

Chirurgiens : Pr G. Body, Pr H. Marret, Pr L. Ouldamer
Dr A. Jacquet, Dr T. Hebert, Dr I. Kellal

Fiche d'information aux patientes

Hystérectomie

Madame,
Votre médecin vous a proposé un traitement chirurgical nommé hystérectomie.
Ce document d'information a pour but de vous expliquer les principes de cette intervention.

QU'EST-CE QU'UNE HYSTÉRECTOMIE ?

L'hystérectomie consiste en l'**ablation chirurgicale de l'utérus**.

Elle comporte en général l'ablation du col de l'utérus : il s'agit alors d'une **hystérectomie totale**.

Selon les cas, il peut être souhaitable ou nécessaire de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes : dans ce cas l'intervention est nommée **hystérectomie avec annexectomie** (encore appelée **hystérectomie non conservatrice**).

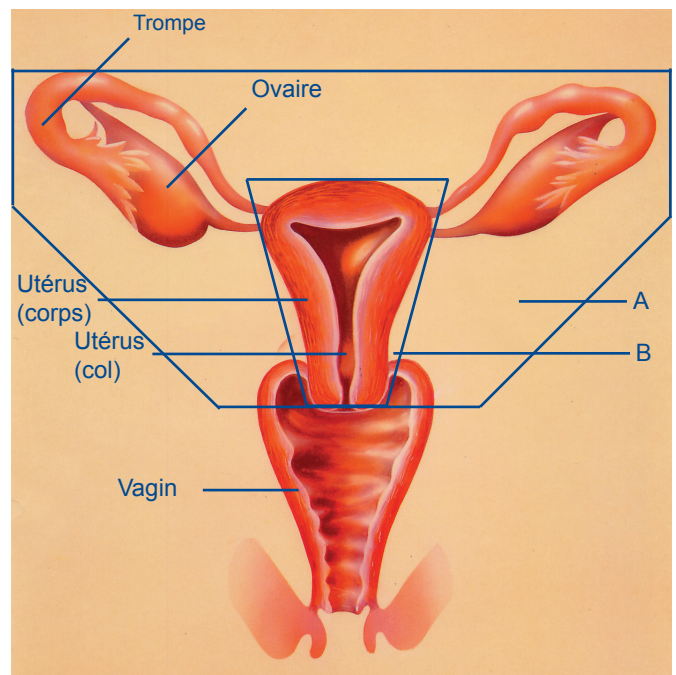


Schéma de l'appareil génital féminin
et les deux principaux types d'hystérectomie
A : Hystérectomie totale avec ablation des ovaires
B : Hystérectomie totale avec conservation des ovaires

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie), selon votre choix et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.



Schéma des organes pelviens féminins

L'intervention peut être réalisée par 3 voies d'abord différentes :

1- Hystérectomie vaginale (ou par voie basse)

L'intervention se déroule alors par les voies naturelles et ne comporte pas d'incision abdominale. Il est cependant parfois nécessaire pour faciliter certains temps opératoires, d'avoir recours à une coelioscopie. En cas de difficulté ou de complication per-opératoire, le chirurgien peut décider de changer de voie d'abord (laparoconversion), en terminant l'intervention par voie abdominale.

2- Hystérectomie abdominale (ou par voie haute)

L'intervention est réalisée par une ouverture de l'abdomen, horizontale ou verticale, en fonction de l'indication chirurgicale.

3- Hystérectomie coelioscopique

L'intervention est réalisée à l'aide d'une caméra dans l'abdomen, ainsi que de long instruments très fins. La caméra et les instruments sont passés dans des tubes, de petit diamètre (les trocars) eux-mêmes passés au travers de la paroi de l'abdomen. Les incisions sont généralement au nombre de 4 : 1 au niveau de l'ombilic et 3 au niveau du bas du ventre.

Dans certains cas, votre chirurgien peut vous proposer de faire cette intervention par coelioscopie robot assistée.

COMMENT SE DÉROULE L'HOSPITALISATION ?

❑ Avant l'opération :

Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée 1 à 2 semaines avant l'intervention. Vous serez hospitalisée la veille de l'opération.

La veille de l'intervention une préparation digestive sera réalisée

Après une prémédication, vous serez conduite au bloc opératoire, une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée

Il est indispensable de ne prendre aucun médicament contenant de l'aspirine dans les 10 jours avant et après l'intervention. 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.

❑ Après l'opération :

Vous passerez en salle de réveil où la surveillance post-opératoire sera faite pendant 2 heures environ, avant de retourner dans votre chambre.

La sonde urinaire est enlevée le lendemain de l'intervention, la perfusion intraveineuse est laissée en place pendant 24 à 48 heures en fonction de la reprise du transit intestinal. Après l'intervention par voie basse une mèche ou compresse est parfois mise en place dans le vagin à la fin de l'intervention ; elle sera retirée dans les 24 à 48 heures.

En cas d'ouverture de l'abdomen, un drain est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen pour éviter la constitution d'un hématome.

La prévention d'une phlébite des membres inférieurs est assurée par un lever précoce ; un traitement anticoagulant et le port de bas de contention. Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période post-opératoire.

La reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les 2 à 3 jours suivant l'intervention, en fonction de la reprise du transit intestinal.

La sortie a généralement lieu entre le 3^{ème} (hystérectomie vaginale ou hystérectomie coelioscopique) et le 7^{ème} jour post-opératoire (hystérectomie abdominale).

Il est recommandé d'attendre 1 mois après l'opération pour reprendre des bains et une activité sexuelle, et 2 à 3 mois pour la reprise du sport en cas d'hystérectomie abdominale.

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 de consulter votre médecin.

QUELLES SONT LES CONSEQUENCES D'UNE HYSTÉRECTOMIE ?

❑ Si vous n'êtes pas ménopausée avant l'intervention :

Les principales manifestations après une hystérectomie sont l'absence de règles et de possibilité de grossesse, ce qui ne signifie pas que vous serez ménopausée.

Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persiste jusqu'à votre ménopause naturelle. Il n'y a le plus souvent ni bouffées de chaleur ni autre manifestation de ménopause après l'intervention.

Si les ovaires sont retirés, l'intervention entraîne la ménopause et vous pourrez avoir alors des manifestations telles que des bouffées de chaleur. Vous pourrez, dans ce cas, discuter avec votre médecin de la possibilité d'un traitement hormonal substitutif.

❑ Si vous êtes ménopausée avant l'intervention :

Il n'y aura pas de modification particulière.

❑ Dans tous les cas :

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

Si vous le souhaitez, il vous est possible de rencontrer en consultation la psychologue du service.

La pièce opératoire (l'utérus +/- les ovaires) est toujours analysée et le résultat de cette analyse vous sera communiqué par votre chirurgien.

LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION

L'hystérectomie est une intervention courante et bien réglée dont le déroulement est simple dans la très grande majorité des cas.

❑ Pendant l'intervention :

1- L'ouverture de l'abdomen : Elle peut parfois s'avérer nécessaire alors que l'intervention était prévue par voie basse ou par coelioscopie. La voie d'abord peut être modifiée (laparoconversion) selon les constatations faites au cours de l'intervention, ou lors de la survenue de complications peropératoires.

2- L'hémorragie : Elle peut rarement nécessiter une transfusion sanguine.

3- Les lésions d'organe(s) de voisinage de l'utérus :

Elles peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale, des voies urinaires ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique.

❑ En post-opératoire :

1- L'hématome de la paroi abdominale :

Il nécessite le plus souvent des soins locaux, mais une évacuation chirurgicale est rarement nécessaire.

2- L'abcès de la cicatrice abdominale ou vaginale

Il est traité par des soins locaux, parfois par un drainage chirurgical.

3- L'infection urinaire : Elle est généralement sans gravité et traitée par antibiotiques.

4- La phlébite des membres inférieurs et l'embolie pulmonaire : Leur prévention repose sur le lever précoce, le port de bas de contention et d'injections quotidiennes d'anticoagulant.

5- L'occlusion intestinale : Elle peut nécessiter un traitement médical, voire une réintervention chirurgicale.

6 - Comme pour toute intervention chirurgicale, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou des séquelles graves.

Numéros de téléphone utiles

Les numéros de telephone Utiles

Secrétariat d'hospitalisation gynécologie :

02 47 47 92 91

Urgences Gynécologiques :

02 47 47 92 90 ou 02 47 47 47 47 poste 7 20 87

Pour plus d'informations :

www.chu-tours.fr

