Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure

Cure de cystocèle et de rectocèle par 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 retiennent plus assez les organes du bassin. La vessie peut bomber dans la paroi avant du vagin : c'est une cystocèle. Le rectum peut bomber dans sa paroi arrière : c'est une rectocèle.

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.

L'opération répare ces deux parois en passant 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 ?

Un prolapsus n'est pas dangereux, et en général pas douloureux. Il donne pourtant une impression de poids, de pression ou d'inconfort, et peut gêner la vie quotidienne, le sport ou la vie sexuelle. C'est cette gêne qui justifie l'opération, dont le but est d'améliorer votre qualité de vie.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention a lieu à la Clinique de la Muette, sous anesthésie générale. L'intervention dure environ 2 h 30. Vous rentrez chez vous le jour même (ambulatoire).

Vous êtes placée en position gynécologique, et une sonde est le plus souvent mise dans la vessie.

Le chirurgien ouvre la paroi du vagin, décolle la vessie ou le rectum et les replace correctement. Il resserre ensuite les tissus de soutien avec des fils résorbables. Cette réparation se fait avec vos propres tissus, sans prothèse.

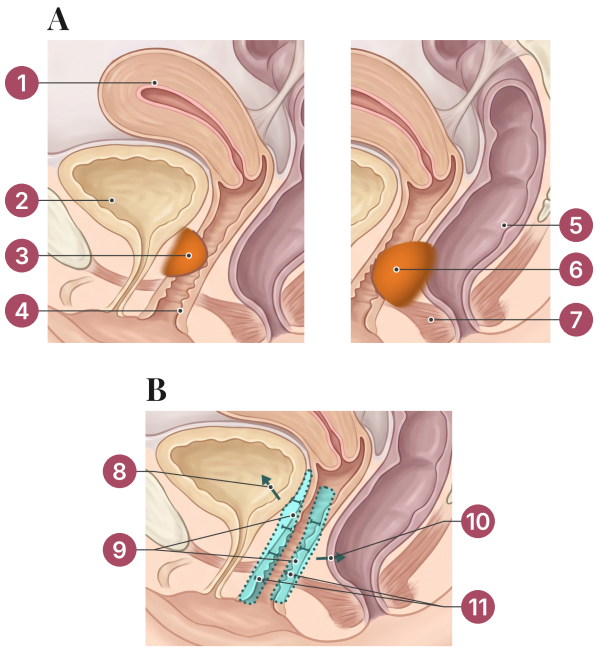
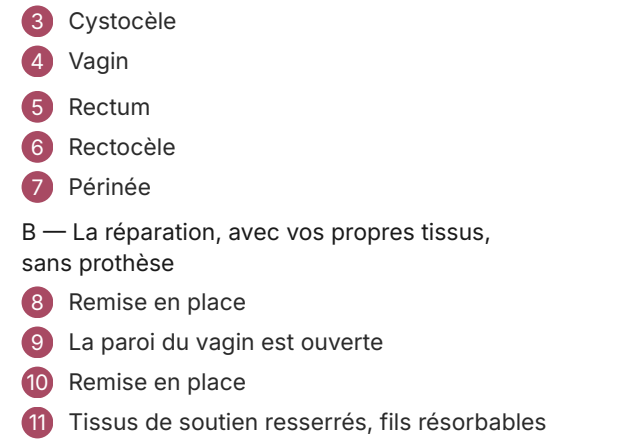


FIGURE 1 — La cystocèle, la rectocèle et leur réparation (schéma, vue de profil).

A — La descente d'organes : la cystocèle (à gauche), la rectocèle (à droite)

1 Utérus

2 Vessie



En orange : l'organe qui bombe dans la paroi du vagin.

En bleu-vert, entourée de pointillés : la zone opérée, la paroi avant et la paroi arrière du vagin.

Vue de profil : le ventre est à gauche de l'image, le dos à droite.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Une découverte ou un événement imprévu peut amener le chirurgien à faire d'autres actes que ceux prévus, voire à arrêter l'opération.

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

Le résultat est le plus souvent bon et durable, mais il ne peut pas être garanti. Le prolapsus peut revenir, ce qui n'est pas exceptionnel : le surpoids, une toux chronique, la constipation ou l'altération de la muqueuse du vagin à la ménopause y exposent. Une récidive peut se traiter sans chirurgie ou conduire à une nouvelle intervention.

05 Les risques et complications

Dans la majorité des cas, l'opération se passe sans complication.

Pendant l'intervention, la vessie peut être blessée quand le chirurgien la sépare du vagin, surtout si vous avez déjà été opérée. Cette plaie peut obliger à arrêter 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'intestin sont exceptionnelles, et ne guérissent parfois pas.

Dans les jours qui suivent, un saignement ou un hématome est rare ; il demande exceptionnellement des antibiotiques, une nouvelle intervention ou une transfusion. La douleur reste le plus souvent modérée. Une infection urinaire reste toujours possible. Des envies d'uriner fréquentes ou pressantes ne sont pas rares. Uriner peut aussi devenir très difficile : il faut alors remettre une sonde, ou apprendre à se sonder soi-même plusieurs fois par jour, pendant un temps.

À distance, des douleurs qui persistent sont exceptionnelles. 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, le ventre n'étant en principe pas ouvert. Des fuites d'urine à l'effort peuvent apparaître ou augmenter, et demander plus tard une rééducation ou une autre intervention. Une fistule, passage anormal entre deux organes creux, est exceptionnelle, surtout après plusieurs opérations ; elle se traite le plus souvent par chirurgie. L'opération améliore le plus souvent la vie sexuelle ; rarement, des douleurs ou un manque de lubrification gênent les rapports.

Comme pour toute chirurgie, il existe aussi un risque vital, qu'on ne peut pas toujours prévoir.

06 Les alternatives

Ne pas opérer reste toujours possible. La rééducation du périnée et le pessaire, un dispositif placé dans le vagin pour soutenir les organes, évitent la chirurgie. Agir sur ce qui favorise la récidive fait aussi partie de la décision.

07 Les contre-indications

Votre santé, vos antécédents ou un médicament que vous prenez peuvent accroître certains risques. Signalez donc au médecin tous vos antécédents, personnels et familiaux, et tous vos traitements.

En cas d'infection urinaire, l'opération est reportée jusqu'à la guérison. Un trouble de la coagulation ou un traitement anticoagulant non adapté sont aussi des contre-indications, de même qu'une grossesse en cours ou prévue

prochainement, car un accouchement pourrait défaire la réparation.

Si vous fumez, arrêter six à huit semaines avant l'intervention supprime le surcroît de complications dû au tabac.

08 Avant l'intervention

Des examens, dont une analyse d'urine, peuvent être demandés. Vous verrez le médecin anesthésiste en consultation quelques jours avant.

Un traitement local à base d'œstrogènes ou d'acide hyaluronique, en crème ou en ovules, peut être prescrit pour aider la cicatrisation, ainsi que des bas de contention contre les phlébites, à porter pendant l'opération et jusqu'à la reprise de la marche.

09 Après l'intervention et vos consignes

- Votre chirurgien décide quand retirer la sonde urinaire et, s'il en a laissé une, la mèche placée dans le vagin.
- Le transit reprend en général en deux jours ; une constipation de quelques jours peut justifier un laxatif, pour éviter de pousser.
- Quelques pertes vaginales sont normales pendant cette période.
- Pendant 4 à 6 semaines, pas de bain, pas de piscine et pas de rapports sexuels. Pendant environ six semaines, évitez les efforts, le sport et le port de charges lourdes. Évitez les efforts violents deux mois.
- Lors de la consultation de contrôle, 3 à 4 semaines après, votre chirurgien vous dit quand reprendre toutes vos activités.
- Prévoyez une convalescence : l'arrêt de travail, prescrit par votre médecin, a une durée adaptée au travail que vous exercez.

10 Quand consulter sans attendre

Une fois rentrée chez vous, prévenez sans tarder votre médecin en cas de difficulté importante à uriner, de fièvre, de brûlures en urinant, de pertes malodorantes, de saignement abondant, de douleurs inhabituelles, de douleur dans un mollet ou de gêne pour respirer.

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.