Colpocléisis (intervention de Lefort) — voie vaginale

01 Qu'est-ce que c'est ?

Un prolapsus, ou descente d'organes, apparaît quand les parois du vagin et les muscles du périnée ne soutiennent plus assez les organes du bassin : la vessie, l'utérus ou le rectum. Ils forment alors une hernie, une « boule », qui donne une sensation désagréable de pesanteur, de pression ou d'inconfort.

Cette fiche remise par le Dr Gatri a pour but de compléter les explications données lors de votre consultation. N'hésitez pas à la solliciter en cas de questions.

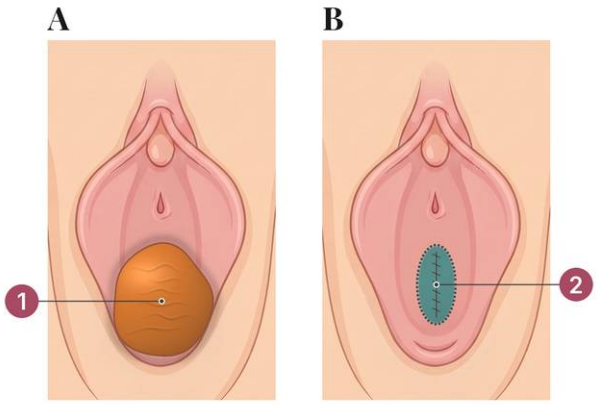


FIGURE 1 — Le colpocléisis, ou intervention de Lefort, traite le prolapsus en refermant le vagin : A, avant ; B, après (schéma, vue de face).

A — Avant : le prolapsus

1 Prolapsus : une hernie, une « boule »

B — Après : le vagin est refermé

2 Le vagin est refermé

En orange : la « boule » du prolapsus.

En bleu-vert, entourée de pointillés : la zone opérée, le vagin refermé.

Vue de face : la droite de l'image est le côté gauche de la patiente.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Le colpocléisis, ou intervention de Lefort, traite le prolapsus en refermant le vagin ; on parle aussi de cloisonnement du vagin. L'opération se fait par les voies naturelles.

Cette fiche est établie à partir de la fiche d'information du CNGOF et de la SCGP « Prolapsus traitement par voie vaginale » (2025), adaptée à la pratique du cabinet.

02 Pourquoi cette intervention ?

Le prolapsus n'est pas dangereux, et en général pas douloureux. Il peut pourtant gêner la vie quotidienne, limiter l'activité physique et affecter l'image de soi. Le but de la chirurgie est d'améliorer votre qualité de vie.

Le colpocléisis peut être proposé aux patientes âgées, pour qui l'anesthésie comporte un risque important, et qui n'ont plus d'activité sexuelle.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention se fait sous anesthésie générale ou locorégionale.

Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique ; une sonde est le plus souvent mise en place dans la vessie.

L'opération se fait par le vagin, qui est refermé. Elle n'utilise que vos propres tissus, sans implant.

Elle peut être associée à d'autres opérations selon votre cas : votre chirurgien vous expliquera ce qu'il a prévu de faire.

À la fin de l'opération, une sonde urinaire peut être laissée en place, selon les habitudes de votre chirurgien.

Au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévu peut amener le chirurgien à faire d'autres actes que ceux prévus, voire à interrompre l'opération.

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

Le résultat est le plus souvent bon à long terme, mais il ne peut pas être garanti.

Le prolapsus peut revenir : ce n'est pas exceptionnel. Le surpoids, une toux chronique, la constipation ou l'altération de la muqueuse du vagin à la ménopause y exposent, et ce risque varie d'une patiente à l'autre. Une récidive ne fait pas forcément revenir les troubles urinaires ou digestifs. Elle peut se traiter par des soins médicaux ou par une nouvelle intervention.

05 Les risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention se déroule sans complication. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie : elles vous sont expliquées lors de la consultation avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien.

Pendant l'intervention, la vessie peut être ouverte accidentellement, surtout si vous avez déjà été opérée. Cette plaie peut interrompre l'opération ; la sonde urinaire est alors gardée plus longtemps. Une plaie du rectum est exceptionnelle et se répare tout de suite. Des plaies des vaisseaux, des nerfs ou de l'appareil digestif sont exceptionnelles, et ne guérissent parfois pas.

Dans les jours qui suivent, un saignement ou un hématome est rare ; il demande exceptionnellement un traitement antibiotique, une nouvelle intervention ou une transfusion. Les douleurs sont le plus souvent modérées.

À distance de l'intervention :

- Douleurs : des douleurs qui persistent sont exceptionnelles.
- Troubles digestifs : des troubles digestifs, dont une difficulté à aller à la selle, peuvent apparaître ou s'aggraver ; un traitement adapté peut les faire disparaître. Une occlusion de l'intestin est exceptionnelle, car le ventre n'est en principe pas ouvert.
- Troubles urinaires : une infection urinaire est toujours possible et se traite par antibiotique. Des fuites d'urine à l'effort peuvent apparaître ou augmenter, et demander plus tard une rééducation ou une autre intervention. Des envies d'uriner fréquentes ou pressantes ne sont pas rares ; si vous les aviez avant l'opération, elles peuvent persister. Uriner peut aussi devenir très difficile : il faut alors remettre une sonde, ou apprendre à vous sonder vous-même plusieurs fois par jour, pendant un temps.
- Fistule : un passage anormal entre deux organes creux (urètre, vessie, uretère, vagin ou rectum) est exceptionnel, surtout chez les patientes déjà opérées plusieurs fois ; il se traite le plus souvent par chirurgie.

Comme toute intervention chirurgicale, celle-ci comporte des risques, y compris vitaux, qui ne sont pas toujours prévisibles.

06 Les alternatives

Le prolapsus n'est pas dangereux et, dans la grande majorité des cas, il n'entraîne pas de complications : l'opération a pour but d'améliorer votre qualité de vie.

D'autres techniques par voie vaginale existent ; votre chirurgien vous expliquera ce qu'il a prévu de faire.

Pour en savoir plus : les documents de la Haute Autorité de santé pour les patientes sur le prolapsus génital, « Prolapsus génital de la femme - Des solutions pour le traiter » (2022), et sur le pessaire gynécologique, « Prolapsus génital de la femme - Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ? » (2022).

07 Les contre-indications

En cas d'infection urinaire, l'intervention est reportée jusqu'à la guérison de l'infection.

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie ; arrêter de fumer six à huit semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste, ou appelez la ligne Tabac Info Service au 39 89.

08 Avant l'intervention

Des examens peuvent être demandés pour préparer au mieux votre intervention, dont une analyse d'urine.

Une consultation d'anesthésie a lieu quelques jours avant l'intervention.

Un traitement local à base d'œstrogènes ou d'acide hyaluronique, en crème ou en ovules, peut vous être prescrit avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

Des bas de contention peuvent être prescrits pour prévenir les phlébites, à porter pendant l'intervention et jusqu'à ce que vous marchiez de nouveau normalement.

09 Après l'intervention et vos consignes

- La durée d'hospitalisation est variable, d'un jour (ambulatoire) à quelques jours.
- Votre chirurgien décide quand retirer la sonde urinaire.
- Le transit intestinal reprend en général dans les 48 premières heures. Une constipation peut vous gêner quelques jours ; un laxatif peut alors vous être prescrit.
- Pendant environ six semaines, évitez les efforts, le sport, le port de charges lourdes et les bains. Évitez les efforts violents pendant les deux mois qui suivent l'intervention.
- Une consultation de contrôle avec votre chirurgien a lieu quelques semaines après l'intervention ; il vous dira alors quand reprendre toutes vos activités, en particulier sportives.
- Prévoyez une convalescence, dont la durée est adaptée au travail que vous exercez.

10 Quand consulter sans attendre

Après votre retour à domicile, si un symptôme vous inquiète, n'attendez pas la consultation de contrôle : contactez le Dr Gatri.

11 Vos questions au Dr Gatri

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.