FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

HYSTÉRECTOMIE

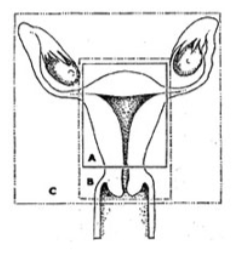
Votre médecin vous a proposé une intervention nommée hystérectomie.

La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l’opération qu’il vous a conseillée.

QU’EST CE QU’UNE HYSTERECTOMIE?

L’hystérectomie consiste en l’ablation chirurgicale de l’utérus.

Si le col est laissé en place on parle d’hystérectomie subtotale ( A)  
I il y a ablation du col de l’utérus. Il s’agit d’une hystérectomie totale (B)  
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 ou non conservatrice (C)



POUR QUELLE RAISON UNE HYSTÉRECTOMIE EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

Soit des tumeurs bénignes, type fibromes lorsque l’ablation partielle n’est pas possible et/ou si la patiente ne désire plus de grossesse,

Soit des hémorragies importantes pour lesquelles les médicaments n’ont pas été suffisamment efficaces.

Soit des de lésions précancéreuses de l’utérus,

Soit un cancer de l’uterus ( cancer du col, cancer de l’endomètre, sarcome utérin )

COMMENT PRATIQUE T’ON L’HYSTERECTOMIE?

L’intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (péri- durale ou rachi-anesthésie), selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l’anesthésiste.

Plusieurs techniques selon l ‘indication, la taille de l’utérus et votre morphologie:

1- Hystérectomie par voie abdominale (ou voie haute)

Dans ce cas, l’intervention est réalisée par une ouverture de l’abdomen

2- Hystérectomie vaginale (ou par voie basse)

Le chirurgien fait descendre l’utérus dans le vagin et procède à son ablation en le libérant progressivement de toutes ses attaches .L’intervention se déroule par les voies naturelles et ne comporte pas d’incision abdominale. Parfois cependant, pour faciliter certains temps opératoires, il peut être nécessaire d’avoir recours à une cœlioscopie.

3- Hystérectomie par coelioscopie exclusive

Pour ce faire, le chirurgien commence à insuffler quelques litres de gaz carbonique dans l’abdomen (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 10mm) 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.

4- Colpo-Hystérectomie élargie

Dans certains cancers il peut être nécessaire d ‘enlever du vagin ou d ‘emporter les paramètres

5- Curages pelviens et/ou lombo-aortique

Dans certains cas il peut être nécessaire de prélever des ganglions dans un but de stadification de la maladie cancéreuse.

Ces prélèvements peuvent être réalisés avant, pendant ou après l ‘intervention

QUE SE PASSE T-IL APRES UNE HYSTERECTOMIE

• Si vous n’êtes pas ménopausée avant l’intervention

La principale manifestation après une hystérectomie sera l’absence de règles et l’impossibilité de grossesse, ce qui ne signifie pas que vous serez ménopausée.  
Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persistera jusqu’à la ménopause naturelle. Vous n’aurez ni bouffées de chaleur ni autre manifestation de ménopause après l’intervention.

Si les ovaires sont retirés, l’intervention entraîne une ménopause et vous pourrez avoir ensuite des manifestations telles que des bouffées de chaleur. Vous pourrez discuter avec votre médecin de la possibilité d’un traitement médical substitutif.

• Si vous êtes ménopausée avant l’intervention

Il n’y aura pas de modification particulière après.

• Dans tous les cas

L’hystérectomie ne modifie pas la possibilité ni la qualité des rapports sexuels. Il n’y a aucune raison que vous ayez des manifestations telles qu’une prise de poids ou une dépression, quelquefois imputées à l’hystérectomie.

Vous n ‘aurez plus de règles ni besoin d ‘une contraception

COMPLICATIONS

L’hystérectomie est une intervention courante et bien maîtrisée dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

* COMPLICATIONS PENDANT L’INTERVENTION
* Blessure des organes proches du site opératoires : 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 abondantes peut survenir, habituellement rapidement jugulées mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérives 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.
* 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 maitrisés. 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 rares 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.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antecedents 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.

* COMPLICATIONS PROPRES AUX CURAGES
* Lymphocèle: apparition d'une collection lymphatique au niveau des zones de curage
* Il peut nécessiter un drainage par ponction ou par reprise chirurgicale.
* paralysie du nerf obturateur responsable d'une anesthésie de la face interne de la cuisse et une paralysie des muscles adducteurs de la cuisse. Cette atteinte est le plus souvent lentement régressive, sauf lors de section complète du nerf, et est liée à une lésion du nerf obturateur lors de la dissection opératoire.
* Lymphoedème du membre inférieur

DEROULEMENT DE L’ HOSPITALISATION

* Avant l'opération :

— une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention

— vous serez hospitalisée la veille ou le matin de l’opération   
 — après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire   
 — une perfusion sera mise en place puis l’anesthésie sera réalisée.

• Après l'opération :

—  vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ;   
—  une sonde urinaire ainsi 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 sera instauré dans les suites ;

—  un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire(jusqu’à un mois)

—  la reprise d’une alimentation normale est rapide

—  la sortie a généralement lieu entre le 2e et le 7e jour post-opératoire ;

—  les douches sont possibles quelques jours après l’opération mais il est recommandé d’attendre trois semaines avant de prendre un bain.

* Après la sortie :

— il est recommandé d’attendre la visite post-opératoire pour reprendre une activité sexuelle

— après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d’en informer votre médecin..