

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE : AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR : MAI 2024

TROUBLE DE STATIQUE PELVIENNE

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :
WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

**Votre urologue se tient
à votre disposition
pour tout renseignement.**

Vous avez consulté votre urologue qui a diagnostiqué un prolapsus des organes pelviens (descente d'organes).

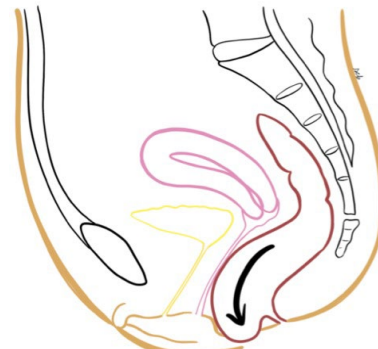
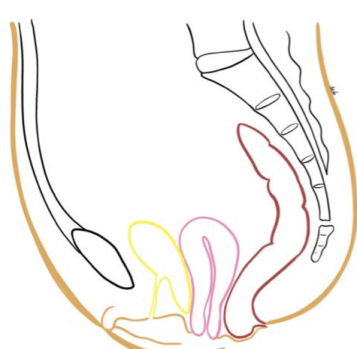
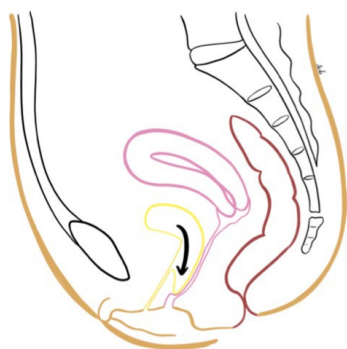
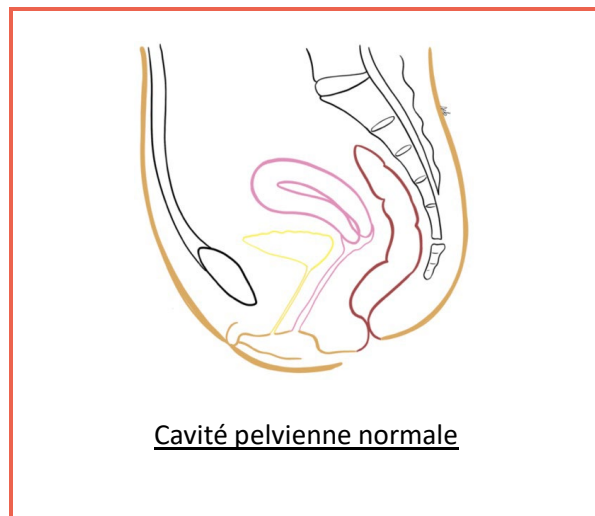
QUE SONT LES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE ?

Les troubles de la statique pelvienne sont également nommés prolapsus (ou « descente d'organes »).

Il s'agit d'une hernie des organes pelviens par le vagin, par fragilité du plancher pelvien.

Ce trouble peut concerner la vessie (nommé alors cystocèle), l'utérus (hystéroptose) ou le rectum (rectocèle).

Ce trouble peut survenir même si vous avez eu une ablation de l'utérus et concerne alors le fond du vagin. On parle alors de colpocèle.



Les manifestations cliniques

Elles sont variables en fonction des organes concernés.

Vous pouvez ressentir une sensation de boule intravaginale ou une pesanteur pelvienne, spontanément ou à la poussée abdominale.

Vous pouvez également avoir des signes urinaires (impériosités -urgences- urinaires avec mictions fréquentes ou une difficulté à uriner avec un besoin de pousser).

Les signes anorectaux peuvent également être révélateurs : impériosités (urgences) fécales avec incontinence fécale, ou constipation avec besoin de pousser et jusqu'à la nécessité de manœuvres digitales pour faciliter l'exonération.

Les symptômes sexuels peuvent également être révélateurs avec une gêne lors des rapports sexuels.

Le prolapsus peut également ne pas entraîner de gêne particulière et être découvert sur un examen clinique systématique.

Les facteurs favorisants

- L'âge et la ménopause
- Les antécédents obstétricaux
- Et plus généralement : toute situation responsable d'une augmentation de pression abdominale répétée ou violente : toux chronique, port de charges lourdes, prise de poids importante, constipation chronique avec effort de poussée abdominale.
- Des facteurs génétiques peuvent aussi être évoqués.

Les symptômes peuvent être majorés au cours de la journée par la station debout, une activité physique ou lors du port de charge lourde.

DIAGNOSTIC ET BILAN D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE PELVIENNE

Le diagnostic d'un prolapsus est clinique au cours d'un examen pelvien idéalement réalisé en fin de journée, au repos et sur un effort de poussée abdominale d'abord en position allongé puis si besoin en position debout, et parfois fléchi.

Examens complémentaires

Normalement il n'est pas nécessaire d'effectuer d'examen complémentaire pour le diagnostic mais il peut être demandé des examens pour préciser les troubles de la statique, éliminer une autre pathologie.

PROLAPSUS - PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Mesures hygiéno-diététiques

- Perte de poids et normalisation de son index de masse corporelle
- Traitement de la constipation terminale ou dyschésie
- Déconseiller certains sports plus à risque (sports à impact de type jogging ou trampoline, préférer le Pilates, le yoga, la natation, le vélo) Mais si vous adorez courir, continuez sur un terrain meuble, peut être avec un pessaire
- Traitement de la toux chronique, arrêt du tabagisme
- Il est souvent proposé des traitement locaux (ovules, crème) à base d'œstrogènes qui apportent de nombreux bénéfices.

Rééducation périnéale

La rééducation périnéale peut être prescrite par votre médecin lors de la prise en charge de votre prolapsus.

Elle consiste en l'entraînement des muscles du plancher pelvien ainsi qu'un travail sur la posture (musculature abdominale et lombaire) et un travail respiratoire. Elle a pour but de diminuer voire de faire disparaître les symptômes dus au prolapsus, et de prévenir voire de ralentir l'aggravation du prolapsus. Elle permet également de corriger une éventuelle incontinence urinaire d'effort masquée ou non par le prolapsus. Elle doit être faite par un professionnel (kinésithérapeute ou sage-femme spécialisé dans cette prise en charge particulière).

Il existe différentes méthodes de rééducation manuelle et combinée avec des techniques de biofeedback ou d'électrostimulation en utilisant une sonde vaginale. Le travail ne se limite pas aux muscles du périnée et doit être plus global (posture, respiration) et accompagné.

Un pessaire peut vous être prescrit lors de votre rééducation.

Le pessaire

Le pessaire vous sera systématiquement proposé lors de la prise en charge de votre prolapsus. Il peut être utilisé soit de façon pérenne pour éviter une chirurgie, soit comme solution d'attente afin d'améliorer votre confort en attendant la chirurgie.

Il existe différents types de pessaires (pessaire anneau, pessaire cube, pessaire donut et pessaire bouton ou "dish" en cas d'incontinence urinaire associée) et différentes tailles.

Il est placé au fond du vagin par votre médecin, votre kiné ou vous-même (après un court apprentissage en consultation) et permet de réintégrer les organes concernés par le prolapsus dans la cavité pelvienne. Une fois en place, le pessaire n'est pas douloureux, il ne doit pas gêner dans la vie quotidienne et il ne doit pas tomber.

La durée de vie d'un pessaire est de quelques années, il se lave simplement à l'eau et au savon.

Le pessaire anneau peut être gardé dans le vagin lors des rapports sexuels, il doit être retiré et nettoyé régulièrement par vous-même ou au maximum tous les 3 à 6 mois par un professionnel de santé. Le pessaire cube est habituellement retiré tous les jours ou tous les 2-3 jours par la patiente et pour les rapports sexuels. Le pessaire donut, généralement choisi pour les prolapsus importants, est plus difficile à manier seule. Il doit être retiré et nettoyé tous les 3 à 6 mois par un professionnel de santé.

L'éducation et la gestion du pessaire vous sera apprise par votre médecin au cours d'une courte éducation thérapeutique afin de vous rendre autonome sans difficulté.

Pour plus d'informations vous pouvez consulter la fiche de l'HAS :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/reco443_fiche_patient_pessaire_prolapsus_cd_2022_04_28_v0.pdf

BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE

Le bilan pré-opératoire consiste en un

interrogatoire détaillé afin d'évaluer si vos symptômes sont liés à votre prolapsus et vous informer sur les résultats à attendre de la chirurgie. L'examen clinique est fondamental et peut être répété à différents moments.

Les autres examens sont optionnels et guidés par le contexte clinique.

- Échographie réno-vésicale et pelvienne
- Bilan urodynamique : en cas de symptômes urinaires
- IRM dynamique : particulièrement dans les cas de récurrence de prolapsus
- Consultation avec un(e) gastro-entérologue avec une éventuelle manométrie anorectale
- Avant 65 ans, frottis avec statut HPV de moins de 5 ans si négatif

PROLAPSUS, PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Il existe plusieurs types de chirurgie pour réparer un prolapsus. Le choix de la technique dépend de la patiente (antécédents médicaux et maladies chroniques, facteurs de risque de récurrence, antécédents chirurgicaux abdominaux) et du chirurgien. La promontofixation par voie laparoscopique est l'intervention de référence pour les prolapsus de la vessie ou de l'utérus. L'indication chirurgicale et la technique la plus adaptée à votre cas sont discutées et validées en réunion de concertation pluridisciplinaire de pelvi-périnéologie.

La promontofixation par voie coelioscopique

Il s'agit d'une technique opératoire par voie abdominale réalisée sous anesthésie générale par voie coelioscopique avec pose d'une prothèse de renfort. Elle permet de remonter la vessie, l'utérus

et le rectum, en fonction du type de prolapsus. Son taux de succès est d'environ 90%.

L'hystérectomie n'est pas recommandée en systématique lors de cette intervention, elle peut vous être proposée par le chirurgien dans certains cas. Si vous êtes ménopausée, une ablation des trompes pourra vous être proposée dans le même temps opératoire pour la prévention du cancer de l'ovaire (qui est favorisé par la proximité de la trompe).

Pour plus d'informations :

https://www.urofrance.org/sites/default/files/48_prolapsus_genital_cure_par_promontofixation_coelioscopique.pdf

La voie vaginale

Elle consiste en la réparation du prolapsus par voie vaginale ; il n'est désormais plus utilisé de prothèse par cette voie. Cette technique peut être réalisée sous anesthésie générale ou rachianesthésie. Le risque de récurrence est plus important avec ce type de chirurgie (15 à 30%) mais les résultats fonctionnels et la satisfaction subjective sont comparables à la promontofixation à court terme. Il existe différentes techniques qui seront discutées avec votre chirurgien. Une hystérectomie peut être proposée en fonction de la technique chirurgicale utilisée. Les suites opératoires sont généralement plus rapides qu'avec la promontofixation avec une hospitalisation qui va de l'ambulatoire à une journée en fonction des antécédents et maladies chroniques des patientes.

Pour plus d'informations :

https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/06/49_PROLAPSUS-ORGANES-PELVIENS-PAR-VOIE-BASSE.pdf

Le colpoclésis

Cette technique consiste en la fermeture du vagin par voie vaginale. Elle est corrélée avec un degré de satisfaction importante mais il est important de souligner que le risque de récurrence existe même s'il est faible, et d'informer les patientes du caractère définitif de cette intervention avec impossibilité de rapports sexuels avec pénétration au décours. Le chirurgien la recommandera pour les patientes âgées, fragiles et n'ayant plus de désir de rapports sexuels.

Pour plus d'informations :

https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/06/49_PROLAPSUS-ORGANES-PELVIENS-PAR-VOIE-BASSE.pdf

Suites opératoires

La durée d'hospitalisation est variable, souvent d'une journée si l'intervention est réalisée en ambulatoire à un jour ou deux. La sonde urinaire est enlevée pendant l'intervention ou le lendemain.

Dans les suites de l'opération, vous aurez un traitement antalgique, et, dans certains cas, des piqûres d'anticoagulants pour une durée de 10 à 15 jours, ainsi que des laxatifs pour éviter les efforts de poussée.

Vous ne devrez pas faire d'effort important et pas de sport pendant 1 à 3 mois, mais vous pourrez vivre normalement (marche, escaliers, voiture...) dès le lendemain de la chirurgie.

Vous pourrez reprendre une activité sexuelle après un mois.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux,

tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,

faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie,

en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,



parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste



ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989



ou par internet : tabac-info-Service.fr

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **trouble de statique pelvienne**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site www.urofrance.org/espace-grand-public/

L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

Le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne