

SYNTHESE

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Validée par le Collège le 16 mars 2023

L'essentiel

- ➔ Utilisation des implants de renforts prothétiques par les établissements de santé :
 - Uniquement ceux inscrits sur la liste intra GHS (liste des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation) ;
 - Actuellement aucune prothèse synthétique pour prolapsus posée par voie basse et aucune mini bandelettes pour IUE ne sont inscrites sur la liste intra GHS (utilisation impossible, en dehors du cadre de la recherche clinique).
- ➔ Consultations de suivi post chirurgie :
 - Dans le mois suivant l'implantation afin d'évaluer les retours des patientes sur leur qualité de vie et les éventuels évènements indésirables ressentis ;
 - Un an après l'intervention chirurgicale afin d'assurer la prise en charge des éventuelles complications tardives.
- ➔ Encadrement de la pratique, en cas de complications graves post-implantation de prothèse :
 - Prise de décision après concertation pluridisciplinaire et décision partagée avec la patiente ;
 - Si réintervention chirurgicale : dans un centre ayant un plateau technique de chirurgie multidisciplinaire et par des chirurgiens formés à cette chirurgie.

Evaluation initiale en cas de suspicion de complications liées à une chirurgie avec prothèse

Tableau clinique

Symptômes évocateurs

- Symptômes principalement urinaires, digestifs, sexuels ;
- Douleurs pelvi-périnéales, lombaires vaginales, mictionnelles, à la défécation... ;
- Symptômes infectieux : fièvre, syndrome inflammatoire.

Anamnèse

- Comptes rendus des interventions (chirurgicales et non chirurgicales) lors de la prise en charge initiale et en cas d'interventions de reprise ;
- Document de traçabilité du dispositif implanté remis à la patiente à l'issue de l'intervention ;
- Recherche de facteurs aggravants (/ex : diabète, immunodépression, radiothérapie, tabac...

Examens par le spécialiste

Examen physique

- Examen abdomino-pelvien (globe vésical, douleur/défense/contracture) ;
- Toucher vaginal (exposition prothétique, rétraction prothétique, points douloureux...) ;
- Examen au speculum (exposition prothétique, orifice fistuleux) ;
- Toucher rectal (exposition prothétique, fistule, points douloureux) ;
- Recherche de points douloureux musculaires ou sur le trajet des nerfs pelvi périnéaux.

Examens complémentaires à adapter à la symptomatologie

- Urétrocystoscopie ;
- Echographie introitale ou périnéale ;
- IRM/TDM ;
- Explorations urodynamiques ;
- Examen sous anesthésie générale ;
- Urétrocystographie ascendante et mictionnelle ;
- Rectoscopie ;
- Manométrie Anorectale.

Questionnaires de symptômes, de qualité de vie et de la douleur : Évaluation initiale et lors du suivi

Prise en charge par le spécialiste

Informations à transmettre à la patiente

- Pour une décision partagée après un délai de réflexion suffisant :
- Possibilités thérapeutiques (chirurgicale et non chirurgicale) ;
 - Risques liés à une réintervention avec ablation du matériel prothétique :
 - Ablation complète de la prothèse parfois impossible,
 - Risques de complications liées au geste chirurgical (plaies viscérales, séquelles fonctionnelles),
 - Persistance des symptômes liés à la prothèse,
 - Récidive des symptômes de l'incontinence urinaire ou du prolapsus génital.
 - Conclusions de la concertation pluridisciplinaire.

Prise de décision en concertation pluridisciplinaire

- Equipe pluridisciplinaire : au minimum un urologue et un gynécologue-obstétricien, et si besoin un :
 - Médecin de physique et réadaptation (MPR), spécialisé en rééducation périnéale,
 - Algologue,
 - Masseuse kinésithérapeute spécialiste de la réadaptation des troubles de la statique pelvienne,
 - Radiologue,
 - En cas de troubles recto-anaux invalidants : un gastro-entérologue ou un chirurgien viscéral et digestif.
- Transmettre les conclusions de la concertation pluridisciplinaire au médecin traitant.

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort

Complications per-opératoires

Plaie vésicale	<ul style="list-style-type: none">– Suspecter une plaie de vessie en cas : d'écoulement de liquide par les points de pénétration de l'alène ou le long des gaines plastiques de protection de la bandelette et/ou en cas d'hématurie.– Repositionner la BSU en cas de perforation vésicale isolée ou de trajet intra-mural de la BSU.
Plaie urétrale	<ul style="list-style-type: none">– Renoncer à la pose de la BSU en cas de plaie urétrale per-opératoire.
Plaie vaginale	<ul style="list-style-type: none">– Lors d'une voie trans obturatrice de dehors en dedans : Effectuer une dissection vaginale au-delà des culs de sac vaginaux latéraux pour guider le passage de l'alène.– En fin d'intervention chirurgicale : Vérifier la suture vaginale et l'absence d'effraction vaginale notamment dans les culs de sac vaginaux (en cas de BSU posée par voie TO).
Plaie digestive	<ul style="list-style-type: none">– Après pose d'une BSU par voie RP, en présence de symptômes digestifs : Réaliser un scanner abdomino-pelvien.– Prise en charge rapide et spécifique avec ablation du matériel prothétique, si besoin en collaboration avec un chirurgien digestif.
Plaie vasculaire (gros vaisseaux)	<ul style="list-style-type: none">– En cas de saignement vaginal abondant : tamponnement vaginal, remplissage vésical associé si nécessaire pour comprimer l'hémorragie.– En cas de saignement actif : embolisation ou reprise chirurgicale.

Complications post-opératoires précoces

Hématome, hémorragie post opératoires	<ul style="list-style-type: none">– En cas d'hématome post opératoire : compression manuelle sus pubienne et/ou mise en place de mèche intra-vaginale et/ou remplissage vésical).– En cas de suspicion de saignement actif : confirmer par imagerie puis embolisation ou chirurgie.– En cas d'hémodynamique instable : reprise chirurgicale urgente.– En cas d'hématome compressif : drainage par voie chirurgicale ou par voie percutanée.
Troubles de vidange aigus post opératoires	<ul style="list-style-type: none">– Evaluer la reprise mictionnelle : systématiquement après pose de BSU.– Pas de traitement médicamenteux, ni dilatation urétrale, ni abaissement de bandelette par voie urétrale.– Si pas de trouble de vidange vésicale pré-opératoire, détendre chirurgicalement la BSU dans un délai court (inférieur à 7 jours) et par abord direct.– En cas d'hypo contractilité vésicale pré opératoire : préférer les auto-sondages.
Douleurs post opératoires	<ul style="list-style-type: none">– En cas de douleurs aiguës intenses en post-opératoire immédiat : discuter l'ablation de la bandelette.
Infection post-opératoire	<ul style="list-style-type: none">– En cas de signes d'infection de la BSU, (cellulite, abcès au contact, ...) : outre le traitement spécifique (antibiothérapie, drainage, ...) explantation de la prothèse la plus complète possible.

Complications tardives

Dysurie tardive	<ul style="list-style-type: none">– Souvent paucisymptomatique, à évoquer si :<ul style="list-style-type: none">• Difficulté de vidange avec un jet urinaire modifié ;• Nécessité d'adaptation posturale associée à des résidus post mictionnels importants ;• Infections urinaires à répétition, hyperactivité vésicale, fuites par regorgement.– En cas d'obstruction chronique symptomatique :<ul style="list-style-type: none">• Pas de traitements médicamenteux ;• Pas de manœuvres d'abaissement urétral de la bandelette à l'aide de bougies urétrales ;
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise chirurgicale (section latérale de bandelette sous urétrale ou ablation de la portion sous urétrale de la bandelette) ; • Auto-sondages intermittents si hypo contractilité vésicale préopératoire.
Hyperactivité vésicale	<ul style="list-style-type: none"> – Un IMC > 25, une chirurgie d'incontinence et/ou de prolapsus antérieur semblent représenter un facteur de risque d'HAV de novo post-BSU. – Rechercher une infection urinaire, une exposition prothétique, une obstruction et les traiter le cas échéant. – En l'absence de cause, prendre en charge comme une hyperactivité vésicale idiopathique : <ul style="list-style-type: none"> • Mesures hygiéno-diététiques et rééducation périnéale ; • Traitements médicamenteux ; • Neurostimulation tibiale ; • Si HAV réfractaire : Traitements de seconde ligne (toxine botulique, neuromodulation sacrée,).
Douleurs chroniques post opératoire	<ul style="list-style-type: none"> – Plus fréquentes avec les BSU posées par voie TO avec en particulier des douleurs inguinales et de la racine de la cuisse. – En première intention : traitements conservateurs non chirurgicaux. – En cas d'inefficacité : ablation de la BSU (retrait partiel ou complet à adapter au cas par cas après discussion en réunion pluridisciplinaire).
Dyspareunie	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher une exposition de la BSU ou une zone gâchette sur le trajet de la bandelette sous urétrale à l'examen vaginal. – En cas d'exposition : retrait de la BSU (pas systématiquement en totalité, si possible que la zone gâchette). – En l'absence d'exposition : traitements médicaux non invasifs, infiltration test d'anesthésiques locaux, au niveau de la zone douloureuse et si inefficace retrait partiel ou total de la BSU et comparer avec les éléments recueillis en pré opératoire.
Exposition vaginale	<ul style="list-style-type: none"> – Survient parfois très à distance, de la chirurgie initiale. – À rechercher devant : saignements ou pertes vaginales, dyspareunie, hispareunie, douleurs pelviennes, sensation de corps étranger vaginal. – Si exposition vaginale de petite taille asymptomatique (<1cm) : possibilité d'application intravaginale d'œstrogènes locaux. – Dans les autres cas : exérèse chirurgicale de l'élément prothétique exposé puis suture vaginale.
Exposition vésicale	<ul style="list-style-type: none"> – À rechercher en cas de troubles de novo : douleurs vésicales, parfois douleurs urétrales ou vaginales, signes d'hyperactivité vésicale, infections urinaires récidivantes, hématurie. – À confirmer par une cystoscopie. – Retrait au minimum de la partie de bandelette exposée dans la vessie.
Exposition urétrale	<ul style="list-style-type: none"> – À rechercher en cas de troubles de novo : douleurs à la miction, douleurs urétrales ou vaginales, douleurs vésicales, dysurie, signes d'hyperactivité vésicale, infections urinaires récidivantes, une hématurie ou une urétrorragie. – À confirmer par une cystoscopie. – Retrait au minimum de la partie de bandelette exposée dans l'urètre.

Complications de la chirurgie avec prothèse du prolapsus génital

Complications per-opératoires

Plaie vésicale

- Test d'étanchéité vésicale en peropératoire, en cas de signes évocateurs :
 - Hématurie macroscopique ;
 - Présence d'air dans le collecteur d'urine (en cas de coelioscopie) ;
 - Ecoulement vaginal.
- En cas de plaie au niveau du dôme : suture simple au fil à résorption lente.
- En cas de plaie dans la région du trigone : vérifier l'intégrité des uretères avant et après suture vésicale.
- Pas de contre-indication à la pose de la prothèse antérieure si réparation vésicale satisfaisante.

Lésion urétérale

- Réparation urétérale par :
 - Suture sur endoprothèse urétérale ;
 - Résection anastomose ;
 - Réimplantation urétéro vésicale.
- Pas de contre-indication à la pose des prothèses si située à distance de la réparation urétérale.

Plaie rectale

- Dérivation digestive non systématique.
- Suturer transversalement la plaie rectale avec du fil à résorption lente sans tension et sans rétrécir le rectum.
- Contre-indication à la pose de la prothèse pré-rectale.
- Pas de contre-indication à la pose d'une prothèse antérieure inter vésicovaginale en polypropylène monofilament macroporeux si réparation rectale satisfaisante.

Plaie vaginale

- Suturer la plaie vaginale.
- Pas de contre-indication à la pose d'une prothèse antérieure en polypropylène monofilament macroporeux si réparation vaginale satisfaisante.

Infection

- En préventif, prescrire une antibioprophylaxie en préopératoire.
- En cas infection abdomino-pelvienne (infection génitale, sigmoïdite ..) : reporter la pose de prothèse.

Péritonisation

- En cas de chirurgie prothétique par voie abdominale : Réaliser une péritonisation afin d'éviter le risque d'occlusion intestinale.

Complications post-opératoires précoces (< 1 mois)

Hématome, hémorragie

- A évoquer en cas de :
 - Plaintes fonctionnelles (douleurs abdominales, sensation de pesanteur pelvienne, symptômes urinaires (pollakiurie, rétention) ou digestifs (ténésme, constipation), asthénie, tachycardie fièvre) ;
 - Signes à l'examen clinique (bombement des faces antérieure ou postérieure du vagin, douleur au toucher vaginal, ouverture vaginale sur prothèse ou écoulement de sang par voie vaginale).
- A confirmer par :
 - Examens complémentaires : NFS, échographie abdomino-pelvienne ou scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste.
- En cas d'hématome post opératoire : compression manuelle sus pubienne et/ou mise en place de mèche intra-vaginale et/ou remplissage vésical).
- En cas de saignement actif : embolisation ou reprise chirurgicale.
- En cas d'hémodynamique instable : reprise chirurgicale urgente.
- En cas d'hématome compressif : drainage par voie chirurgicale ou par voie percutanée.

Rétention aigue d'urines

- Vérifier la vidange vésicale en post opératoire : interrogatoire ciblé et mesure du RPM.

	Procéder à un drainage de la vessie en préférant les sondages intermittents, éventuellement un sondage à demeure de courte durée.
Douleurs aiguës	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer un traitement multimodal¹ de la douleur en pré, per et post-opératoires pour diminuer les douleurs post-opératoires précoces. – En post sacrospinofixation, en cas de douleurs à type de sciatgie ou pudendalgie, résistante aux antalgiques : reprise chirurgicale en urgence pour lever le fil d'amarrage.
Complications tardives	
Douleurs chroniques post-opératoires	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher systématiquement un point « gâchette » sur la zone prothétique et/ou une exposition prothétique. – Rechercher systématiquement une douleur neuropathique (questionnaire DN4) et un état de sensibilisation à la douleur (score de Convergences PP). – Rechercher des syndromes myofasciaux : examen des muscles pelvi-trochantériens et élévateurs de l'anus. – Débuter par des traitements médicaux non invasifs. – Réaliser le retrait complet ou partiel de la prothèse si point gâchette sur le trajet prothétique/exposition prothétique ou persistance de la douleur malgré les traitements non invasifs. – En préventif : limiter la prescription d'opioïdes en post opératoire immédiat.
Dyspareunies/Troubles sexuels	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher un point « gâchette » sur la zone prothétique et/ou une exposition prothétique. – Comparer avec les éléments recueillis en pré opératoire" (en l'absence d'un point « gâchette » sur la zone prothétique) avant d'envisager une ablation. – Débuter par des traitements médicaux non invasifs. – Réaliser le retrait complet ou partiel de la prothèse, en cas d'exposition vaginale ou en cas d'inefficacité des traitements non invasifs.
Exposition prothétique vaginale	<ul style="list-style-type: none"> – À rechercher en cas de : saignement ou écoulement vaginal anormal, douleurs vaginales spontanées ou provoquées par les rapports sexuels (dyspareunie) et douleurs perçues rapportées par le partenaire sexuel (hispareunie). – Si exposition d'une prothèse en polypropylène, monofilament macroporeuse, une exérèse de la partie exposée de la prothèse est à réaliser. Toutefois, en cas d'exposition prothétique asymptomatique et de moins de 1 cm², une surveillance et des œstrogènes locaux peuvent être proposés. – Si surinfection de la partie exposée : exérèse de la prothèse la plus complète possible. – En cas de récurrence d'exposition prothétique, prise en charge par une équipe spécialisée.
Exposition prothétique vésicale	<ul style="list-style-type: none"> – À rechercher en cas de troubles de novo : douleurs vésicales, parfois douleurs urétrales ou vaginales, signes d'hyperactivité vésicale, infections urinaires récurrentes, hématurie. – À confirmer par une cystoscopie. – Retrait au minimum de la partie de bandelette exposée dans la vessie.
Infection prothétique	<ul style="list-style-type: none"> – En cas d'abcès pelvien après promontofixation : réaliser une exécutation la plus complète possible du matériel prothétique infecté. – En cas de spondylodiscite après promontofixation : discussion multidisciplinaire pour le retrait de la prothèse.
Hyperactivité vésicale (HAV)	<ul style="list-style-type: none"> – Rechercher une infection urinaire, une exposition prothétique, ou une obstruction et les traiter le cas échéant. – En l'absence de cause, prendre en charge comme une hyperactivité vésicale idiopathique : <ul style="list-style-type: none"> • Mesures hygiéno-diététiques et rééducation périnéale ;

¹ célécoxib pré et postopératoire, gabapentine, acétaminophène intraveineux et oral per et postopératoire et de l'ibuprofène, et des opiacés au besoin),

	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements médicamenteux ; • Neurostimulation tibiale. • Si HAV réfractaire : Traitements de seconde ligne (toxine botulique, neuromodulation sacrée,).
Complications urétérales (obstruction et fistules)	<ul style="list-style-type: none"> – En cas d'obstruction urétérale post opératoire : poser une endoprothèse urétérale ou néphrostomie et lever l'obstacle.
Complications digestives	<ul style="list-style-type: none"> – Exposition prothétique rectale : <ul style="list-style-type: none"> • À évoquer en cas de : ténésmes, anisme, incontinence anal, douleurs, émissions purulentes et glairo-sanglantes ; • Réaliser une résection de la prothèse par voie transanale et en cas d'échec par voie abdominale. – Troubles de l'évacuation du rectum <ul style="list-style-type: none"> • Eliminer une striction rectale par la prothèse.

Messages à destination des patientes

Réglementation encadrant les dispositifs et la pratique

- ➔ Seuls les dispositifs implantables destinés au traitement chirurgical du prolapsus des organes pelviens et de l'incontinence urinaire féminine d'effort, qui ont reçu un avis favorable de la HAS, peuvent être utilisés (hors contexte recherche clinique).
- ➔ Avant la pose d'un dispositif, les informations relatives au suivi post-opératoire et à la conduite à tenir en cas de complications devront vous être précisées.
- ➔ Après la pose d'un dispositif, à des fins d'information et de traçabilité, un document vous sera systématiquement remis, permettant notamment l'identification de l'implant, le lieu et la date d'implantation et le nom du chirurgien ayant réalisé la pose.
- ➔ Suivi post opératoire : au moins deux consultations sont requises, à un mois puis à un an, afin d'évaluer votre qualité de vie et de repérer et prendre en charge les complications éventuelles.
- ➔ La gestion des complications graves à la suite de la pose d'un dispositif se fait dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire et d'une décision partagée avec la patiente.

Informations sur les signes évocateurs de complications

Les signes pouvant évoquer une complication et qui nécessitent que vous consultiez sont :

- ➔ Des signes d'infection : fièvre, cicatrice rouge, chaude, surélevée ;
- ➔ Des signes urinaires : brûlures urinaires, difficultés importantes pour uriner, envies fréquentes d'uriner ;
- ➔ Des douleurs persistantes ou importantes au niveau des cicatrices ou à distance (abdomen, lombaire, ..) ;
- ➔ Des signes de la sphère sexuelle : écoulement vaginal anormal, douleurs lors des rapports sexuels ;
- ➔ Des signes digestifs : incontinence ou saignement au niveau anal.

Ces signes peuvent survenir parfois très à distance de l'intervention chirurgicale

Informations en cas de complications nécessitant une réintervention chirurgicale

Une information sur les différentes options chirurgicales possibles ainsi que sur leur rapport bénéfice/risque vous sera transmis, en précisant que

- ➔ L'ablation complète du matériel prothétique n'est pas toujours possible ;

- L'ablation du matériel prothétique peut conduire à des complications à type de plaies viscérales ou à des séquelles fonctionnelles urinaires, sexuelles, digestives, douloureuses ;
- L'ablation du matériel prothétique ne conduit pas toujours à la disparition des symptômes ;
- L'ablation du matériel prothétique peut conduire à la récurrence de l'incontinence urinaire ou du prolapsus génital

À l'issue de cette information, vous bénéficierez d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre votre décision (décision partagée).

Fiches d'information destinée aux patientes

Des fiches d'information ont été élaborées par le ministère de la Santé et de la Prévention en lien avec les associations de patientes, les professionnels concernés, l'ANSM et la HAS.

Ces fiches comprennent l'ensemble des informations nécessaires à une prise de décision éclairée : avantages et risques des différents traitements conservateurs et chirurgicaux disponibles, informations relatives au suivi post-opératoire, remise de la carte d'implant permettant l'identification de l'implant, conduite à tenir en cas de complications.

[Incontinence urinaire d'effort](#)

[Prolapsus génital de la femme – Des solutions pour le traiter](#)

[Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ?](#)

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme, mars 2023**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr