L'HYSTÉRECTOMIE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

OBJECTIF DU DOCUMENT

L'hystérectomie consiste à enlever chirurgicalement l'utérus. Ce document est une information sur l'intervention qui vous est proposée. Cependant elle ne peut pas être complète, votre chirurgien, votre médecin anesthésiste ainsi que votre médecin traitant, pourront répondre aux questions que vous pourriez vous posez.

POURQUOI SUBIR CETTE INTERVENTION ?

Les raisons qui ont conduit votre médecin à vous proposer l'intervention chirurgicale qui retire l'utérus (hystérectomie) peuvent être très variées.

Il n'est pas possible de toutes les décrire et votre médecin vous a expliqué la raison 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 de douleurs, d'une pesanteur chronique gênante de saignements excessifs pendant ou en dehors des périodes de règles, d'un prolapsus (descente des organes). Ces symptômes sont souvent traités dans un premier temps médicalement et la chirurgie ne s'impose que lorsque ce traitement médical devient inefficace

Ces symptômes sont souvent en rapport avec des pathologies bénignes de l'utérus et des organes de voisinage, comme les fibromes utérins (tumeurs bénignes développées aux dépends du muscle utérin), les polypes de la cavité utérine, l'endométriose de la paroi utérine (présence du 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. Dans la grande majorité des cas, les pathologies cancéreuses relèvent d'une chirurgie par voie abdominale.

OÙ SE SITUE L'UTÉRUS, QUE VA-T-ON RETIRER EXACTEMENT ?

Le schéma suivant vous aidera à mieux comprendre la position de votre utérus par rapport au vagin et aux organes du voisinage (voir schéma 1). L'utérus comporte 2 parties : le col accessible par le vagin et le corps qui fait suite au col.

En dehors de la grossesse un utérus normal mesure environ 6 cm de long. Dans certaines maladies de l'utérus, celui-ci peut être très augmenté de volume, notamment en cas de fibromes utérins.

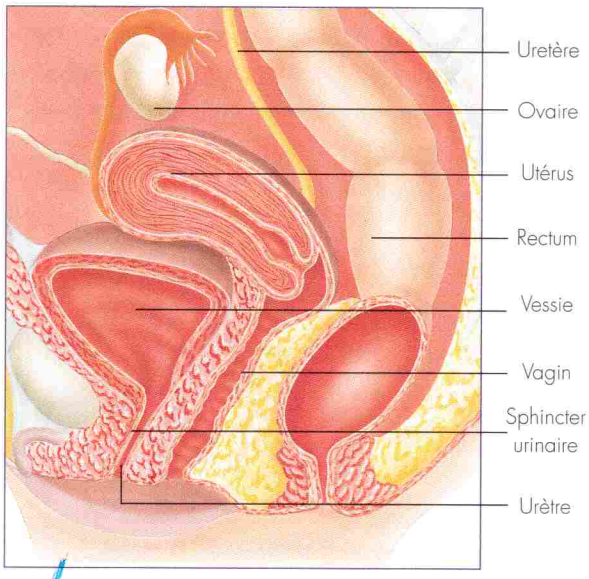


schéma 1 : l'utérus et les organes de voisinage

Le col de l'utérus est le plus souvent retiré au cours de l'intervention car il est en continuité avec l'utérus. On évite ainsi tout risque ultérieur de cancer du col utérin.

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, c'est à dire lorsque les ovaires ont cessé de produire les hormones féminines, il est conseillé de les retirer quand on retire l'utérus, ce qui évite tout risque ultérieur de cancer de l'ovaire.

Le nom médical précis de votre intervention varie en fonction de ce que le chirurgien va enlever (voir schéma 2) :

Hystérectomie totale si on enlève le corps et le col, sub-totale si on garde le col.

Hystérectomie non conservatrice (ou avec annexectomie) si on enlève les trompes et les ovaires, hystérectomie conservatrice (ou interannexielle) si on laisse les trompes et les ovaires.

Le terme d'hystérectomie élargie est réservé au traitement des cancers du col de l'utérus. Enfin l'hystérectomie est dite associée lorsqu'un autre geste est réalisé au cours de la même intervention (par exemple le traitement d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire).

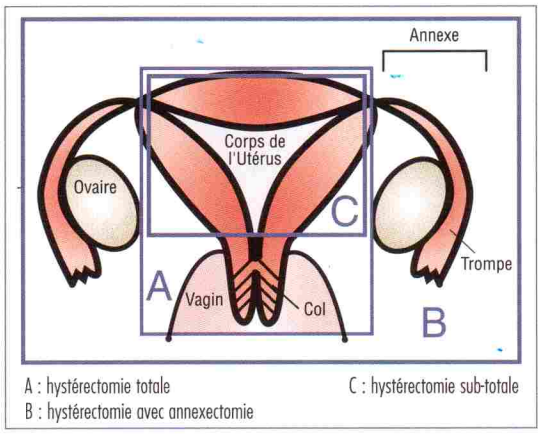
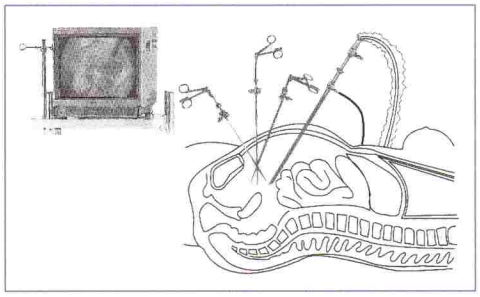


schéma 2 : les différents types d'hystérectomie

POURQUOI CHOISIR LA VOIE CŒLIOSCOPIQUE ?

Lorsque l'intervention peut être réalisée par voie coelioscopique plutôt que par laparotomie, ceci est préférable essentiellement parce que l'on "récupère" beaucoup plus vite de l'opération (voir le paragraphe suites opératoires).

Le but de la coelioscopie est de libérer l'utérus de toutes ses attaches avant de l'extraire par le vagin. La voie coelioscopique n'est cependant pas toujours possible, notamment lorsque l'utérus est trop volumineux.



Représentation schématique simplifiée

"Mise en place"

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Cette consultation est indispensable d'un point de vue médical et la loi l'a rendue obligatoire.

Le médecin anesthésiste vous pose des questions sur vos problèmes de santé passés et

présents. Il prescrit des examens en vue de l'intervention : "le bilan pré-opératoire". Si il le juge nécessaire, le médecin anesthésiste peut également demander l'avis d'un confrère cardiologue, pneumologue... pour mieux évaluer votre état de santé avant l'anesthésie.
L'opération d'hystérectomie par voie coelioscopique est réalisée sous anesthésie générale (vous êtes endormie).

L'HOSPITALISATION

Le plus souvent l'hospitalisation se fait la veille de l'opération. Cette hospitalisation vous permet de vous familiariser avec le lieu et l'équipe soignante.
En vue de l'opération un rasage des poils des parties génitales est réalisé pour éviter les infections.
Il vous est demandé de rester à jeun c'est à dire de ne rien manger ni boire et de ne pas fumer à partir de minuit. Un médicament "relaxant" est souvent prescrit pour vous permettre de dormir.

LE JOUR DE L'OPÉRATION

L'infirmière vous apporte la "pré-médication", médicaments relaxants à absorber par voie orale qui vous préparent à l'anesthésie.

Vous êtes ensuite conduite au bloc opératoire. Une perfusion est posée dans une veine du bras, elle permettra de vous endormir. Le masque à oxygène qui est placé sur votre bouche et votre nez ne sert pas à vous endormir mais vous aide à respirer. Une fois endormie, une sonde trachéale (tuyau) est passée par votre bouche pour permettre la respiration grâce à un dispositif d'assistance.
Le ventre et les parties génitales sont alors nettoyés avec un produit désinfectant et des "draps stérilisés" appelés "champs" sont posés sur vous (voir la photographie). Une sonde urinaire est mise en place dans la vessie. L'opération proprement dite peut commencer, elle va durer 1 à 2 heures.
Le ventre est d'abord gonflé avec du gaz. Ensuite 4 petits trous sont faits sur la peau, habituellement un au niveau du nombril et les 3 autres au niveau des poils du pubis. Par ces petits trous, des instruments sont passés et vont permettre de libérer l'utérus de toutes ses attaches. L'utérus est ensuite (le plus souvent) retiré par le vagin en coupant le fond du vagin. Le fond du vagin est ensuite refermé avec des fils qui disparaissent tous seuls en 15 jours à 3 semaines. Dans certains cas le chirurgien réalise une hystérectomie sub-totale, c'est à dire que le col de l'utérus est laissé en place. Dans ce cas l'utérus est extrait par les orifices de trocarts après morcellation. Les petits trous de la peau sont fermés avec un fil ou la pause d'une agraphe.
L'utérus enlevé est envoyé au laboratoire d'anatomie-pathologique pour être examiné, découpé et regardé au microscope. Ces techniques nécessitent plusieurs jours.

L'intervention terminée, le médecin anesthésiste vous réveille. La sonde trachéale est retirée. Vous êtes alors conduite en "salle de réveil". Cette pièce est située à proximité du bloc opératoire et permet votre surveillance jusqu'à un réveil complet (2 heures de surveillance habituellement). Après accord du médecin anesthésiste vous pouvez ensuite regagner votre chambre.

LES SUITES OPÉRATOIRES

La durée d'hospitalisation après l'intervention est d'environ 2 jours alors qu'elle est de 5 à 7 jours après une hystérectomie par laparotomie (ouverture du ventre). Le grand avantage de la chirurgie vaginale par rapport à la laparotomie est que la récupération après l'intervention est beaucoup plus rapide, parce qu'il n'y a pas eu de section de la paroi abdominale et parce que les intestins n'ont pas été exposés à l'air (ce qui perturbe leur fonctionnement).

Un traitement anti-douleur est systématiquement prescrit les premiers jours puis adapté à chaque cas.

Il est important de ne pas rester trop longtemps dans son lit afin de limiter le risque de formation de caillot dans les veines des jambes (phlébite), et ce, même si une injection d'anti-coagulant est réalisée chaque jour. Le "premier lever" (le lendemain de l'opération) doit être cependant réalisé avec l'aide des infirmières.

La sonde urinaire est le plus souvent retirée le lendemain de l'intervention.

La perfusion est habituellement retirée le lendemain ou le surlendemain de l'opération en fonction des douleurs et de la reprise du fonctionnement des intestins (gaz puis selles).

La reprise de l'alimentation est progressive sur 2 ou 3 jours : d'abord de l'eau, souvent dès le lendemain de l'opération, puis une alimentation légère, enfin une reprise normale de l'alimentation.

Les bains (et les rapports sexuels) sont déconseillés pour 4 semaines afin de protéger la cicatrice du fond du vagin. Les douches sont autorisées dès le lendemain de l'opération. Les petites cicatrices de la peau doivent être bien séchées, on peut ensuite soit les laisser "à l'air" c'est à dire sans pansement, soit mettre un pansement fin.

À la sortie de l'hôpital un arrêt de travail est prescrit d'environ 4 semaines. Prévoyez dans la mesure du possible qu'une personne de votre famille vienne vous chercher en voiture le jour de la sortie. Essayez d'organiser à l'avance votre retour à la maison pour pouvoir vous reposer. Vous pouvez dans certains cas demander à passer quelques jours en maison de repos, pensez alors à en faire la demande le plus tôt possible, avant même votre hospitalisation ou dès le début de celle-ci.

LA CONSULTATION POST OPÉRATOIRE

Cette consultation a lieu 3 à 6 semaines après l'intervention. Le chirurgien vérifie la bonne cicatrisation du ventre et du vagin. Si la cicatrisation du vagin est de bonne qualité, les bains et les rapports sexuels peuvent reprendre. Il en est de même pour l'activité physique, le chirurgien vous indique si vous pouvez reprendre une vie normale. Le chirurgien vous communique également les résultats de l'examen anatomo-pathologique (examen au microscope) qui a été réalisé sur votre utérus.

LES CONSÉQUENCES DE L'HYSTÉRECTOMIE

Menstruations (règles), grossesses :

Le fait d'enlever l'utérus entraîne un arrêt immédiat des règles (qui proviennent de l'élimination mensuelle de la muqueuse tapissant la cavité interne de l'utérus) et rend bien évidemment les grossesses impossibles.

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 conséquences supplémentaires.

La sexualité :
en dehors de certains gestes associés intéressant la muqueuse vaginale (comme par exemple le traitement de certains prolapsus), le vagin n'est pas altéré par l'hystérectomie et conserve donc son intégrité et sa sensibilité sans incidence sur la sexualité. Rien ne devrait changer sauf parfois pour les femmes qui s'imaginent qu'elles ont été atteintes dans leur féminité.

Autre :
les principales autres questions que se posent le plus souvent les femmes avant une hystérectomie concernent :

- La prise de poids : le fait d'enlever l'utérus ne modifie pas l'équilibre pondéral. Le risque de prise de poids est identique pour toute femme et corrélé à l'âge, avec un risque accru en période d'installation de la ménopause.
- La création d'un espace vide ou "trou" dans l'abdomen : cette notion est fausse, les organes de l'abdomen (intestin, vessie et rectum) occupent immédiatement la place de l'utérus (un utérus normal mesure 6 cm).
- L'incontinence urinaire : Il n'y a habituellement pas d'incontinence urinaire après hystérectomie, au contraire l'intervention permet quand cela est nécessaire de corriger une incontinence. On observe parfois quelques difficultés mictionnelles dans la période post-opératoire immédiate, difficultés toujours transitoires.
- La dépression : le fait d'enlever l'utérus ne devrait en rien influer sur l'humeur. Une modification de l'humeur peut se manifester en cas d'implication psychologique importante mais celle-ci n'est pas en rapport direct avec le geste chirurgical. Seule l'ablation des ovaires, provoquant une "ménopause artificielle" peut engendrer quelques troubles de l'humeur pouvant justifier d'un traitement hormonal.

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

LES RISQUES DE L'HYSTÉRECTOMIE

L'hystérectomie est une intervention courante, bien codifiée, qui ne pose dans la grande majorité des cas aucun problème. Cependant le risque zéro n'existe pas en médecine. Il y a d'une part le risque de l'anesthésie qui vous est expliqué lors de la consultation d'anesthésie et d'autre part le risque de l'intervention elle même. Les risques de l'intervention sont essentiellement une blessure des organes voisins (vessie, uretère, intestin) ou un saignement pouvant nécessiter une transfusion. Ces complications sont rares (moins de 1 % des cas), le plus souvent reconnues pendant l'opération et sans conséquences graves à long terme.
En post opératoire une infection, un hématome de la cicatrice peuvent rarement survenir. Les caillots dans les veines (phlébite avec risque d'embolie pulmonaire) sont exceptionnels.