

L'HYSTERECTOMIE COELIOSCOPIQUE

QU'EST-CE QU'UNE COELIOSCOPIE ?

Cette intervention consiste à examiner sous anesthésie générale l'intérieur de l'abdomen, en particulier les organes génitaux (utérus, ovaires, trompes) à l'aide d'un appareil d'optique de quelques millimètres de diamètre introduit par une petite incision au niveau du nombril. Certaines interventions peuvent être réalisées par cette technique à l'aide d'instruments fins introduits par d'autres petites incisions sur le ventre.

COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

Pour permettre une bonne visualisation, un gaz (gaz carbonique) est introduit dans l'abdomen. D'autres petites incisions (moins de 1,5 cm) sur l'abdomen sont alors nécessaires pour introduire des instruments de chirurgie (pincés, ciseaux, matériel de coagulation). *Parfois, le geste chirurgical ne peut être réalisé par voie coelioscopique, une ouverture de l'abdomen est alors nécessaire.*

EXISTE-T-IL DES INCONVÉNIENTS OU DES RISQUES ?

L'hystérectomie coelioscopique nécessite une anesthésie générale et, au minimum, une hospitalisation de 2 jours (parfois plus selon les gestes associés). Hormis les effets secondaires possibles de l'anesthésie (nausées, vomissements, somnolence...), certains désagréments peuvent survenir dans la période postopératoire : une douleur de l'abdomen, pouvant s'étendre jusqu'aux épaules, due à la présence de gaz dans le ventre.

Au cours ou dans les suites de cette intervention peuvent survenir parfois, au niveau de la cicatrice, un hématome ou une infection (abcès). L'écoulement d'un peu de sang, ou un suintement sont fréquents, et ne nécessitent que rarement des soins spéciaux. Le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire est exceptionnel. Le risque d'adhérence avec ses conséquences (douleurs abdominales, transit ralenti, occlusion de l'intestin grêle) ne peut pas être totalement exclu. Très exceptionnellement, des plaies graves des organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins, voies urinaires notamment) peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire, d'une ouverture de l'abdomen et dans certains cas d'une transfusion sanguine. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

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

QU'EST-CE QU'UNE HYSTERECTOMIE ?

L'hystérectomie consiste à retirer l'utérus.

Si elle comporte l'ablation du col de l'utérus, c'est une hystérectomie totale. Dans le cas contraire, il s'agit d'une hystérectomie subtotale qui nécessitera la poursuite des frottis ensuite et l'empêche pas la survenue de cancer du con utérin ultérieurs

Selon les cas, il peut être nécessaire de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes, l'intervention est dénommée dans ce cas hystérectomie avec annexectomie.

POURQUOI SUBIR CETTE INTERVENTION ?

Les situations qui amènent votre médecin à vous proposer l'intervention chirurgicale qui retire l'utérus (hystérectomie) sont très variées et différentes d'un cas à l'autre.

Il n'est pas possible de les décrire toutes et votre médecin vous a expliqué ce qui, chez vous, justifie cette intervention.

Toutefois sachez que l'hystérectomie permet le traitement de symptômes dont le point de départ est l'utérus. Il peut s'agir par exemple d'une pesanteur chronique gênante, de douleurs, de saignements excessifs, d'un prolapsus (descente d'organe). Ces symptômes sont souvent traités dans un premier temps médicalement et la chirurgie s'impose lorsque ces essais de traitement médical, lorsqu'ils existent, sont inefficaces.

Ces symptômes sont souvent en rapport avec des pathologies bénignes de l'utérus comme les fibromes utérins (tumeurs bénignes développées au dépend du muscle utérin), les polypes de la cavité utérine, l'endométriose de la paroi utérine ou adénomyose (présence de tissu endométrial qui tapisse l'intérieur de l'utérus dans la paroi même de l'utérus). Plus rarement il s'agit d'une pathologie maligne dans le cas de cancers gynécologiques. Mais dans la grande majorité des cas, la pathologie maligne de l'utérus relève d'une chirurgie par voie abdominale.

OU SE SITUE L'UTERUS ET QUE RETIRE-T-ON EXACTEMENT ?

L'utérus comporte deux parties : le col en bas, accessible par le vagin; le corps qui en haut fait suite au col.

En dehors de la grossesse, l'utérus pèse 70 grammes et mesure 60 mm de longueur. Dans certaines maladies, l'utérus devient lourd et volumineux.

Le col de l'utérus est toujours retiré par nécessité au cours de l'hystérectomie vaginale. On évite ainsi tout risque ultérieur de cancer du col de l'utérus.

Les ovaires (qui produisent les hormones féminines), sont distincts de l'utérus, et il n'est pas nécessaire de les enlever toujours au cours de l'hystérectomie. Après la ménopause, ou lorsqu'elle-ci est en train de s'installer ou va être imminente, les ovaires n'ont plus cette fonction de sécrétion hormonale; il est alors conseillé de les retirer dans le même temps, ce qui évite tout risque ultérieur de cancer de l'ovaire. Cependant, par voie vaginale, il n'est pas toujours possible de retirer les ovaires en raison de l'exiguïté opératoire, et il se peut qu'on vous les conserve alors qu'il était convenu initialement de les retirer. Il est alors vérifié au cours de l'intervention que leur aspect et leurs consistances sont normales.

La dénomination précise de votre intervention varie donc en ce que le chirurgien va retirer :

- hystérectomie non conservatrice (avec annexectomie bilatérale) si on enlève les trompes et les ovaires en plus de l'utérus
- hystérectomie conservatrice (ou inter annexielle) si on laisse les ovaires et les trompes au cours d'une hystérectomie

POURQUOI CHOISIR LA VOIE COELIOSCOPIQUE ?

Lorsque l'opération peut être réalisée par "voie coelioscopique", celle-ci doit être préférée à la "voie abdominale" car la "récupération" est beaucoup plus rapide et parce qu'il n'y a pas de cicatrice sur la peau. La "voie coelioscopique" n'est cependant pas toujours possible, notamment lorsque l'utérus est très gros.

VOTRE SEJOUR

L'hospitalisation Le plus souvent l'hospitalisation a lieu la veille. Elle permet de vous familiariser avec le personnel et les locaux. Elle a parfois lieu le matin lorsque l'opération est prévue dans l'après-midi. En vue de l'opération il est nécessaire d'effectuer un rasage des poils du périnée et du pubis. Ce rasage peut être réalisé par l'équipe soignante, ou par vous si vous le souhaitez, avant votre intervention. Il vous

est demandé de rester à jeun : ne rien boire, ne rien manger, ne pas fumer, et ce à partir de minuit. Un laxatif vous est parfois remis le soir précédant l'intervention. Un médicament relaxant est parfois prescrit pour vous permettre de mieux dormir, si vous le demandez.

Le jour de l'intervention Tôt le matin, il vous est demandé de prendre une douche avec un produit antiseptique qui vous est remis. Vous devez retirer tous vos bijoux (le mieux est de les laisser à domicile), ne pas appliquer de vernis sur les ongles, ne porter aucun maquillage et retirer toutes les prothèses dentaires amovibles. Vous êtes conduite au bloc opératoire. Après l'anesthésie, l'intervention commence. Le chirurgien procède à une coelioscopie ; selon le projet discuté avec vous ou les conditions locales constatées en cours d'intervention, il est effectué une hystérectomie totale (l'utérus est alors retiré par le vagin) ou une hystérectomie subtotale (le corps utérus est alors morcellé puis aspiré par un appareil spécial. L'intervention a duré une à deux heures. L'utérus est systématiquement adressé en totalité au laboratoire qui l'analysera et enverra à votre médecin un compte rendu trois à quatre semaines plus tard. En sortant de la salle d'opération, vous êtes conduite en "salle de réveil" pour une durée de deux heures, afin de vous surveiller. C'est à ce moment-là que l'on adapte le traitement anti douleur selon vos besoins. En cas de nécessité, une pompe autorégulée par vous même et contenant un médicament antidouleur efficace, est mise en place. Elle vous permettra de ne pas souffrir. Revenue dans votre chambre, l'infirmière vous surveille. Le soir de l'intervention, elle vous aidera à vous lever au bord du lit.

Les suites opératoires La durée d'hospitalisation après l'intervention est d'environ deux à quatre jours * alors qu'elle est de l'ordre du double après une intervention par "voie abdominale". Le grand avantage de la chirurgie coelioscopique est que la récupération est plus rapide, parce qu'il n'y a pas eu de section de la paroi de l'abdomen, et parce que les intestins n'ont pas été longtemps exposés à l'air (ce qui perturbe leur fonctionnement). Le traitement anti douleur est adapté à vos besoins, par la voie veineuse dans un premier temps, puis par des comprimés. Il est important de ne pas rester trop longtemps alitée afin de limiter, même si vous avez un traitement anti coagulant, la formation d'une phlébite (caillot de sang dans une veine des jambes). Le lever, réalisé le lendemain de l'intervention, doit être fait en présence de l'infirmière. La sonde urinaire est retirée le plus souvent le lendemain de l'intervention, et en tout état de cause dès que vous êtes en mesure d'aller vous même aux toilettes, sauf circonstances particulières. La perfusion est habituellement retirée le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, en fonction du "transit intestinal" (reprise des gaz). La reprise de l'alimentation a lieu le lendemain, légèrement d'abord, élargie progressivement. On peut boire un verre d'eau le soir même de l'intervention.

* : par convention, le nombre de jour mentionné commence le lendemain de l'intervention

La sortie Elle a lieu à partir du deuxième ou quatrième jour post opératoire (le vendredi ou le samedi, respectivement, pour une intervention effectuée le mardi précédent, par exemple). La date retenue tient compte des difficultés opératoires, et de votre état de santé propre. Il est possible de vous proposer une hospitalisation plus longue si vous le souhaitez. S'il est envisagé une convalescence en maison médicalisée, au sortir de la clinique, avant de regagner le domicile, il vous faut prévenir la surveillante du service de chirurgie gynécologique précocement, et si possible dès l'instant de la programmation de la date de l'intervention, bien avant votre hospitalisation. En effet les places sont rares, et il ne sera peut être pas possible de trouver une place si vous la demandez tardivement. Il vous est conseillé de prévoir le jour de la sortie l'accompagnement d'un membre de votre entourage; vous ne devez pas conduire ce jour-là, et tant que votre forme n'est pas revenue. Vous prenez un rendez-vous avec votre chirurgien le jour de la sortie pour le revoir en consultation environ 1 mois plus tard.

De retour chez vous Il vous est demandé de mener une vie calme et régulière. Les bains, les toilettes intimes profondes et les rapports sexuels sont interdits pendant le premier mois post opératoire ; les douches sont permises dès le retour à domicile. Des douleurs légères du bas du ventre sont normales. Les bouffées de chaleur liées à l'ablation des ovaires (ménopause) sont normales. Elles peuvent être soulagées par l'emploi de médicaments non hormonaux les premiers temps (type GYDRELLE PHYTO, ou ABUFENE) Des pertes, même jaunâtres et striées de rouge, sont normales pendant cette période. Elles correspondent au délitement des fils chirurgicaux et à la cicatrisation du fond vaginal qui est longue à obtenir dans le fond du vagin car c'est un endroit humide et à l'abri de la lumière.

Trois situations doivent vous faire revenir sans délai à la clinique pendant le mois qui suit l'intervention :

- des douleurs importantes
- un saignement abondant
- une fièvre importante accompagnée ou non de pertes vaginales nauséabondes

La consultation post opératoire

Elle a lieu 3 à 6 semaines après votre intervention. Le chirurgien vérifie la bonne cicatrisation du vagin. Dans ce cas, les bains et les rapports sexuels peuvent être repris. L'activité physique normale dépend aussi de l'avis du chirurgien. Votre chirurgien vous informe des résultats de l'examen qui a été réalisé au microscope sur l'utérus (examen anatomopathologique) C'est à partir de cette consultation que commence habituellement un traitement de la ménopause.

CONSEQUENCES DE L'HYSTERECTOMIE

Menstruations (règles), grossesse

Le fait d'enlever l'utérus entraîne un arrêt immédiat des règles. Toute grossesse devient également impossible

La ménopause

Il n'y a ménopause que si les ovaires sont enlevés, sinon ils continuent à produire les hormones féminines Si vous êtes déjà ménopausée au moment de l'intervention, le fait de retirer les ovaires est sans conséquence supplémentaire L'hystérectomie simplifie le traitement de la ménopause : il n'est généralement pas nécessaire d'apporter la progestérone, seul l'estrogène suffit. La mise en place du traitement est également plus simple

La sexualité

En dehors de certains gestes associés intéressants la muqueuse vaginale, le vagin n'est pas altéré par l'hystérectomie et conserve donc son intégrité et sans sensibilité sans incidence sur la sexualité. Rien ne devrait donc changer concernant votre vie sexuelle.

La prise de poids

Le fait d'enlever l'utérus ne modifie pas l'équilibre pondéral. Par contre, la ménopause s'accompagne d'un gain de poids de quelques kilogrammes, sans qu'il existe de différence entre les femmes traitées ou non traitées pour cette ménopause.

La création d'un espace vide ou "trou" dans l'abdomen

Cette notion est fautive, les organes de l'abdomen (intestin, vessie et rectum) occupent immédiatement la place laissée vacante

L'incontinence urinaire

Il n'y a habituellement pas d'incontinence urinaire après une hystérectomie vaginale. L'intervention permet généralement au contraire d'améliorer une sensation de (faux-) besoin fréquent lorsque l'utérus comprime la vessie de part son volume important.

La dépression

Le fait d'enlever l'utérus ne devrait en rien influencer sur l'humeur. Il faut cependant bien se préparer à l'intervention sur le plan psychologique.

Ainsi, il est erroné de penser que l'hystérectomie fait systématiquement vieillir, grossir, déprimer, favorise l'incontinence urinaire ou modifie la sexualité : la féminité ne se situe pas dans l'utérus.

RISQUES DE L'HYSTERECTOMIE

L'hystérectomie est une intervention courante, bien codifiée, qui ne pose pas de problème dans la grande majorité des cas.

Cependant le risque zéro n'existe pas en médecine. Il y a d'une part le risque anesthésique (expliqué au cours de la consultation anesthésique) et le risque opératoire lui même.

Les risques de l'intervention sont essentiellement

- une blessure des organes de voisinage (vessie, uretère, intestin)
- un saignement abondant pendant l'intervention, pouvant nécessiter une transfusion

Ces complications sont rares (moins de 1% des cas), le plus souvent reconnues pendant l'intervention, et sans conséquences graves

à long terme

En post opératoire, les risques sont :

- une péritonite (infection de l'intérieur du ventre), exceptionnelle, mais nécessitant le plus souvent une intervention rapide avec ouverture du ventre

- un abcès de la partie haute du vagin, qui réclame le plus souvent une ré intervention simple par les voies naturelles

- un saignement (environ dans 5% des cas) nécessitant soit un simple méchage pendant 24 heures, soit une ré intervention simple par les voies naturelles; ce risque est surtout important la première semaine

- un hématome de la zone opérée

- une phlébite (risque exceptionnel)

- l'apparition d'un passage entre la vessie et le vagin (fistule) qui nécessite dans un premier temps habituellement le port prolongé d'une sonde urinaire et souvent une intervention secondairement

Le risque d'adhérence avec ses conséquences (douleurs abdominales, transit ralenti, occlusion de l'intestin grêle) ne peut pas être totalement exclu.

Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter une ré intervention. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.