

CHIRURGIE POUR ENDOMETRIOSE PROFONDE

PATIENTE (ETIQUETTE)

CACHET DU MEDECIN

INTITULE DE L'INTERVENTION



QU'EST CE QU'UNE ENDOMÉTRIOSE ?

L'endométriose consiste au développement de la muqueuse utérine (endomètre) en dehors de la cavité utérine. Ce développement peut se faire sur n'importe lequel des organes abdominaux mais surtout sur les organes pelviens, en particulier les ovaires, les ligaments qui soutiennent l'utérus et le péritoine. Dans les cas les plus sévères, l'endométriose peut envahir l'intestin, la vessie, l'uretère (le canal reliant le rein à la vessie) ou le vagin.

La muqueuse utérine en position anormale va suivre les variations du cycle menstruel, et en particulier saigner sur place au moment des règles, entraînant kystes et adhérences à ce niveau.

L'endométriose provoque des douleurs, surtout au moment des règles et/ou de l'infertilité.

Douleurs et infertilité sont les deux raisons qui poussent le chirurgien à proposer une intervention chirurgicale visant à éradiquer l'ensemble des lésions d'endométriose.

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

La prise en charge chirurgicale de l'endométriose repose sur l'exérèse de l'ensemble des lésions d'endométriose. La complexité du geste chirurgical va dépendre de l'extension de la maladie qui est évaluée le plus précisément possible en préopératoire par un bilan d'imagerie complet. Cependant, malgré la précision des examens complémentaires disponibles, certains gestes chirurgicaux ne pourront être décidés qu'en per-opératoire.

Il est indispensable que vous consentiez explicitement à toutes les éventualités préalablement à l'intervention.

Les gestes opératoires possibles sont :

- **Résection du torus utérinum et d'un ou des deux ligaments utérosacrés.** Il s'agit de la résection d'une lésion envahissant le torus utérinum, une zone située sur la face postérieure de l'utérus au niveau de l'insertion de deux ligaments, que l'on appelle les ligaments utéro-sacrés. Au niveau de ces ligaments, cheminent des fibres nerveuses qui jouent un rôle important dans la capacité de vidange de la vessie. Lorsque la lésion d'endométriose est étendue, on peut être contraint de sectionner ces fibres nerveuses ce qui est responsable, dans environ 10 à 20% des cas de difficultés à vidanger la vessie en post-opératoire (dysurie). Ces difficultés se traduisent par la nécessité d'avoir recours à des autosondages, c'est à dire la vidange de la vessie à l'aide d'une sonde par la patiente 4 à 5 fois par jour. Le plus souvent, ces autosondages sont nécessaires de quelques jours à quelques semaines. Dans certains cas exceptionnels, la dysurie post-opératoire est définitive.

- **Exérèse de kyste (kystectomie), vaporisation ou fenestration de kyste.** Il s'agit du traitement des kystes ovariens dus à l'endométriose. Le choix de la technique va dépendre de la taille des kystes et de la réserve ovarienne (qui est un reflet du stock d'ovocytes). En effet, pour chaque patientes, il faut mettre en balance le risque de récurrence par rapport au risque d'altération de l'ovaire par la chirurgie. En cas de saignements important et non contrôlable, on peut être contraint, au cours de l'intervention et dans des cas exceptionnels, de réaliser une ovariectomie (ablation de l'ovaire) pour arrêter le saignement.

- **Hystérectomie totale** : Dans certains cas, en fonction de l'étendue des lésions et de l'âge de la patiente, on peut associer une hystérectomie totale, c'est-à-dire une ablation totale de l'utérus (corps de l'utérus et col de l'utérus) le plus souvent conservatrice 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.

- **Colpectomie partielle** : Il s'agit de l'exérèse d'une pastille de vagin atteint par l'endométriose.

-**Urétérolyse extensive et/ ou ré-implantation de l'uretère dans la vessie** : en cas d'atteinte proche voire englobant l'uretère (canal amenant l'urine du rein vers la vessie), on libère l'uretère de la maladie. Lorsque l'atteinte est très proche de l'uretère, cela peut nécessiter la mise en place en pré-opératoire d'une sonde dans le rein (sonde JJ), voire une ré-implantation de l'uretère dans la vessie. La réimplantation de l'uretère dans la vessie consiste à aboucher l'extrémité de l'uretère sur une zone saine de la vessie. Cette chirurgie est faite en collaboration avec le chirurgien urologue qui vous expliquera les risques spécifiques de la chirurgie.

- **Cystectomie partielle** : il s'agit d'une résection d'une partie de la vessie. Ce geste a pour conséquence la nécessité de garder une sonde dans la vessie en post-opératoire jusqu'à ce que la vessie soit bien cicatrisée (entre 5 et 10 jours en moyenne). De plus, lorsque l'atteinte par l'endométriose se situe à proximité de l'abouchement des uretères (canaux amenant l'urine du rein vers la vessie), cela peut nécessiter la mise en place en pré-opératoire d'une sonde dans le rein (sonde JJ), voire une ré-implantation de l'uretère dans la vessie. La réimplantation de l'uretère dans la vessie consiste à aboucher l'extrémité de l'uretère sur une zone saine de la vessie. Cette chirurgie est faite en collaboration avec le chirurgien urologue qui vous expliquera les risques spécifiques de la chirurgie.

- **Chirurgie pour lésion digestive** : en cas d'atteinte digestive par l'endométriose il existe plusieurs chirurgies possibles. Selon les cas, on effectue une résection superficielle (shaving) sans ouverture du tube digestif, une résection d'une pastille intestinale ou une résection d'un segment intestinal. Toute chirurgie intestinale a pour risque spécifique l'apparition de fistules (communication anormale entre deux organes) en post-opératoire. Dans certaines situations à haut risque, le chirurgien peut être amenée à réaliser préventivement une dérivation intestinale (anus artificiel sur la paroi abdominale) qui sera refermée après environ 3 mois. En cas de résection d'un segment intestinal, il existe une accélération du transit en post-opératoire (jusqu'à 10 selles par jour environ) régressant après plusieurs mois.

COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

L'endométriose profonde se traite le plus souvent par coelioscopie. Dans certains cas, en raison de conditions techniques, on peut privilégier la chirurgie par incision directe (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. 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.

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.

COMMENT SE DERoule LE POST-OPERATOIRE ?

- Une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pour une durée variable.
- Un drain (tuyau en plastique) est parfois mis en place pour quelques jours à travers la paroi de l'abdomen.
- Selon les gestes réalisés, il peut être nécessaire de vérifier la qualité des mictions après ablation de la sonde vésicale en mesurant le résidu post-mictionnel par un sondage parfois répété après plusieurs mictions de suite. En cas de mauvaise qualité de la vidange vésicale (dysurie) il sera mis en place des autosondages.
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire.
- La reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux jours suivant l'opération.
- La sortie a généralement lieu entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour postopératoire.

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.

Ces complications doivent être particulièrement soulignées dans le cas de l'endométriose, car il s'agit d'une chirurgie souvent difficile en raison des adhérences et de l'inflammation qui compliquent très notablement le geste du chirurgien, de sorte que malgré une technique irréprochable, certaines complications sont possibles.

PENDANT L'INTERVENTION :

- 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 très rares 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, sont devenues exceptionnelles et font 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.

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.

- En cas de résection d'une lésion d'un ou des ligaments utéro-sacrés il existe un risque de difficultés à vidanger la vessie en post-opératoire (dysurie). Ces difficultés se traduisent par la nécessité d'avoir recours à des autosondages, c'est à dire la vidange de la vessie à l'aide d'une sonde par la patiente 4 à 5 fois par jour. Le plus souvent, ces autosondages sont nécessaires de quelques jours à quelques semaines. Dans certains cas exceptionnels, la dysurie post-opratoire est définitive.
- 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. En cas de fistule digestive, une dérivation intestinale temporaire (anus artificiel pendant quelques semaines) peut être nécessaire.
- Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou des séquelles graves.

A DISTANCE DE L'INTERVENTION :

- Risque de récurrence de l'endométriose profonde entre 10 et 20% des cas.
- En cas de dysurie post-opératoire, il existe un risque très rare de récupération incomplète et de dysurie définitive.
- Conséquences obstétricales : en cas de grossesse, un antécédent de chirurgie pour endométriose profonde peut modifier la conduite à tenir vis-à-vis de l'accouchement et de l'indication éventuelle d'une césarienne.

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