Cure de prolapsus par promontofixation — cœlioscopie

01 Qu'est-ce que c'est ?

Les organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum) reposent sur le plancher pelvien, un ensemble de muscles et de ligaments qui joue le rôle de hamac. On parle de prolapsus, ou « descente d'organes », lorsque ces organes ne sont plus soutenus et bombent dans le vagin, parfois au-delà de la vulve. Il peut toucher la vessie (cystocèle), l'utérus (hystérocèle) et le rectum (rectocèle), seuls ou associés.

Cette fiche complète, sans le remplacer, l'échange avec votre gynécologue : en cas de doute ou de question, revoyez-le avant l'intervention.

La promontofixation remet ces organes en place et renforce leur soutien par une prothèse synthétique (un « filet »), fixée à un ligament très solide situé en avant de la colonne vertébrale, au niveau du promontoire. Elle se fait par cœlioscopie (petites incisions sur le ventre).

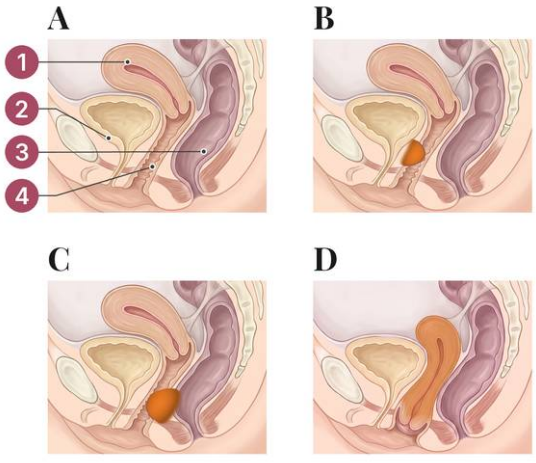


FIGURE 1 — Le prolapsus : position normale, puis descente de la vessie (cystocèle), du rectum (rectocèle) et de l'utérus (hystérocèle) (schéma, vue de profil).

A — Les organes du petit bassin reposent sur le plancher pelvien

1. Utérus
2. Vessie
3. Rectum
4. Vagin

B — La vessie bombe dans le vagin : cystocèle

C — Le rectum bombe dans le vagin : rectocèle

D — L'utérus bombe dans le vagin : hystérocèle

En orange : l'organe qui bombe dans le vagin.

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Cette fiche est établie à partir de la fiche d'information du CNGOF et de la SCGP « Prolapsus génital : traitement chirurgical par promontofixation cœlioscopique robot assistée ou pas » (2025), adaptée à la pratique du cabinet.

02 Pourquoi cette intervention ?

Le prolapsus forme une « boule » qui donne une sensation de pesanteur, de pression ou d'inconfort, peut limiter l'activité physique et peser sur la vie sexuelle, plus souvent pour des raisons psychologiques (appréhension, image de soi) que physiques.

Le prolapsus n'est pas une maladie : il n'est ni dangereux ni douloureux, et sans complication dans la grande majorité des cas. S'il s'aggrave jusqu'à sortir du vagin, il peut bloquer la vidange de la vessie, dilater les reins avec insuffisance rénale, ou ulcérer le vagin et le col de l'utérus.

L'intervention vous est proposée lorsque les symptômes deviennent gênants ou altèrent votre qualité de vie, ou en cas de complication. Elle n'est jamais urgente et peut être planifiée tranquillement.

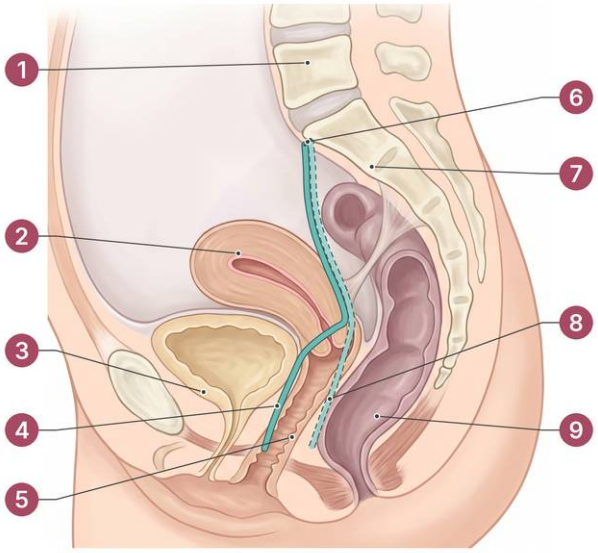


FIGURE 2 — La promontofixation : la ou les prothèses fixées en avant du sacrum, au niveau du promontoire (schéma, vue de profil).

1. Colonne vertébrale
2. Utérus
3. Vessie
4. Prothèse avant : entre la vessie et la paroi avant du vagin
5. Vagin
6. Fixation au ligament en avant du sacrum, au niveau du promontoire
7. Sacrum
8. Prothèse arrière (possible) : entre le rectum et la paroi arrière du vagin
9. Rectum

En bleu-vert : les prothèses (« filets »). En tirets : la deuxième prothèse, qui peut être ajoutée.

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention se fait sous anesthésie générale, par cœlioscopie, avec ou sans assistance robotique, par 3 ou 4 petites incisions sur le ventre. Vous êtes installée à plat sur le dos ; une sonde urinaire est posée au début de l'intervention.

- Une prothèse est fixée entre la vessie et la paroi avant du vagin.
- Une deuxième prothèse peut être fixée entre le rectum et la paroi arrière du vagin, et parfois au rectum lui-même (rectopexie).
- La ou les prothèses sont ensuite fixées au ligament situé en avant du sacrum.

En cas de difficulté ou de complication, il peut être nécessaire d'ouvrir le ventre. Un toucher rectal peut être fait pendant l'intervention pour vérifier que le rectum n'a pas été blessé.

L'intervention dure environ 3 heures.

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, jusqu'à 15 à 20 % des cas à long terme. Plusieurs facteurs y contribuent (vieillissement, surpoids, toux chronique, fragilité de la muqueuse du vagin après la ménopause, constipation) et le risque varie d'une patiente à l'autre. Une récidive ne fait pas forcément revenir les symptômes ; elle peut être traitée médicalement ou par une nouvelle intervention.

Une fois les organes remis en place, des fuites urinaires à l'effort masquées par le prolapsus peuvent apparaître, dans environ 10 % des cas ; leur prise en charge est discutée à la consultation après l'intervention.

05 Les risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention se déroule sans complication. L'anesthésie a ses propres risques, expliqués par le médecin anesthésiste. Comme toute chirurgie, elle expose à une infection, à un saignement avec hématome et parfois transfusion, à une phlébite ou une embolie pulmonaire, à une allergie.

Pendant l'intervention, peuvent survenir une ouverture accidentelle de la vessie (plus fréquente si vous avez déjà été opérée ; elle peut

interrompre l'intervention, et la sonde urinaire est alors gardée plus longtemps), du rectum (exceptionnelle, réparée immédiatement) ou du vagin (plus fréquente si l'utérus a déjà été retiré ; il est refermé par des fils résorbables), une plaie de l'uretère (réparée avec une sonde interne temporaire) ou d'un vaisseau sanguin (qui peut obliger à ouvrir le ventre). Ces plaies peuvent empêcher la pose de la prothèse.

Dans les suites :

- Les douleurs sont le plus souvent modérées. Des douleurs dans les fesses régressent le plus souvent d'elles-mêmes en deux semaines ; des douleurs persistantes sont exceptionnelles.
- Des fuites urinaires à l'effort peuvent apparaître et demander plus tard une intervention complémentaire. Des envies fréquentes ou pressantes d'uriner ne sont pas rares et peuvent persister si elles existaient avant. Des difficultés importantes pour uriner peuvent obliger à reposer une sonde ou à vous apprendre à vous sonder vous-même, temporairement. Une infection urinaire est possible et se traite par antibiotiques.
- Des troubles digestifs peuvent apparaître ou s'aggraver et céder à un traitement. Un blocage de l'intestin (occlusion) par des adhérences est rare ; il demande souvent une nouvelle intervention.
- Une hémorragie ou un hématome est rare et nécessite exceptionnellement une nouvelle intervention ou une transfusion.
- L'intervention améliore le plus souvent la vie sexuelle ; rarement, des douleurs ou un manque de lubrification gênent les rapports, et un traitement peut être prescrit.
- Une fistule (communication anormale entre deux organes creux) est exceptionnelle, surtout après plusieurs opérations ; son traitement est le plus souvent chirurgical.
- La prothèse peut apparaître à travers la paroi du vagin, parfois des années après la pose : souvent sans symptôme, elle peut causer des pertes sales, des saignements ou une infection, et demander une intervention pour la retirer en partie ou en totalité. Exceptionnellement, elle migre vers la vessie ou le rectum et doit être retirée.
- Une infection de la fixation sur la colonne vertébrale (spondylodiscite) est rare ; elle impose le retrait de la prothèse et un traitement antibiotique prolongé.

06 Les alternatives

- Ne rien faire : possible pour un prolapsus minime, sans symptôme ou sans complication ; il ne s'améliore toutefois pas de lui-même.
- La rééducation : efficace seulement pour les prolapsus peu importants.
- Le pessaire : c'est l'alternative à la chirurgie. Placé dans le vagin, il retient le prolapsus, de façon temporaire ou permanente ; il ne le guérit pas mais soulage les symptômes.

07 Les contre-indications

En cas d'infection urinaire, l'intervention est reportée jusqu'à ce que les urines soient redevenues stériles.

Fumer multiplie par 3 le risque d'infection et par 5 les difficultés de cicatrisation. Arrêter 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue nettement ces risques ; ne reprenez pas pendant la convalescence. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste, ou appelez Tabac-Info-Service au 3989.

08 Avant l'intervention

Des examens complémentaires peuvent être utiles pour planifier l'intervention ; une analyse d'urine peut être demandée.

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

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

09 Après l'intervention et vos consignes

La sonde urinaire est le plus souvent retirée avant votre réveil, sinon au moment fixé par votre chirurgien ; ensuite, quelques fuites urinaires, surtout à l'effort, sont possibles et le plus souvent temporaires.

Les gaz reviennent habituellement dans les 48 heures. Évitez absolument de pousser pour aller à la selle : une alimentation variée, riche en fruits et légumes, et une bonne hydratation suffisent en général ; un traitement du transit peut être prescrit. Plusieurs jours sans selle ne sont pas inquiétants.

Quelques pertes vaginales ou petits saignements sont normaux pendant la cicatrisation. Un peu de sang dans les urines est possible quelques jours : buvez abondamment et urinez régulièrement.

Vous restez hospitalisée 2 jours.

Sous la douche, lavez les cicatrices au savon habituel et séchez-les en tamponnant. Les fils résorbables ou la colle partent seuls en 2 à 6 semaines ; les fils non résorbables ou agrafes sont retirés par une infirmière à domicile, sur prescription.

Les premières semaines, pas d'efforts, de sport ni de charges lourdes. Pendant quatre semaines, pas de rapports sexuels avec pénétration, et pendant environ six semaines, pas de tampons ni de bains. Évitez les efforts violents pendant deux mois. Un arrêt de travail adapté à votre activité peut vous être prescrit.

Une consultation de contrôle a lieu 3 à 4 semaines après l'intervention ; votre chirurgien vous dit alors quand reprendre toutes vos activités, en particulier sportives et sexuelles.

10 Quand consulter sans attendre

- Absence de gaz, nausées ou vomissements : consultez en urgence.
- Fièvre inexpliquée, douleur importante ou persistante : contactez votre médecin.
- Difficultés à uriner qui s'aggravent (besoin de pousser, urines au goutte-à-goutte), brûlures qui persistent ou urines troubles, sang dans les urines qui persiste ou augmente : demandez un avis médical.
- Cicatrice rouge, chaude ou gonflée : montrez-la à votre chirurgien, sans urgence.

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.