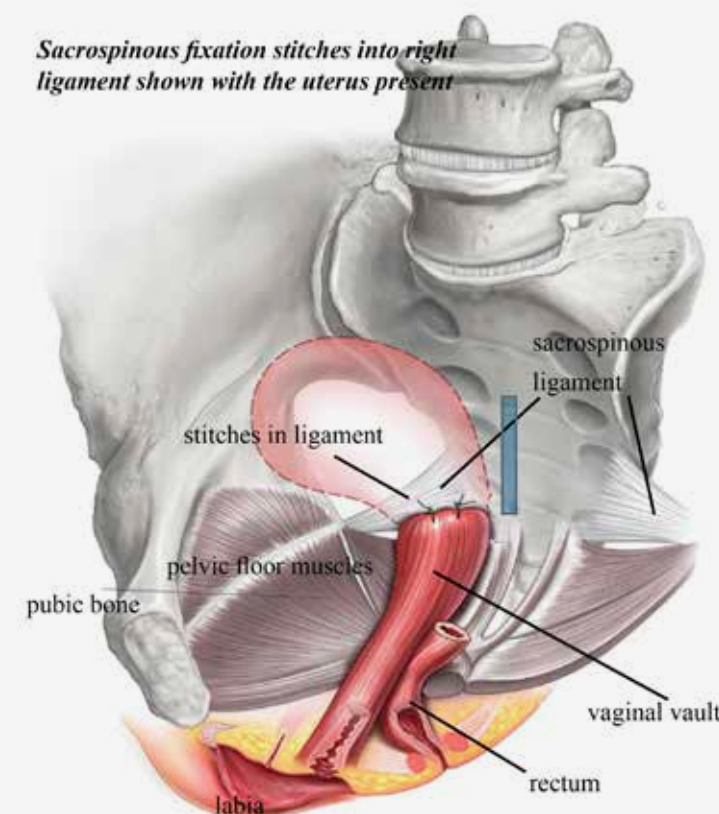
Table des matières

Qu'est-ce qu'une fixation sacro-épineuse ?	3
Comment se déroule la mise en place d'une fixation sacro-épineuse ?	4
Préparation à l'intervention	4
Rétablissement après l'intervention	5
Risques et complications	6
• Risques généraux en cas de chirurgie	6
• Complications spécifiques lors d'une fixation sacro-épineuse	7



Vous avez encore des questions ?

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



Qu'est-ce qu'une fixation sacro-épineuse ?

Une fixation sacro-épineuse est une intervention chirurgicale pratiquée pour corriger une **descente de l'utérus** (descensus uteri) **ou du dôme vaginal** (prolapsus du dôme). Au cours de cette opération, le médecin fixe le col de l'utérus ou le dôme vaginal à l'aide de deux **sutures non résorbables** à un **tendon solide** entre le sacrum et le tubercule ischiatique (le ligament sacro-épineux). 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 fixation sacro-épineuse se situe **entre 80 et 90 %**. Il arrive parfois que le prolapsus réapparaisse au fil du temps ou qu'un autre organe se prolapse.

Comment se déroule une fixation sacro-épineuse ?

Lors d'une fixation sacro-épineuse, le médecin pratique une **incision** verticale dans la **paroi antérieure ou postérieure** du vagin (en fonction de la nature du prolapsus). Ensuite, la muqueuse vaginale est détachée du tissu conjonctif sous-jacent et le **ligament sacro-épineux est localisé**. Deux sutures non résorbables y sont alors placées, puis fixées au col de l'utérus ou au dôme vaginal. Une fois le col de l'utérus ou le dôme vaginal placé contre le ligament, la muqueuse vaginale est refermée à l'aide de sutures résorbables.

Cette intervention est souvent combinée avec une colporraphie antérieure (réparation de la paroi vaginale antérieure) ou une colporraphie postérieure (réparation de la paroi vaginale postérieure), qui consiste à renforcer le tissu de soutien entre, respectivement, la vessie et le vagin et/ou le rectum et le vagin.

L'intervention dure en moyenne 60 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, nous administrons une dose unique d'antibiotiques 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 fixation sacro-épineuse 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.
- **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 fixation sacro-épineuse :

- **Lésion vésicale** : si l'intervention est pratiquée via une incision dans la paroi antérieure du vagin, il existe un faible risque de lésion de la vessie. Cela arrive très rarement et c'est réparé immédiatement pendant l'intervention. Dans ce cas, une sonde vésicale est posée pendant une semaine afin de permettre à la vessie de guérir.
- **Lésion intestinale** : si l'intervention est pratiquée via une incision dans la paroi postérieure du vagin, il existe un faible risque de lésion du rectum. Cela arrive également très rarement et c'est réparé immédiatement pendant l'intervention.
- **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.
- **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.
- Après une fixation sacro-épineuse, 5 à 10 % des patientes ressentent une douleur dans la fesse droite due aux sutures. Nous pouvons traiter ce problème avec des analgésiques. La douleur disparaît généralement au bout de six semaines.

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

