

FICHE D'INFORMATIONS DES PATIENTES

ENDOMETRECTOMIE : TECHNIQUES DE 2EME GÉNÉRATION DESTRUCTION ENDOMETRIALE

Nom du médecin

Madame.....
Date de la remise de la fiche :

Cette fiche remise par votre chirurgien gynécologue a pour but de compléter les explications données lors de votre consultation. N'hésitez pas à le solliciter en cas de questions.

Qu'est-ce qu'une endométrectomie ?

L'endométréctomie consiste à retirer l'endomètre c'est-à-dire la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'utérus pour diminuer les saignements au cours des règles (en cas de règles hémorragiques ou très longues (encore appelées ménorragies) ou pour faire une analyse complète de l'endomètre.

Le but de l'intervention est de diminuer le volume des règles voire de faire disparaître les règles.

Efficacité :

L'efficacité (en termes de diminution des saignements et/ou des douleurs pelviennes) de la thermodestruction est d'environ 50 à 80%. En cas d'échec, votre chirurgien vous proposera d'autres alternatives.

Quel type d'anesthésie ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, régionale (anesthésie rachidienne) ou anesthésie locale (bloc paracervical et du fond utérin).

L'anesthésiste vous informera en particulier des détails et des risques de la technique choisie.

Comment se déroule l'intervention ?

Cette intervention dure entre 10 et 30 minutes. Le plus souvent, l'intervention a lieu en ambulatoire avec retour au domicile le soir même de la chirurgie ou anesthésie locale (bloc paracervical parfois associé à un bloc du fond utérin).

Quelles sont les techniques de la destruction endométriale ?

Une seule technique chirurgicale existe. Mais il existe différents matériels. Le choix de la technique dépend de votre anatomie et des habitudes de votre chirurgien.

L'intervention est sans cicatrice par les voies naturelles. Elle nécessite la mise en place d'un spéculum. Elle consiste à introduire par le vagin puis par le col de l'utérus une petite caméra : l'hystéroscope. Ceci permet de voir l'intérieur de la cavité afin de s'assurer de l'absence de pathologie qui ne permettrait pas la réalisation de ce type d'intervention.

Par exemple une malformation de l'utérus, un très gros fibrome...

Dans ce cas, un système de résection avec une anse sous contrôle visuel peut être proposé et il sera effectué une résection plus ou moins complète de l'ensemble de l'endomètre.

Un prélèvement de muqueuse est effectué pour analyse et les résultats seront communiqués par le chirurgien dans un délai d'une quinzaine de jours.

Quand la forme de la cavité le permet, un système de petit ballon ou d'autres types d'applicateurs sont ensuite placés dans la cavité et par une montée en température vont aller détruire la muqueuse par un simple contact sur l'endomètre. La procédure dure entre 3 et 10 minutes selon le type de dispositif.

Ce geste peut se coupler avec les autres interventions d'hystérocopie opératoire comme l'ablation des polypes et fibromes de petites tailles préalablement à la thermocoagulation afin d'avoir une cavité libre de déformation.

Au cours de ces gestes, comme pour toute chirurgie gynécologique nous pouvons par nécessité réaliser un toucher vaginal ou rectal, injecter un colorant bleu au niveau utérin, vésical ou rectal. Enfin dans certains cas, une sonde urinaire et/ ou une mèche vaginale peuvent être mise en place de manière temporaire.

Recommandations pré opératoires :

L'intervention est si possible et en général réalisée en dehors de saignement important ou en dehors des règles. Il existe un risque que votre intervention soit décalée si vous avez vos règles ou des saignements importants le jour prévu de l'intervention. N'oubliez pas de préciser au chirurgien et à l'anesthésiste vos traitements personnels afin de voir si certains doivent être arrêtés en vue du geste opératoire.

Cette intervention ne peut être proposée qu'aux femmes qui ne désirent plus de grossesse car l'absence de muqueuse endométriale altère la fertilité future.

Si l'endométréctomie diminue la fertilité, elle n'est pas pour autant contraceptive et devra donc nécessiter des mesures contraceptives préventives dont il est possible de fixer les modalités avant l'intervention.

Comment se déroule le post-opératoire ?

Vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre. La surveillance du saignement sera réalisée par l'équipe soignante.

Vous pourrez manger et retourner à domicile dès l'accord donné par le chirurgien. Les suites ne sont peu ou pas douloureuses.

Une prescription d'antalgiques simples vous sera remise.

Dans les jours suivants vous observerez quelques saignements mineurs qui peuvent durer deux à trois semaines. Il est possible de reprendre une activité dès le lendemain.

Les seules interdictions concernent les bains qui sont à éviter pendant environ deux semaines. Il ne faut pas mettre de protection à type de tampon ou de cup en post opératoire.

Faut-il s'attendre à des complications ?

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 toutes les précautions apportées, il est possible que des troubles surviennent dans des cas isolés pendant et après l'opération.

En pratique :

Avant l'intervention

- Une consultation préanesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention.
- En dehors des cas urgents, cette consultation a lieu au moins 48h avant votre passage au bloc opératoire.

Pendant l'intervention

- Une hémorragie ou des complications de l'anesthésie sont rarissimes.
- Une perforation de l'utérus peut se produire et la procédure devra alors être interrompue mais pourra être reprogrammée à distance. Ce risque est plus élevé chez les patientes ménopausées, qui n'ont jamais eu d'enfant par voie naturelle ou en cas d'antécédent de conisation.

Après l'intervention

- Vous ressentirez une sensation de tiraillements ou des petites douleurs comme des règles dans les premières heures qui seront bien soulagées par les traitements antalgiques prescrits.
- Des pertes sanguines ou liquidiennes peuvent être présentes plusieurs semaines après le geste.

A distance de l'intervention

- Par la suite le volume des règles est fortement diminué. Elles peuvent être absentes ou si faibles qu'elles sont peu perceptibles.

Serais-je ménopausée si je n'ai plus mes règles après la chirurgie ?

Non. La ménopause correspond à l'arrêt de sécrétion hormonale par les ovaires durant 12 mois. Dans cette chirurgie c'est la réduction de volume de la muqueuse qui explique la réduction du flux menstruel. Il n'y a pas de conséquence sur le fonctionnement ovarien.

Quelles sont les recommandations à suivre après l'intervention ?

Il est recommandé d'éviter tout rapport sexuel, port de tampon, bain, ou activités aquatiques, pendant une quinzaine de jours et dès lors qu'il y a encore des pertes sanguines liées à l'intervention.

Y a-t-il un arrêt de travail ?

Un arrêt de travail vous est généralement prescrit de quelques jours mais il n'est pas obligatoire et le travail est en général possible dès le lendemain. En cas de complication, l'arrêt de travail peut être prolongé.

Motifs devant amener à consulter avant le contrôle post-opératoire :

En post-opératoire, si vous observez des saignements continus très importants, des pertes malodorantes, des douleurs inhabituelles, ou de la fièvre, n'hésitez pas à contacter l'équipe chirurgicale

