

Réparation de la paroi vaginale antérieure

Un Guide Pour Les Femmes

1. Qu'est-ce qu'une cure antérieure?
2. Dans quelles circonstances est-elle effectuée?
3. Comment se déroule la chirurgie?
4. Quelles sont les chances de succès?
5. Existe-t-il des risques de complication?
6. Choses à faire et à ne pas faire après la chirurgie

Prolapsus de la paroi vaginale antérieure (cystocèle)

Environ 10 % des femmes ayant déjà accouché devront subir une chirurgie pour un prolapsus vaginal. Un prolapsus de la paroi antérieure du vagin est habituellement dû au relâchement du tissu de support (fascia) qui sépare le vagin de la vessie. Cet affaissement peut causer une sensation de plénitude ou de pesanteur dans le vagin et on remarque aussi un gonflement inconfortable (comme une boule) qui se prolonge à l'extérieur de l'orifice du vagin. Le prolapsus peut également occasionner des problèmes de miction, avec un écoulement lent ou intermittent, de l'incontinence ou des symptômes de pollakiurie (émission fréquente de petites quantités d'urine).

Qu'est-ce qu'une cure antérieure?

Une cure antérieure, aussi appelée colporraphie antérieure, est une méthode chirurgicale pour réparer ou renforcer la couche de soutien (fascia) entre la vessie et le vagin.

Dans quelles circonstances la réparation est-elle effectuée?

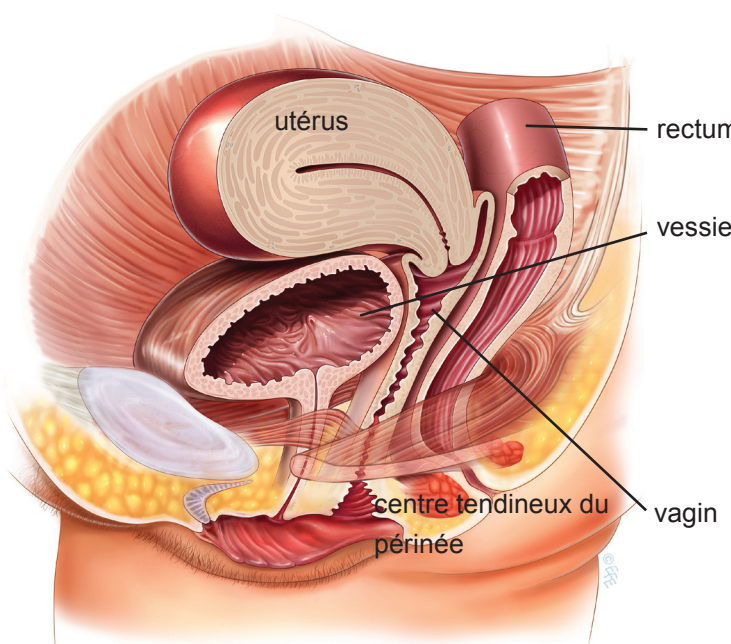
Le but de la chirurgie est de soulager les symptômes de gonflement et/ou de relâchement vaginal et d'améliorer la fonction de la vessie sans interférer avec la fonction sexuelle.

Comment se déroule la chirurgie?

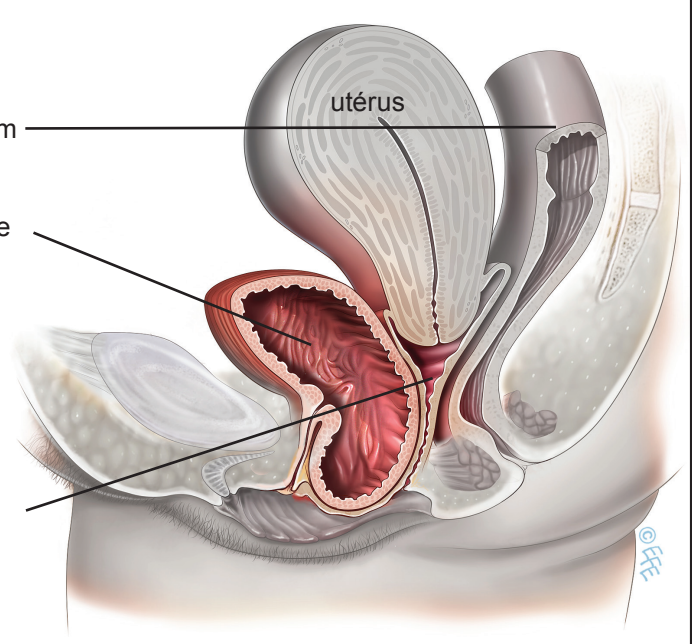
La chirurgie peut être effectuée sous anesthésie générale, régionale ou même locale : votre médecin vous informera de ce qui est le mieux pour vous. Il existe diverses méthodes pour effectuer une cure antérieure et vous trouverez, ci-dessous, une description générale de la méthode la plus courante.

- Une incision est faite le long du milieu de la paroi antérieure du vagin, commençant à l'entrée du vagin et se terminant près du haut du vagin.
- La peau du vagin est alors séparée du tissu de soutien sous-jacent. Le fascia affaissé est alors réparé à l'aide de points de suture fondants, lesquels disparaîtront après une période de 4 semaines à 5 mois, selon le matériel de suture utilisé.
- Parfois, de la peau excessive est enlevée et la peau du vagin est ensuite refermée avec des points fondants qui disparaîtront à l'intérieur de 4 à 6 semaines environ.
- Du treillis (aussi appelé mèche vaginale) peut être utilisé pour réparer la paroi vaginale antérieure. Ce matériel de renforcement peut être synthétique (permanent) ou sous forme de matrice cellulaire biologique (résorbable). L'utilisation de treillis est habituellement réservée pour les cas de récurrence ou de prolapsus plus sévère.
- Une cystoscopie peut être effectuée afin de s'assurer que l'aspect interne de la vessie est normal et qu'aucun dommage n'a été fait à la vessie ou aux uretères pendant la chirurgie.
- À la fin de la chirurgie, une compresse peut être insérée dans le vagin et un cathéter dans la vessie. Si

Anatomie normale, aucun prolapsus



Prolapsus de la paroi vaginale antérieure



tel est le cas, ils seront retirés habituellement après 3 h à 48 h. La compresse agit comme un pansement compressif afin de réduire le saignement vaginal et l'apparition d'ecchymoses après la chirurgie.

- Fréquemment, la chirurgie de cure vaginale antérieure est combinée à d'autres chirurgies comme l'hystérectomie vaginale, la cure vaginale postérieure ou à une chirurgie pour incontinence. Ces interventions sont expliquées dans d'autres dépliants de la même série (dans la section d'information pour les patients).

Que se passe-t-il après l'opération?

Après vous être réveillée de l'anesthésie, on vous aura installé une perfusion de liquide et vous pourrez aussi avoir un cathéter dans la vessie. Le chirurgien a peut-être également inséré une compresse à l'intérieur du vagin afin de réduire tout saignement dans les tissus. La compresse et le cathéter sont habituellement retirés dans un délai de 48 h suivant l'opération. Il est normal d'avoir des pertes d'un liquide blanc crème durant 4 à 6 semaines après la chirurgie. Ceci s'explique par la présence de sutures dans le vagin; plus les sutures se résorberont et plus l'écoulement ira en diminuant. Si vous décelez une forte odeur, veuillez contacter votre médecin. Un certain écoulement taché de sang juste après la chirurgie ou commençant une semaine après celle-ci est normal. Il est probable de remarquer la présence de vieux sang et d'écoulement fin d'apparence brunâtre

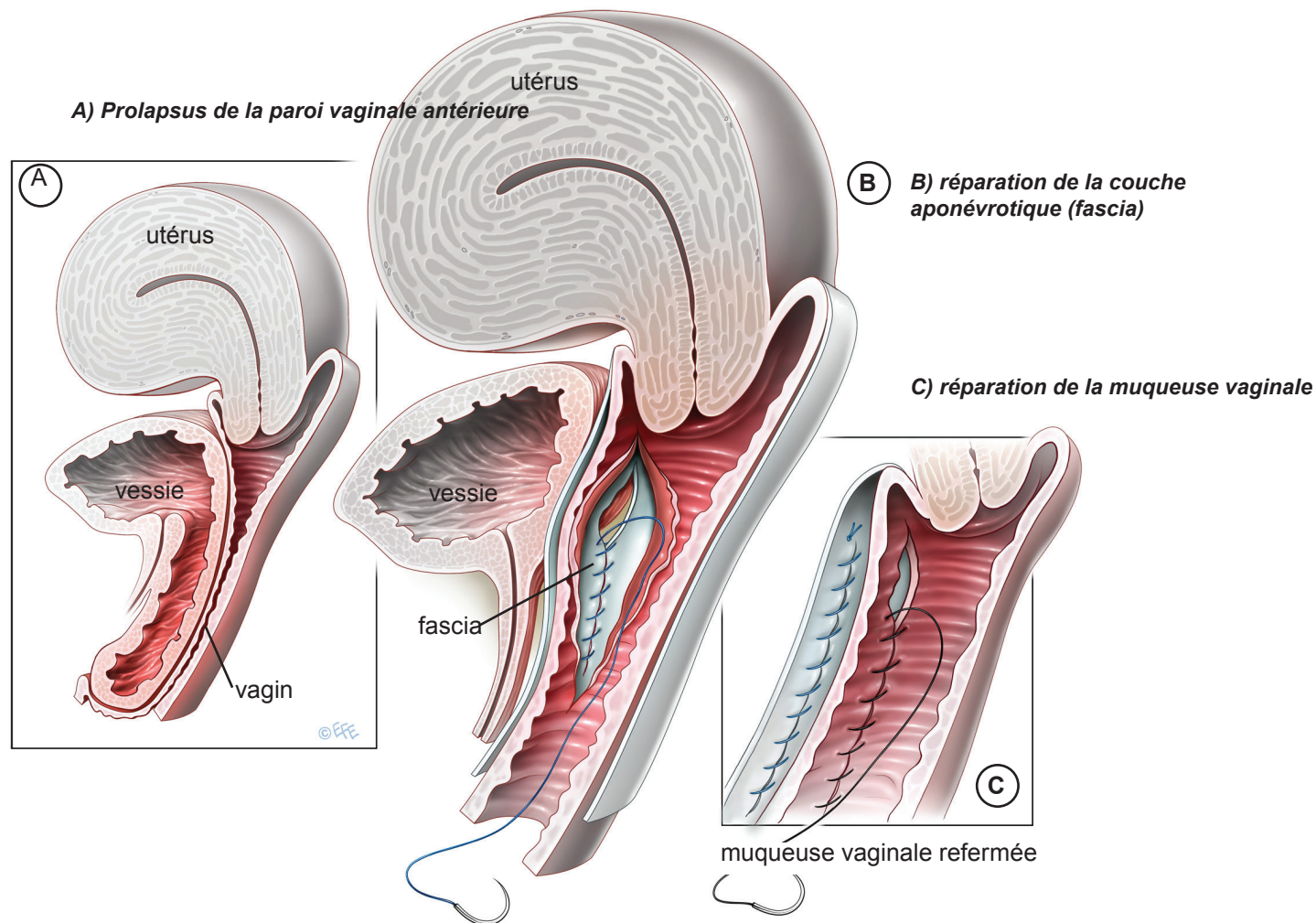
Quelles sont les chances de réussite?

Les taux de succès pour la cure vaginale antérieure se situent entre 70 % et 90 %. Il existe une probabilité que le prolapsus réapparaisse ou qu'une autre partie du vagin s'affaisse, pouvant nécessiter une autre chirurgie.

Existe-t-il des risques de complication?

Toute chirurgie comporte un faible risque de complications. Les complications générales suivantes peuvent survenir après toute chirurgie :

- Problèmes liés à l'anesthésie. Avec les équipements d'anesthésie et de surveillance modernes, les complications dues à l'anesthésie sont très rares.
- Saignement. Le saignement très abondant exigeant une transfusion sanguine est inhabituel à la suite d'une chirurgie (moins de 1 %).
- Infection postopératoire. Bien que des antibiotiques soient souvent prescrits juste avant la chirurgie et que tous les moyens soient mis en place pour maintenir la chirurgie stérile, il existe une petite probabilité de développer une infection dans le vagin ou le bassin.
- Les infections urinaires (cystites) se produisent chez environ 6 % des femmes après une chirurgie et sont plus courantes si un cathéter a été utilisé. Les symptômes comprennent des sensations de brûlure et de picotement lors de la miction, la pollakiurie (émission fréquente de petites quantités d'urine) et parfois la présence de sang dans l'urine. Généralement, la cystite se traite facilement à l'aide d'antibiotiques. Les complications suivantes sont plus spécifiquement liées à la cure vaginale antérieure.



- La constipation représente un problème postopératoire commun et votre médecin peut vous prescrire des laxatifs pour la prévenir; essayez de maintenir un régime élevé en fibres et boire beaucoup d'eau.
- Douleur lors des rapports sexuels (dyspareunie). Quelques femmes développent de la douleur et un inconfort lors des rapports sexuels même si toutes les mesures ont été prises afin d'éviter ce problème. Par contre, d'autres femmes estiment que les rapports sont plus confortables une fois leur prolapsus réparé.
- Les dommages à la vessie ou aux uretères pendant la chirurgie représentent une complication rare et peuvent être réparés pendant la chirurgie.
- Incontinence. Après une importante réparation de la paroi vaginale antérieure, certaines femmes développent de l'incontinence urinaire à l'effort due au redressement de l'urètre (canal de la vessie).
- Ce problème est généralement résolu en plaçant une fronde de soutien (bandelette) sous l'urètre (voir le dépliant sur l'incontinence urinaire à l'effort dans la section d'information pour les patients).
- Complications liées au treillis (mèche vaginale). Si un treillis est utilisé pour renforcer les tissus, il y a un risque de 5 % à 10 % d'extrusion du treillis. Cette complication requiert généralement le retrait du treillis exposé en clinique externe ou en salle d'opération. Rarement, de la douleur associée au treillis peut se développer, nécessitant le retrait d'une partie du treillis ou sa totalité.

Quand puis-je reprendre mes activités quotidiennes?

Au début de la période postopératoire, il est souhaitable d'éviter toute pression excessive sur la région de la chirurgie, comme le soulèvement d'objets, les étirements, les exercices avec intensité, la toux et la constipation. Il faut environ 3 mois pour que la région opérée guérisse adéquatement et que les tissus retrouvent leur force maximale. Vous devez donc éviter de soulever des charges de >10 kg/25 lb jusqu'à ce que 3 mois se soient écoulés depuis la chirurgie.

Un arrêt de travail de 2 à 6 semaines est habituellement recommandé; vous pouvez en discuter avec votre médecin, car tout dépend du genre de travail que vous exercez et du type de chirurgie que vous avez subie.

Dans les 3 à 4 semaines suivant la chirurgie, vous devriez pouvoir conduire votre véhicule et être assez en forme pour faire des activités légères telles que de brèves promenades. Vous devriez attendre de 5 à 6 semaines avant d'avoir des rapports sexuels. Certaines femmes sont plus à l'aise lors des rapports lorsqu'elles utilisent une gelée lubrifiante. On peut se procurer les gelées lubrifiantes dans les épiceries ou dans les pharmacies.