

LES MYOMECTOMIES COELIOSCOPIQUES

Qu'est-ce qu'une myomectomie ?

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.

La myomectomie consiste à retirer un fibrome implanté sur l'utérus. Ce traitement est dit *conservateur* car il préserve l'utérus

Selon la localisation du fibrome sur l'utérus, on distingue les fibromes

- sous séreux : proche de l'endomètre (muqueuse utérine)
- interstitiel : dans l'épaisseur du muscle utérin
- sous séreux : partie externe de l'utérus, parfois rattaché à l'utérus par un pédicule (fibrome sous séreux sessile)

Pourquoi subir cette intervention ?

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

L'indication du traitement conservateur des fibromes est guidée par le désir de la patiente de préserver sa fertilité.

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

Toutefois sachez que la myomectomie est habituellement justifiée dans les cas suivants :

- myomes sous-séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose, responsable des douleurs pelviennes ;
- myomes comprimant les organes de voisinage avec retentissement ;
- utérus myomateux volumineux responsable de pesanteur pelvienne ;
- utérus myomateux associé à des saignements résistants au traitement médical ;
- la présence d'un ou plusieurs fibromes volumineux pouvant être la cause d'une infertilité.

Les différentes interventions

Il existe différentes façons de retirer des fibromes de manière conservatrice

- ceux localisés en *sous séreux* ne peuvent se retirer que par voie hystéroscopique, et seulement quand leur plus grand volume est inférieur à 30 mm de diamètre et que la plus grande partie de leur masse est apparente dans la cavité utérine
- ceux localisés en *interstitiel* (dans l'épaisseur du muscle utérin) ne peuvent se retirer raisonnablement que par laparotomie (ouverture de la cavité abdominale)
- ceux localisés majoritairement en sous séreux peuvent se retirer par laparotomie ou coelioscopie

Pourquoi choisir la voie coelioscopique ?

L'intérêt d'opter pour la voie coelioscopique est de réaliser une intervention source de suites plus simples pour la patiente (douleurs, durée de séjour hospitalier, brièveté de la convalescence, rapidité de la reprise d'activité normale)

Pourquoi choisir la voie abdominale ?

La "voie coelioscopique" n'est cependant pas toujours possible, notamment lorsque la patiente présente un surpoids important, que le fibrome est très gros ou que la patiente présente un risque d'adhérences élevé (antécédent(s) intervention(s) dans la même région anatomique, antécédent d'infection pelvienne). Une ouverture du ventre est alors nécessaire.

L'hospitalisation

Le plus souvent l'hospitalisation a lieu la veille pour une intervention prévue le lendemain matin, et le matin pour une intervention prévue l'après midi. En vue de l'opération il est nécessaire d'effectuer un rasage des poils 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 pendant au moins 8 heures avant l'heure prévue de l'intervention.

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, et souvent systématiquement quelques heures avant l'intervention pour combattre l'anxiété liée à l'intervention

Le jour de l'intervention

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.

En coelioscopie, le chirurgien travaille à l'aide d'une caméra introduite au voisinage du nombril, et par des abords de 5 à 15 mm, sur le ventre. Le fibrome est systématiquement adressé en totalité au laboratoire qui l'analysera et enverra à votre médecin un compte rendu trois à quatre semaines plus tard.

Le fibrome peut être extrait de 3 manières

- par l'élargissement d'une voie d'abord abdominale, par exemple en reprenant une cicatrice existante (d'appendicite par exemple) ; cette cicatrice sera adaptée à la nécessité, fonction du volume du fibrome
- par ouverture du fond vaginal, en arrière du col utérin, et extrait par le vagin
- par utilisation d'un appareil spécial introduit dans l'abdomen et qui fragmente le fibrome.

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 par coelioscopie est d'environ deux jours * alors qu'elle est de l'ordre du double au triple 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. Très rapidement, il n'est pas nécessaire de les utiliser. 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, légère 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 2ème jour post opératoire (le vendredi pour une intervention effectuée le mercredi 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. Très généralement, cette convalescence est inutile après ce type d'intervention

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 sont interdits pendant les 10 premiers jours post opératoire.

Des douleurs légères du bas du ventre sont normales.

Des pertes, même jaunâtres et striées de rouge, sont normales pendant cette période. Elles correspondent aux saignements liés à la mise en place d'un tuteur dans l'utérus pour le mobiliser pendant l'intervention

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. La reprise de l'activité physique normale dépend 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)

Les risques de l'intervention

La myomectomie 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) dont le traitement spécifique et les conséquences ne peuvent être détaillées ici

- 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 saignement survenant depuis la zone opérée et se déversant dans le ventre (hémopéritoine) ; ce risque est surtout important la première semaine. Ceci peut nécessiter une réintervention

- un hématome de la zone opérée ; il existe très souvent un petit hématome sur au moins un des abords abdominaux

- une phlébite

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

Interventions de repli

Parfois, les conditions de l'intervention interdisent qu'elle soit menée totalement par voie coelioscopique. Des adhérences importantes, une localisation particulière du fibrome rendant impossible sa dissection dans des conditions de sécurité raisonnable, un saignement difficile à arrêter, voire la blessure d'un organe de voisinage obligent le chirurgien à opter pour une laparotomie, afin de régler la difficulté posée et terminer l'intervention dans de bonnes conditions.

Les suites opératoires seront alors celles de cette laparotomie avec en particulier une cicatrice visible et des suites plus longues