

FICHE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT EN VUE DE L'INTERVENTION DE DECOMPRESSION DU NERF PUDENDAL PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

Dr BAUTRANT Eric / Dr LEVEQUE Christine : intervention prévue le

INDICATION RETENUE :

La névralgie du nerf pudendal liée à une compression canalaire au niveau de la pince ligamentaire et/ou du canal d'Alcock.

L'efficacité de cette intervention chirurgicale a été démontrée et publiée dans cette indication.[1].

MODALITES OPERATOIRES:

- L'intervention s'effectue par coelioscopie.
- Un rasage complet ou une épilation est nécessaire avant l'intervention
- La région opératoire est d'accès difficile, profonde et richement vascularisée.
- L'intervention est assistée par endoscopie.
- L'ouverture du canal d'Alcock ou du ligament sacro-épineux n'intéresse que la portion pathologique du ligament et permet une décompression du nerf.
- L'ouverture est effectuée à distance du nerf
- L'intervention utilise un système de ciseaux ultra-sons qui permet de contrôler la coagulations des nombreux vaisseaux sanguins et d'ouvrir sélectivement le site de compression sans risquer de diffuser ou blesser le nerf.
- En fin d'intervention une sonde permet de vérifier la liberté complète de tout le canal pudendal (canal d'Alcock et pince inter-ligamentaire)
- L'intervention se termine par l'infusion d'un anesthésique local (Naropeine) dans le canal pudendal et la mise en place d'un drain pour 48 heures.

RISQUES OPERATOIRES ET COMPLICATIONS REPERTORIEES A CE JOUR :

- Mortalité : nul sur l'ensemble des cas réalisés
- De la même manière, aucune lésion neurologique n'a été décrite dans cette série
- Le risque per-opératoire est dominé par le risque hémorragique (2,9%). Celui-ci est prévenu par l'utilisation du système de ciseaux ultra-soniques. En cas de saignement, son contrôle est obtenu par une pince à énergie bi-polaire qui permet d'assurer une coagulation sélective précise et efficace. Celle-ci est toujours prête en salle d'intervention et disponible en cas de nécessité.
- Les complications hémorragiques post-opératoires (1,9%). Il peut s'agir d'hématome post-opératoire qui peut nécessiter une évacuation par reprise opératoire (0,9%) ou de saignements actifs secondaires dont le contrôle est le plus souvent obtenu par embolisation (afin d'obturer l'artère en cause par « l'intérieur du vaisseau ») sous contrôle radiologique artériographique (1%).
- Les complications infectieuses post-opératoires (1,4%) : infection de cicatrice traitée par soins locaux et antibiotiques (1%) ou collection abcédée de la fosse ischio-rectale nécessitant une reprise chirurgicale pour évacuation et drainage (0,4%)

SUITES OPERATOIRES :

- L'hospitalisation est de 2-4 jours.
- Les suites immédiates ne sont pas douloureuses du fait du type de l'intervention, de la faible agressivité de sa voie d'abord et de l'infusion anesthésique du canal pudendal en fin d'intervention.
- Le levé s'effectuera dès le lendemain de l'intervention. Absence de cathétérisme vésical chez l'homme. Ablation de la sonde vésicale chez la femme le lendemain de l'intervention.
- Les points sont resorbables
- **prudence et repos doit être maintenue pendant 1 mois**
- A l'issue de ce premier mois post-opératoire, une rééducation doit être débutée afin d'éviter la réaction myo-fasciale du muscle Piriforme. Il s'agira d'une rééducation en massage et sources de chaleur par voie externe. La rééducation interne, dont l'objectif est d'éviter les réactions de contractures myo-fasciales des muscles du périnée (élévateurs de l'anus et obturateurs internes), ne sera débutée que deux mois après l'intervention.
- Les rapports sexuels, les bains et l'activité peuvent être repris un mois après l'intervention.
- L'activité physique et sportive devra être repoussée à 1 mois après l'intervention.
- Concernant les activités physiques s'accompagnant de pressions ou choc sur le périnée ou la fesse (cyclisme, ski, skate-board, cheval, moto-cross etc..), ils ne pourront être repris que 9 mois à un an après l'intervention et en fonction de la récupération.

[1] Mollo M, Bautrant E, Rossi AK, Collet S, Boyer R and Thiers-Bautrant D. *Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in Pudendal Neuralgia by entrapment : A prospective study on 96 patients.* Pain. 2009 ; 142 : 159-163.

CONSENTEMENT POUR L'INTERVENTION :

Je reconnais avoir reçu de mon chirurgien toute information souhaitée, simple et intelligible concernant:

- mon état de santé et l'affection dont je souffre et son évolution prévisible au cas où je ne serais pas opérée,
- l'intervention chirurgicale proposée à savoir sa nature et le mode opératoire expliqués par un schéma qui m'a été remis, la durée prévue, l'évolution post-opératoire prévisible, les résultats escomptés et les risques,
- les bénéfices attendus de cette intervention et les alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé et prévenu:

- que toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux tenant non seulement à la maladie dont je suis affectée mais aussi à des variations individuelles, non toujours prévisibles.
- qu'au cours de l'intervention, l'opérateur peut se trouver face à une découverte ou un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus,

Je reconnais que les explications que le chirurgien m'a fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et que j'ai pu poser toutes les questions souhaitées et, ai obtenu et compris les réponses aux questions soulevées.

Par ma signature, je donne mon accord à la réalisation de l'intervention chirurgicale qui m'est proposée et à la réalisation de tout acte diagnostique et/ou thérapeutique requis par mon état de santé sur ma personne.

Nom, Prénom, Date et Signature
à faire précéder de la mention "Lu et approuvé"