

HYSTÉRECTOMIE PAR CŒLIOSCOPIE

POUR FIBROME UTERIN



Madame,

Votre gynécologue vous a proposé une intervention chirurgicale nommée **hystérectomie par cœlioscopie**. Ce document a pour objectif de vous en expliquer les principes.



Recommandations particulières :

.....
.....
.....
.....

QU'EST-CE QU'UNE HYSTÉRECTOMIE ?

L'hystérectomie est l'intervention gynécologique la plus pratiquée en France⁽¹⁾ et, dans le cadre de la prise en charge du fibrome utérin, il s'agit de la seconde intervention la plus fréquente après la myomectomie⁽²⁾. Une hystérectomie consiste à retirer chirurgicalement l'utérus. Les ovaires et les trompes peuvent être laissés en place ou retirés selon ce que vous avez décidé avec votre chirurgien.

L'intervention est toujours réalisée sous anesthésie générale.

Le retrait de l'utérus entraînera une absence totale de règles et l'impossibilité future d'obtenir une grossesse. Si le col est laissé en place, vous n'aurez le plus souvent aucun saignement à l'avenir (présence parfois de saignements minimes persistants qui doivent vous faire consulter votre gynécologue). Des frottis cervico-vaginaux de dépistage devront continuer à être réalisés pour surveiller le col restant en cas d'hystérectomie subtotale. Si vous n'êtes pas ménopausée et que les ovaires sont conservés, ils continueront à fonctionner et à produire des hormones jusqu'à l'âge de votre ménopause même si vous n'avez plus de règles en raison du retrait définitif de l'utérus.

QU'EST-CE QU'UNE CŒLIOSCOPIE ?

La cœlioscopie consiste à insérer une petite caméra dans le ventre par une incision de 1 cm au niveau du nombril le plus souvent et de gonfler l'abdomen avec de l'air afin de pouvoir soulever la paroi abdominale et visualiser les différents organes. Trois incisions complémentaires (souvent deux incisions de 5 mm et une de 10 mm) sont

nécessaires sur la peau afin de pouvoir insérer dans le ventre des instruments qui vont permettre au chirurgien d'opérer sans pratiquer une large ouverture dans la paroi abdominale. Il s'agit de la voie d'abord recommandée lorsque le retrait de l'utérus n'est pas possible par voie vaginale⁽³⁾. Il est toujours possible qu'une décision de laparotomie (ouverture du ventre par une incision le plus souvent transversale comme une césarienne au-dessus du pubis ou plus rarement longitudinale entre le nombril et le pubis) soit prise en cours d'intervention en raison de difficultés opératoires notamment liées au volume des fibromes.

QUE FAIRE AVANT L'OPÉRATION ?

L'opération est parfois précédée d'un traitement médical, destiné à améliorer vos symptômes et/ou à réduire le volume des fibromes⁽⁴⁾. Une supplémentation en fer (pour corriger la baisse possible de votre hémoglobine [anémie]) est parfois prescrite afin de réduire le risque de complication(s) opératoire(s)⁽⁵⁾. Une consultation avec un anesthésiste est nécessaire une à trois semaines avant l'intervention.

.....
.....
.....

Il est indispensable de ne prendre aucun médicament contenant de l'aspirine dans les dix jours avant et après l'intervention⁽⁶⁾.

1. Giraudet G *et al.* Except fertility, place of myomectomy in perimenopause and after menopause. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2011;40:902-17. 2. Fernandez H, *et al.* Épidémiologie du fibrome utérin en France en 2010-2012 dans les établissements de santé-Analyse des données du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014;43:611-628. 3. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Review). Cochrane Database Syst Rev 2006; CD003677. 4. CNGOF. Actualisation de la prise en charge des myomes : recommandations pour la pratique clinique. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2011;40(8):693- 962. 5. Musallam *et al.* Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study. Lancet 2011. Oct 15;378(9800):1396-407. 6. Résumé des caractéristiques du produit acide acétylsalicylique. 7. Samama *et al.* Prévention de la maladie thromboembolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2011.

L'HOSPITALISATION

AVANT L'INTERVENTION

Vous serez hospitalisée la veille de l'intervention. Un médecin anesthésiste et un médecin gynécologue seront à votre disposition pour répondre à vos questions.

Le jour de l'intervention, après un traitement sédatif spécifique, vous serez conduite au bloc opératoire, une perfusion sera mise en place, puis l'anesthésie sera réalisée.

APRÈS L'OPÉRATION

Vous passerez en salle de réveil pour la surveillance post-opératoire pendant deux heures environ, avant de retourner dans votre chambre.

La sonde urinaire sera enlevée le jour ou le lendemain de l'intervention, la perfusion intraveineuse est laissée en place jusqu'à votre sortie.

La prévention d'un caillot sanguin est assurée par un lever précoce, un traitement anticoagulant préventif et le port systématique de bas de contention⁽⁷⁾.

La reprise d'une alimentation normale se fait habituellement le lendemain. Un repas léger pourra vous être donné le soir de l'intervention.

La sortie est le plus souvent effectuée à partir du 1^{er} ou du 2^e jour post-opératoire mais votre hospitalisation peut être prolongée si nécessaire. Il est recommandé d'attendre un mois après l'intervention pour reprendre une activité sexuelle, prendre des bains ou avoir une activité sportive, le temps que la cicatrisation vaginale soit acquise. Votre chirurgien vous autorisera la reprise de ces activités après votre consultation post-opératoire. Un arrêt de travail d'un mois est le plus

souvent nécessaire. Il pourra être prolongé selon votre état. Il est habituel de ressentir une importante fatigue après une hystérectomie qui peut durer un peu plus d'un mois.

À la maison, en cas de survenue de douleurs (abdomen, mollets, thorax), essoufflement, saignements importants, vomissements, fièvre, il est nécessaire de consulter votre médecin traitant ou le médecin des urgences gynécologiques. Il peut arriver que vous ayez quelques douleurs abdominales ou dans l'épaule pendant quelques jours après votre sortie en raison de la présence résiduelle de gaz de coelioscopie. Un petit saignement vaginal peut être présent pendant les semaines qui suivent l'intervention. Un saignement plus important, comme des règles, peut survenir dans les 10 à 15 jours suivant l'opération. Celui-ci ne doit pas vous inquiéter s'il s'arrête rapidement.

Aucun fil ne sera retiré au niveau vaginal puisqu'ils sont résorbables. Dans le cas d'une hystérectomie subtotale, le col étant laissé en place, aucun fil ne sera placé sur le vagin car il n'y aura pas d'incision.

Les fils sur la peau seront retirés la semaine suivant l'intervention sauf s'il s'agit de fils résorbables, ce qui vous sera précisé par votre chirurgien. Aucun soin infirmier n'est nécessaire au niveau des incisions, il suffit de nettoyer les plaies lors de votre douche quotidienne et de bien sécher. Un traitement contre la douleur avec plusieurs médicaments vous sera prescrit ainsi que des injections d'anticoagulants à visée préventive pendant plusieurs jours pour éviter la formation d'un caillot sanguin (phlébite, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral...).

LES RISQUES ET COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION

L'hystérectomie est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

PENDANT L'INTERVENTION

- 1- Hémorragie. Elle nécessite parfois une transfusion sanguine⁽¹⁾.
- 2- Lésions d'organes de voisinage de l'utérus. Elles peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale, vésicale, urétérale (conduit menant les urines du rein à la vessie) ou d'un vaisseau sanguin nécessitant une prise en charge chirurgicale immédiate spécifique⁽¹⁾.
- 3- Nécessité de réaliser une ouverture de l'abdomen.

APRÈS L'INTERVENTION

- 1- Hématome (collection de sang) et abcès de la cicatrice vaginale. Ils peuvent parfois nécessiter un drainage chirurgical ou un traitement antibiotique.
- 2- Hématome et abcès de la paroi abdominale. Ils peuvent parfois nécessiter des soins locaux.
- 3- Infection urinaire. Généralement sans gravité, elle se traite par antibiotiques.

- 4- Formation d'un caillot sanguin (phlébite, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral...). Sa prévention repose sur le lever précoce, le port systématique de bas de contention et des injections quotidiennes d'anticoagulant pendant quelques jours.
- 5- Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou être à l'origine de séquelles graves.

Autres :

.....

.....

.....

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents médicaux ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux), de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez et de vos allergies connues.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. N'hésitez pas à questionner à tout moment l'équipe médicale et/ou l'infirmière.

Numéro de téléphone de votre médecin :

Numéro de téléphone de l'infirmière du service :