

H YSTERECTOMIE

POUR PATHOLOGIE MALIGNE

AVEC STADIFICATION GANGLIONNAIRE

PATIENTE (ETIQUETTE)

CACHET DU MEDECIN

INTITULE DE L'INTERVENTION



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

Hystérectomie

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

Elle comporte également en général l'ablation du col de l'utérus : il s'agit alors d'une hystérectomie totale. Lorsque l'intervention ne comporte pas d'ablation du col : il s'agit d'une hystérectomie sub-totale.

Il peut être nécessaire, dans certains cancers, d'enlever le tissu situé de part et d'autre de l'utérus (les paramètres) : il s'agit d'une hystérectomie élargie.

Il est souvent nécessaire dans un contexte de cancer de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes, l'intervention est dénommée dans ce cas hystérectomie avec annexectomie. L'ablation des ovaires entraîne une ménopause chirurgicale.

Une hystérectomie réalisée après un traitement par irradiation externe et chimiothérapie est appelée « hystérectomie de clôture ».

Stadification ganglionnaire

La stadification ganglionnaire consiste à pratiquer l'exérèse des ganglions et du tissu adipeux situés le long de structures vasculaires : vaisseaux iliaques pour le curage pelvien et aorte et veine cave jusqu'à la veine rénale gauche pour le curage lombo-aortique.

La stadification ganglionnaire peut être nécessaire d'une part à visée diagnostique pour évaluer l'extension de la maladie cancéreuse et d'autre part à visée thérapeutique pour enlever les ganglions lymphatiques atteints. Cet élément d'information permet d'orienter la thérapeutique à suivre.

La procédure du ganglion sentinelle consiste à repérer puis à retirer le premier ganglion vers lequel se draine la tumeur. Si l'analyse du ganglion sentinelle retrouve une extension de la maladie ou s'il n'est pas retrouvé de ganglion sentinelle, un curage complémentaire pourra être réalisé dans le même temps opératoire ou secondairement lors d'une autre intervention chirurgicale.

L'indication et le choix de la technique utilisée dépendra de la pathologie et sera discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire.

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

Hystérectomie

Elle se fait le plus souvent par voie abdominale : soit par cœlioscopie, soit par une incision abdominale (horizontale (comme une incision de césarienne) ou bien verticale). Plus rarement en cas de cancer, elle peut se faire par les voies naturelles : c'est l'hystérectomie vaginale.

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.

Chirurgie 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.

Chirurgie par laparotomie

Le chirurgien peut préférer enlever l'utérus par une incision abdominale. La technique d'ablation est ensuite identique à ce qui a été décrit plus haut.

Chirurgie 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.

Stadification ganglionnaire

Prélèvement du ganglion sentinelle

Une injection d'un isotope radioactif est tout d'abord réalisée dans le col de l'utérus en médecine nucléaire avant l'intervention (la veille ou le matin). Cette injection n'est pas douloureuse et est réalisée sans anesthésie par les voies naturelles par un chirurgien gynécologue. Une deuxième injection, cette fois-ci d'un colorant bleu, est réalisée dans le col de l'utérus sous anesthésie générale au début de l'intervention. De rares cas d'allergie au « bleu » ont été décrits et peuvent justifier l'interruption de l'intervention.

En cours d'intervention, généralement par voie cœlioscopique, le ganglion sentinelle sera repéré visuellement par sa coloration bleu et/ou par une sonde spéciale détectant l'isotope radioactif.

Si l'analyse du ganglion sentinelle retrouve une extension de la maladie ou s'il n'est pas retrouvé de ganglion sentinelle, un curage complémentaire pourra être réalisé dans le même temps opératoire ou secondairement lors d'une autre intervention chirurgicale.

Curage des ganglions pelviens

L'exérèse des ganglions lymphatiques pelviens est généralement réalisée par la même voie d'abord que l'hystérectomie : cœlioscopie ou laparotomie

Curage des ganglions lymphatiques lombo-aortiques

L'exérèse des ganglions lymphatiques lombo-aortiques est généralement réalisée par la même voie d'abord que l'hystérectomie : cœlioscopie ou laparotomie.

COMMENT SE DERoule LE POST-OPERATOIRE ?

- Vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre.
- Une sonde vésicale, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pour une durée variable. En cas d'hystérectomie élargie, après le retrait de la sonde vésicale, il peut apparaître des difficultés à réaliser une miction spontanée complète. En cas de difficulté mictionnelle, on peut être amené à proposer transitoirement une nouvelle sonde vésicale ou bien à réaliser des sondages « aller-retour » avec apprentissage de l'auto-sondage.
- Après intervention par voie basse une mèche ou compresse est parfois laissée dans le vagin dans les suites immédiates.
- Avant la fermeture de la plaie opératoire, un ou plusieurs drains (tubes en matière plastique) peuvent être mis en place pour l'évacuation des sécrétions.
- Un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
- 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 deux jours suivant l'opération.
- La sortie a généralement lieu entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour post-opératoire.
- Des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.

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.

En dépit de toute la méticulosité apportée, il est possible que des troubles surviennent dans des cas isolés pendant et après l'opération. Ils sont, cependant, le plus souvent immédiatement reconnus et se maîtrisent bien en règle générale.

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 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.
- Compression des nerfs ou des parties molles : ces cas sont extrêmement rares et dus à la 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.
- En cas de difficultés per opératoires majeurs, on peut être amené à renoncer au geste chirurgical complet.

APRÈS L'INTERVENTION :

- Infection : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques une infection du site opératoire peut survenir, en général facilement maîtrisées. 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.
- En cas d'hystérectomie élargie, après le retrait de la sonde vésicale, il peut apparaître des difficultés à réaliser une miction spontanée complète. En cas de difficulté mictionnelle, on peut être amené à proposer transitoirement une nouvelle sonde vésicale ou bien à réaliser des sondages « aller-retour » avec apprentissage de l'auto-sondage.
- Les hystérectomies « de clôture » sont réalisées dans un contexte de tissus fragilisés par les traitements adjuvants (radio-chimiothérapie) et sont plus à risque d'hémorragie, d'infection et de fistule.
- Des collections de lymphe (lymphocèle) peuvent apparaître en regard des régions de lymphadenectomie. Elles sont le plus souvent asymptomatiques et ne nécessitent pas de traitement. Dans certains cas, leur volume important peut justifier de les ponctionner parfois de façon itérative. Ces lymphocèles peuvent parfois se surinfecter, justifiant la prescription d'un traitement antibiotique et la réalisation d'un drainage.
- De légers gonflements des membres inférieurs peuvent apparaître après le curage des ganglions lymphatiques au cours des premières semaines. Des gonflements plus importants (lymphoedèmes) surviennent en cas de stase lymphatique.

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