Sacrospinofixation — voie vaginale

01 Qu'est-ce que c'est ?

C'est une intervention de chirurgie du prolapsus (descente d'organes), réalisée par les voies naturelles, c'est-à-dire par le vagin.

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.

Le prolapsus est dû à une faiblesse des parois du vagin et du soutien musculaire du périnée. Les organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum) descendent et forment une hernie, une « boule », qui donne souvent une sensation désagréable de pesanteur, de pression ou d'inconfort. Quand l'utérus descend au-delà du vagin, on parle d'hystéroptose ; après une ablation de l'utérus, c'est le fond du vagin qui peut descendre.

Sacrospinofixation selon Richter : le fond du vagin est suspendu par des fils à un ligament profond du bassin, le ligament sacro-épineux.

Cette technique n'utilise que vos propres tissus, sans implant de corps étranger.

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 peut gêner la vie quotidienne, limiter l'activité physique ou la pratique de certains sports, et affecter la vie sexuelle ou l'image de soi.

Le but de l'intervention est d'améliorer les symptômes que vous ressentez et votre qualité de vie : les organes descendus sont remis en place et leurs moyens de soutien sont renforcés.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention a lieu sous anesthésie générale ou locorégionale.

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

Le chirurgien passe par le vagin. Les organes sont libérés pour être remis en bonne position. Le fond du vagin est suspendu par des fils au ligament sacro-épineux.

Selon votre situation, d'autres opérations peuvent être associées au cours de la même intervention. Votre chirurgien vous expliquera ce qu'il a prévu de faire.

À la fin de l'intervention, une mèche dans le vagin et la sonde dans la vessie peuvent être laissées en place, selon les habitudes du chirurgien.

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

Le résultat, sur la position des organes comme sur les symptômes, est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant pas être garanti.

Le prolapsus peut revenir : cette récidive n'est pas exceptionnelle. Elle est liée à de nombreux facteurs (surpoids, toux chronique, fragilité de la muqueuse du vagin à la ménopause, constipation…) et son risque varie d'une patiente à l'autre. Une récidive ne s'accompagne pas toujours du retour des symptômes urinaires, sexuels ou digestifs ; elle peut donner lieu à une prise en charge médicale ou à une nouvelle intervention.

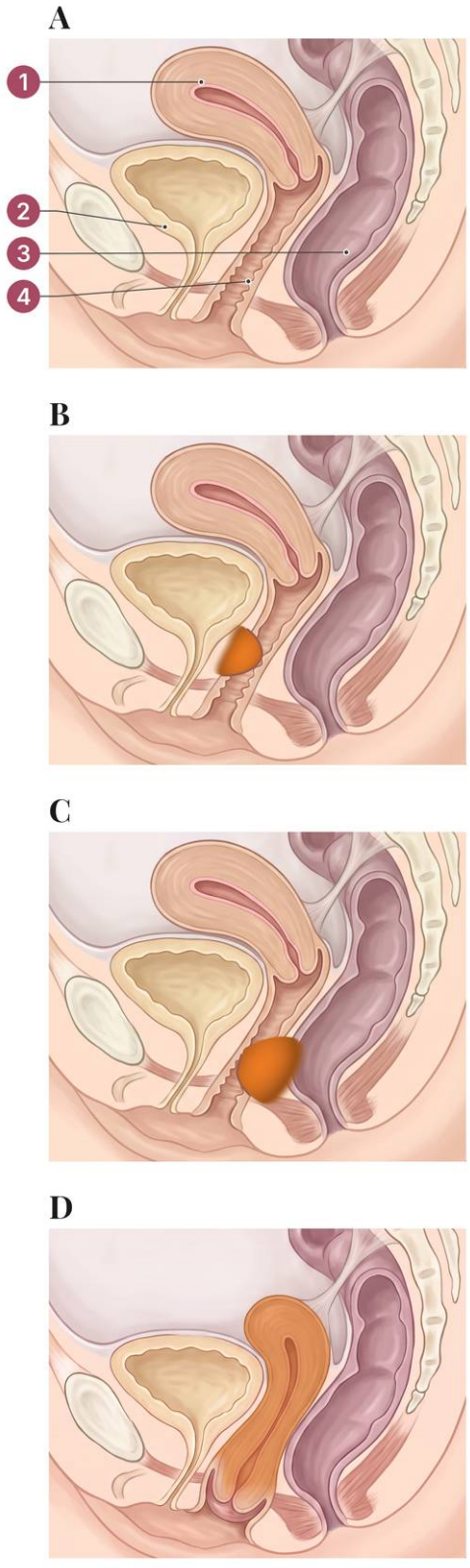


FIGURE 1 — Les organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum) descendent et forment une hernie, une « boule » (schéma, vue de profil).

A — Les organes du petit bassin : vessie, utérus, rectum

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

B — La hernie est entre la vessie et le vagin : cystocèle

C — La hernie est entre le rectum et le vagin : rectocèle

D — L'utérus descend

En orange : l'organe qui descend et forme la hernie (la « boule »).

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

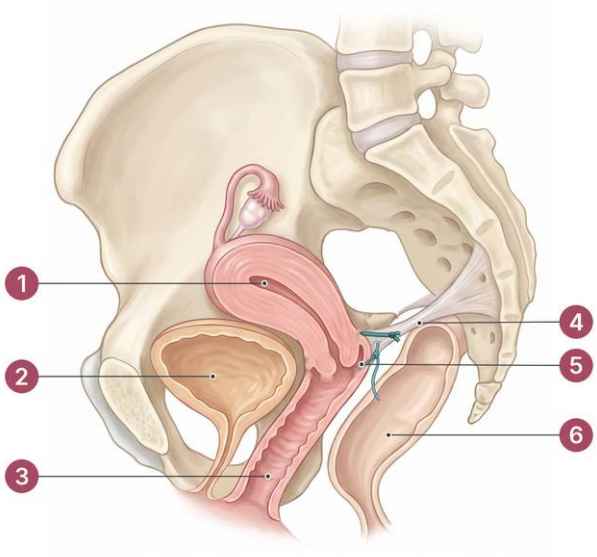


FIGURE 2 — Sacrospinofixation selon Richter : le fond du vagin est suspendu par des fils à un ligament profond du bassin, le ligament sacro-épineux (schéma, vue de l'intérieur du bassin).

1. Utérus
2. Vessie
3. Vagin
4. Ligament sacro-épineux
5. Fond du vagin
6. Rectum

En bleu-vert : les fils qui suspendent le fond du vagin au ligament sacro-épineux.

Vue de l'intérieur du bassin, coupé en deux par le milieu : le ventre est à gauche de l'image, le dos à droite.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

05 Les risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention se déroule sans complication. Les complications directement liées à l'intervention sont rares, mais possibles. Celles qui tiennent à votre état général et à l'anesthésie vous sont expliquées lors de la consultation avec l'anesthésiste ou le chirurgien.

Pendant l'intervention :

- une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir ; elle est plus fréquente si vous avez déjà été opérée. Elle peut interrompre l'intervention, et la sonde urinaire peut alors être gardée plus longtemps ;
- une ouverture accidentelle du rectum est exceptionnelle ; elle est réparée immédiatement.

Dans les jours qui suivent :

- un saignement ou un hématome est rare ; il nécessite exceptionnellement un traitement antibiotique, une nouvelle intervention ou une transfusion ;
- les douleurs sont le plus souvent modérées.

À distance :

- des douleurs persistantes sont exceptionnelles ;
- des troubles digestifs ou des difficultés pour aller à la selle peuvent apparaître ou s'aggraver ; ils peuvent disparaître avec un traitement adapté. Une occlusion intestinale est exceptionnelle, car le ventre n'est en principe pas ouvert ;
- une infection urinaire est toujours possible et se traite par antibiotiques. Une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître ou s'aggraver et nécessiter plus tard une rééducation ou une autre intervention. Des envies fréquentes ou pressantes d'uriner ne sont pas rares, et peuvent persister si elles existaient avant. Des difficultés importantes pour uriner peuvent aussi survenir : il faut alors reposer une sonde dans la vessie, ou vous apprendre à vous sonder vous-même plusieurs fois par jour, pour un temps ;
- l'intervention permet le plus souvent d'améliorer la vie sexuelle ; rarement, les rapports peuvent être gênés par des douleurs ou une sécheresse du vagin, qu'un traitement peut améliorer ;
- une fistule, communication anormale entre deux organes (urètre, vessie, uretère, vagin ou rectum), est exceptionnelle, surtout chez les patientes opérées plusieurs fois ; son traitement est le plus souvent chirurgical.

Comme toute chirurgie, cette intervention comporte des risques, y compris vitaux, liés à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines complications, exceptionnelles (plaies des vaisseaux, des nerfs ou de l'intestin), peuvent parfois laisser des séquelles. Le chirurgien peut aussi découvrir pendant l'intervention une situation imprévue qui l'amène à modifier ou compléter l'opération, voire à interrompre ce qui était prévu.

06 Les alternatives

Le prolapsus n'est pas dangereux et, en général, il n'est pas douloureux ; dans la grande majorité des cas, il n'entraîne pas de complications. Le but de la chirurgie est d'améliorer votre qualité de vie.

Plusieurs techniques existent et peuvent être associées selon votre cas. La décision se prend avec votre chirurgien.

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 6 à 8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

08 Avant l'intervention

Des examens complémentaires peuvent être utiles pour bien préparer l'intervention.

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

Une analyse d'urine peut être nécessaire.

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

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, au chirurgien et à l'anesthésiste, ou appelez la ligne Tabac Info Service au 39 89.

09 Après l'intervention et vos consignes

La durée d'hospitalisation est variable, d'un jour (ambulatoire) à quelques jours.

Le moment du retrait de la sonde urinaire et de la mèche est fixé par votre chirurgien.

Le transit reprend en général dans les 48 premières heures. Une constipation peut vous gêner quelques jours, et durer plus longtemps si vous y êtes sujette ; un laxatif peut alors vous être prescrit.

Quelques pertes vaginales peuvent survenir pendant cette période : elles sont normales.

Une convalescence est à prévoir ; sa durée est adaptée à votre travail.

Pendant environ six semaines, abstenez-vous de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration. Évitez les efforts violents pendant les deux mois qui suivent l'intervention.

Une consultation de contrôle a lieu quelques semaines après l'intervention. C'est à cette consultation que se décide la reprise de toutes vos activités, en particulier sportives.

10 Quand consulter sans attendre

Après votre retour à domicile, si un symptôme vous inquiète, n'hésitez pas à solliciter le Dr Gatri sans attendre la consultation de contrôle.

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.