

# Prolapsus génitaux (descente d'organes)

**Cette pathologie se définit comme un déroulement des parois vaginales s'extériorisant plus ou moins à la vulve. Différents étages peuvent être concernés, d'avant en arrière : vessie, utérus, péritoine, rectum.**

La gêne ressentie est celle d'une sensation de boule intravaginale, plus ou moins une irritation des parois vaginales extériorisées quand le prolapsus est important.

Au vu des divers organes intéressés, les symptômes peuvent être très nombreux, à type d'urgences mictionnelles, de difficultés à uriner, de constipation terminale ...

L'examen clinique à vessie pleine est la règle. En cas de difficultés lors de l'examen, ou de discordance avec la gêne déclarée, l'urologue demande parfois une IRM dynamique du bassin.

Une incontinence urinaire à l'effort peut parfois s'associer à cette pathologie. Elle est souvent diminuée, voire totalement masquée par le prolapsus. L'urologue, lors de la consultation, vous examinera en réduisant le prolapsus pour vérifier ce phénomène.

Si votre suivi gynécologique n'est pas à jour, il vous sera demandé une consultation de ce type (sauf patientes ayant déjà eu une hystérectomie totale).

Dans certains cas, une intervention est impossible, ou non voulue par la patiente. On mettra alors en place un dispositif intravaginal, un pessaire, pour corriger le prolapsus. Ce pessaire doit être enlevé et repositionné régulièrement. Soit par la patiente elle-même, soit par un(e) infirmier(e), soit par le médecin traitant. Certains urologues demandent aux patients le port temporaire d'un pessaire pour compléter leur examen clinique, élucider certains symptômes inhabituels et vérifier en pré-opératoire le risque d'incontinence.

**Notre équipe prend en charge cette pathologie au moyen des interventions suivantes :**

**La promontofixation**, par coelioscopie, consiste à disséquer l'espace entre vessie et vagin, en avant, et entre rectum et vagin, en arrière, puis à coudre aux parois vaginales et au plancher pelvien des prothèses en polypropylène ou en polyester puis à les fixer au promontoire, c'est à dire à la face antérieure de la colonne vertébrale à sa jonction avec le sacrum.

# Prolapsus génitaux - chirurgie urologique

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/prolapsus-genital-cure-par-promontofixation-coelioscopique.html>

**Le cure de prolapsus par voie basse (voie vaginale)** : chez les patientes ne désirant pas conserver d'activité sexuelle. Dans ce cas, au CHD , nous n'utilisons pas de prothèses.

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/prolapsus-cure-par-voie-vaginale.html>

Parfois, nous réalisons cette prise en charge conjointement avec l'équipe de chirurgie digestive ou de gynécologie; notamment dans les cas de réintervention pour récurrence secondaire de prolapsus.

Dans tous les cas, il est demandé aux patientes de limiter les risques de récurrence précoce et tardives en luttant contre toute élévation des pressions abdominales :

- Suivre un traitement laxatif en post opératoire (1 mois)
- Repos sportif, mais marche autorisée (1 mois)
- Abstinence sexuelle (1 mois)
- Arrêt du tabac (limiter le risque de toux).
- Lutter par les moyens hygiéno-diététiques contre la constipation (alimentation variée, bonne hydratation, activité physique régulière)

Si une incontinence d'effort a été démasquée lors de l'examen clinique avant l'opération, l'urologue associera dans la même intervention la pose d'une bandelette sous uréthrale à la cure de prolapsus.

Incontinence après cure de prolapsus :

Malgré un examen clinique rigoureux, il est parfois impossible d'affirmer l'absence d'incontinence d'effort après cure de prolapsus. Votre urologue vous le précise à chaque fois qu'une telle intervention est programmée. Si une incontinence survient après la cure de prolapsus, et qu'il s'agit d'une incontinence d'effort, une bandelette sous uréthrale pourra être mise en place au cours d'une deuxième intervention quelques mois après la première. S'il s'agit, comme cela arrive parfois, d'une incontinence par impétuosité, des traitements médicamenteux seront donnés.

Pour en savoir plus:

Lien vers le site de l'Association Française d'Urologie (AFU) :

<http://www.urofrance.org/nc/lurologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/bandelette-tot-pour-cure-dincontinence-urinaire-deffort-chez-la-femme.html>

**Service de chirurgie urologique**  
Centre Hospitalier Départemental Vendée  
[secretariat.urologie@chd-vendee.fr](mailto:secretariat.urologie@chd-vendee.fr)

02 51 44 61 46

[www.chd-vendee.fr](http://www.chd-vendee.fr)