ASSPRO SCIENTIFIQUE

Cachet du médecin

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

HYSTÉRECTOMIE (ABLATION DE L'UTÉRUS)

→ PATIENTE

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

☐ Subtotale

☐ Totale

→ VOIE D'ABORD

☐ Abdominale

☐ Coelioscopie

☐ Coelioscopie préparée

☐ Vaginale

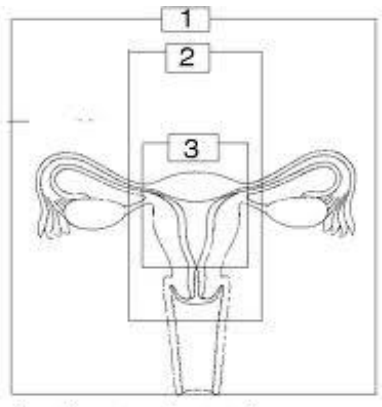
POUR QUELLE RAISON UNE HYSTÉRECTOMIE EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

Les raisons les plus importantes sont :

- → Soit des tumeurs bénignes, type myome lorsque l'ablation partielle n'est pas possible et/ou si la patiente ne désire plus de grossesse,
- → Soit des modifications suspectes du tissu utérin,
- → Soit des précurseurs de lésions malignes de l'utérus,
- → Soit des hémorragies importantes pour lesquelles les médicaments n'ont pas été suffisamment efficaces.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTS TYPES D'HYSTÉRECTOMIE ?

L'hystérectomie peut être totale ou subtotale, dans l'hystérectomie subtotale, le col de l'utérus est conservé.



1: hystérectomie totale
2: hystérectomie conservatrice
3: hystérectomie subtotale

2, rue Villaret de Joyeuse 75017 Paris • **T** +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr

De plus l'hystérectomie est dite conservatrice quand les ovaires sont conservés ou non conservatrice lorsqu'ils ne le sont pas. Les ovaires sont généralement enlevés lorsque l'hystérectomie est pratiquée après la ménopause. En effet, l'ablation des ovaires entraîne une ménopause chirurgicale.

A ce sujet, on entend souvent dire que telle ou telle patiente a eu « la totale » et qu'ensuite elle a pris du poids etc... Il s'agit d'un terme tout à fait impropre à une hystérectomie totale. Enlever les ovaires n'a strictement aucune conséquence hormonale ou sur le poids.

Certains gestes, en particulier urinaires, sont parfois associés à l'hystérectomie, notamment en cas de fuites urinaires associées. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien avant l'intervention.

PAR QUELLE VOIE SE FAIT L'HYSTÉRECTOMIE ?

Elle peut se faire par les voies naturelles : c'est l'hystérectomie vaginale.

Elle peut se faire par voie abdominale soit par cœlioscopie, soit par une incision (laparotomie identique à une césarienne).

Parfois, l'hystérectomie est vaginale mais préparée par une cœlioscopie préalable.

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.

Traitement par cœlioscopie

Pour ce faire, le chirurgien commence à insuffler quelques litres de gaz carbonique dans l'abdomen au moyen d'une aiguille ou d'un tube fin (c'est ce qu'on appelle le pneumopéritoine). Une optique est ensuite introduite par une courte incision ombilicale de l'ordre du cm. Là aussi, l'intervention est suivie sur un écran vidéo.

2 à 3 courtes incisions (de 5 à 10 mm) sont pratiquées dans la partie basse de l'abdomen.

Elles servent à introduire les instruments opératoires. L'incision ombilicale est « l'œil » de l'opérateur, les autres incisions sont « ses mains ». L'utérus est libéré de ses attaches et finalement est enlevé à travers le vagin qui est ensuite suturé.

Il est à noter que le « plan » opératoire initial, par exemple l'ablation par cœlioscopie, 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.

Traitement par laparotomie

Le chirurgien peut préférer enlever l'utérus 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.

COMPLICATIONS PENDANT L'INTERVENTION

De plusieurs ordres :

- Blessure des organes proche du site opératoire : essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Leur blessure accidentelle peut être favorisée par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet, en général, une réparation sans séquelle.

  Dans de rarissimes cas, une dérivation intestinale temporaire (anus artificiel pendant quelques semaines) peut être nécessaire.

- Hémorragique : une hémorragie abondante peut survenir, habituellement rapidement jugulée mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérivés sanguins. Les complications de ces transfusions, en particulier le risque de transmission de maladies infectieuses type hépatite ou sida, est devenue exceptionnelle et fait l'objet d'un protocole spécial de suivi.

  Lorsqu'une telle hémorragie est envisagée, le chirurgien peut vous proposer d'effectuer un prélèvement de sang avant l'intervention pour réaliser le cas échéant une autotransfusion. Cette éventualité reste exceptionnelle dans ce cas.

2, rue Villaret de Joyeuse 75017 Paris • **T** +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr

- Compression des nerfs ou des parties molles : ces cas sont extrêmement rares et dus à une mauvaise position pendant l'intervention. Les lésions disparaissent en règles spontanément dans les semaines qui suivent et il est très rare que persistent des sensations de fourmillements ou d'engourdissements. Cela s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants ou au courant électrique.

COMPLICATIONS APRÈS L'INTERVENTION

Là aussi, elles sont de plusieurs ordres et très rares:

- Infection : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques une infection du site opératoire peut survenir, en général facilement maitrisées. Une infection urinaire est une éventualité moins rare en règle facilement traitée.
- Hémorragies secondaires, très rares mais pouvant imposer une ré-intervention, voire une transfusion.
- Une occlusion intestinale est possible dans les suites de toute intervention abdominale et peut nécessiter une ré-intervention s'il existe une adhérence ou une torsion de l'intestin sur lui-même.
- Complications générales comme une phlébite, voire une embolie pulmonaire, là aussi extrêmement rare en raison de la prévention systématique qui est réalisée.
- Fistules (communication anormale entre deux organes), elles sont exceptionnelles mais nécessitent en général un geste opératoire complémentaire.

QUELQUES QUESTIONS SOUVENT POSÉES AVANT L'INTERVENTION

- **Aurais-je encore mes règles ?** Non
- **Prendrais-je du poids ?** Non
- **Y aura-t-il des modifications hormonales ?** Non, si les ovaires ont été conservés. Oui, si les ovaires ont été retirés, auquel cas apparaissent souvent des bouffées de chaleur susceptibles d'être traitées par votre gynécologue.
- **Les frottis de dépistage sont ils nécessaires après hystérectomie ?** Non, si le col a été enlevé (hystérectomie totale). Oui, si le col a été gardé (hystérectomie subtotale)

Si vous utilisez la version numérique :

☐ Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher

2, rue Villaret de Joyeuse 75017 Paris • **T** +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr