

H YSTERECTOMIE

PATIENTE (ETIQUETTE)

CACHET DU MEDECIN

INTITULE DE L'INTERVENTION

QUELLE INTERVENTION VOUS EST PROPOSEE ET QUELLES SONT SES CONSEQUENCES POTENTIELLES ?

- **Hystérectomie totale interannexielle** : ablation totale de l'utérus (corps de l'utérus et col de l'utérus) sans exérèse ni des trompes utérines ni des ovaires. Lorsqu'elle est réalisée avant la ménopause, cette chirurgie a pour conséquences l'arrêt définitif des règles. En revanche, la conservation des ovaires permet un maintien de la sécrétion hormonale et n'engendre donc pas de ménopause.
- **Hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale** : il s'agit de l'ablation totale de l'utérus (corps de l'utérus et col de l'utérus) associée à l'exérèse des trompes utérines. Cette intervention est conservatrice ovaires. Lorsqu'elle est réalisée avant la ménopause, cette chirurgie a pour conséquences l'arrêt définitif des règles. En revanche, la conservation des ovaires permet un maintien de la sécrétion hormonale et n'engendre donc pas de ménopause.
- **Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale** : il s'agit de l'ablation totale de l'utérus (corps de l'utérus et col de l'utérus) associée à l'exérèse des ovaires et des trompes utérines (annexectomie). Lorsqu'elle est réalisée avant la ménopause, l'annexectomie engendre une ménopause avec des effets secondaires potentiels à court terme (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, irritabilité) et à long terme (ostéoporose, cardiovasculaire). Dans ce cas, il est important de prendre une supplémentation calcique et de poursuivre un suivi régulier par son gynécologue.
- **Hystérectomie sub-totale** : Il s'agit de l'exérèse du corps de l'utérus en conservant le col de l'utérus (extrémité intravaginale de l'utérus). Etant conservatrice du col de l'utérus, cette chirurgie nécessite la poursuite de la surveillance par frottis cervico-vaginaux auprès de votre gynécologue.

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

Le traitement chirurgical va se faire selon la taille de l'utérus, l'indication de la chirurgie, la morphologie de la patiente et les antécédents chirurgicaux, par voie vaginale, par voie coelioscopique, ou par ouverture du ventre (laparotomie).

Il est à noter que le « plan » opératoire initial, par exemple ablation par coelioscopie, peut être modifié en cours d'intervention si des circonstances locales l'exigent.

Il est indispensable que vous consentiez explicitement à une telle modification, ou extension préalablement à l'intervention

L'intervention se déroule au bloc opératoire sous anesthésie générale ou régionale (anesthésie rachidienne/péridurale). L'anesthésiste vous informera au cours de la consultation d'anesthésie obligatoire des détails et des risques spécifiques de la technique choisie.

Quelle que soit la voie d'abord, la vessie est vidangée systématiquement en début d'intervention. Soit par une sonde à usage unique immédiatement retirée, soit par la mise en place d'une sonde vésicale reliée à une poche et qui sera retirée soit immédiatement en fin d'intervention soit dans les suites post-opératoires en hospitalisation.

Traitement par voie vaginale

Le chirurgien fait descendre l'utérus dans le vagin et procède à son ablation en le libérant progressivement de toutes ses attaches. A la fin de l'intervention, il y a une cicatrice au fond du vagin, il n'y a pas de cicatrices sur le ventre.

Traitement par coelioscopie

La coelioscopie consiste en l'exploration et en la réalisation de gestes chirurgicaux éventuels dans la cavité abdominale à l'aide d'un appareil optique de quelques millimètres de diamètre introduit par une petite incision le plus souvent au niveau du nombril. La visualisation se fait sur un écran relié à la caméra fixée sur le système optique. Les actes opératoires sont pratiqués grâce à la mise en place d'entrées supplémentaires, au niveau de l'abdomen d'un diamètre habituel de 5 mm (pouvant aller jusqu'à 10 ou 12 mm), permettant le passage de tous les instruments nécessaires.

Pour permettre une bonne vision, un gaz (gaz carbonique) est introduit dans l'abdomen.

L'utérus, ainsi que les trompes et /ou les ovaires, sont libérés de leurs attaches et finalement enlevés à travers le vagin qui est ensuite suturé.

Traitement par laparotomie

Il s'agit de l'ablation de l'utérus, ainsi que les trompes et /ou les ovaires, par une incision abdominale en général transversale basse comme dans le cas d'une césarienne. La technique d'ablation est ensuite identique à ce qui a été décrit plus haut.

Chacune de ces voies a des avantages et des limites, le choix de la voie sera d'abord discuté avec votre chirurgien qui vous expliquera les raisons de son choix.

COMMENT SE DERoule LE POST-OPERATOIRE ?

- Une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pour une durée variable. Après intervention par voie basse une mèche ou compresse est parfois laissée dans le vagin dans les suites immédiates.
- En cas d'ouverture de l'abdomen, un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen pour éviter un hématome.
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire.

- En cas de chirurgie **par voie vaginale ou par cœlioscopie**, l'intervention est réalisée soit en ambulatoire (sortie le jour même de l'intervention) soit avec une hospitalisation courte (sortie le lendemain de l'intervention).
- En cas de chirurgie par **laparotomie**, la durée d'hospitalisation post-opératoire est en moyenne de 4 jours.

FAUT-IL S'ATTENDRE À DES COMPLICATIONS ?

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

Ceux-ci sont très rares et en général bien maîtrisés, mais vous devez connaître ces éventualités avant de vous décider à vous faire opérer.

PENDANT L'INTERVENTION :

- Des hémorragies abondantes qui, dans certains cas, rendent une transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins nécessaires.
- Des blessures d'organes voisins (uretère, vessie, intestin, nerf) peuvent entraîner, par exemple un trouble de la miction (vidange de la vessie) ou de l'activité intestinale et peuvent dans des cas isolés rendre d'autres opérations nécessaires.
- Très rarement, des lésions par compression de nerfs ou de parties molles dues à la position imposée par l'opération. Ceci s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants et/ou au courant électrique.

APRÈS L'INTERVENTION :

- Des phénomènes douloureux, principalement dans l'abdomen, pouvant s'étendre aux épaules, dus à la présence de gaz dans le ventre.
- Des hémorragies secondaires qui peuvent encore survenir plusieurs jours après l'intervention et nécessiter une opération ou une transfusion de sang.
- Des infections pouvant nécessiter l'administration d'antibiotiques et un nouveau geste chirurgical.
- La formation de caillots de sang (thrombose) et l'obstruction de vaisseaux (par exemple dans les poumons) provoquées par la migration de fragments de caillots.
- Une occlusion intestinale pouvant nécessiter d'autres opérations.
- Des troubles de la cicatrisation.
- Rarement la formation de fistules (communication pathologique entre la vessie ou l'uretère et le vagin, ou le vagin et l'intestin, ou le vagin et la vessie) qui rendent une opération nécessaire.
- Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou des séquelles graves.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS À SUIVRE APRÈS L'INTERVENTION ?

Un arrêt de travail vous est généralement prescrit.

Il est recommandé d'éviter tout rapport sexuel, port de tampon, bain, ou activités aquatiques, ainsi que toute activité sportive soutenue jusqu'à votre consultation post opératoire.

En post-opératoire, si vous observez des saignements continus très importants, des pertes malodorantes, des douleurs inhabituelles, ou de la fièvre, ou pour toute autre question, n'hésitez pas à contacter l'équipe médicale.

DES EXAMENS DE CONTRÔLE SONT-ILS NÉCESSAIRES ?

Il est indispensable de vous revoir 3-4 semaines après votre intervention afin de vous communiquer les résultats et de contrôler la cicatrisation.

En fonction du résultat de l'opération et des résultats de l'analyse tissulaire réalisée, des examens de contrôle peuvent se révéler nécessaires.

Vous et/ou votre médecin traitant en serez/sera informé(s).

L'équipe médicale, chirurgicale et soignante reste à votre disposition pour répondre à vos différentes questions.

NUMEROS EN CAS D'URGENCE :

Du lundi au vendredi de 8h à 17h

- Service de Chirurgie Gynécologique et Mammaire du Pr UZAN :

Consultation (Bâtiment Antonin Gosset)	01.42.17.81.03 01.42.17.81.33
--	----------------------------------

Salle d'hospitalisation :	01.42.17.81.91 01.42.17.81.85
---------------------------	----------------------------------

- Service de Gynécologie Obstétrique du Pr DOMMERGUES :

Consultation (Maternité)	01.42.17.77.08
--------------------------	----------------

Du lundi au vendredi après 17h, weekend et jours fériés

- Urgences gynécologiques 01.42.17.77.42

Date

Signature de la patiente