ASSPRO SCIENTIFIQUE

cachet du médecin

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE DE L'ENDOMÉTRIOSE

→ PATIENTE

Nom

Prénom

→ NATURE 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 génitaux, en particulier l'ovaire.

La muqueuse utérine en position anormale va suivre les variations du cycle menstruel, et en particulier saigner sur place au moment des règles, entrainant 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.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Le seul traitement susceptible de guérir l'endométriose est chirurgical.

Tous les traitements médicaux peuvent être une aide, en particulier sur l'aspect douloureux de l'endométriose, mais il est illusoire d'imaginer guérir de l'endométriose à l'aide de médicaments même par injection.

En revanche, après l'intervention, certains traitements susceptibles d'aider à prévenir une récidive vous seront peut être proposés par votre chirurgien.

PAR QUELLE VOIE SE TRAITE L'ENDOMÉTRIOSE ?

Elle peut se faire, soit par voie laparotomie (incision sur le ventre), soit par cœlioscopie.
Dans certaines localisations vaginales, un geste complémentaire peut être effectué par cette voie.

Traitement 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 ».

Le but de la cœlioscopie va être de supprimer par exérèse, ou coagulation, l'ensemble des lésions endométriotiques que ce soit sur les ovaires, le péritoine, mais parfois la vessie ou le gros intestin.

2, rue Villaret de Joyeuse 75017 Paris • T +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr

La voie cœlioscopique est de plus en plus utilisée en raison de la qualité de la vision et du coté moins invasive de cette approche.

Il est à noter que le « plan » opératoire initial, par exemple ablation par cœlioscopie, peut être modifié en cours d'intervention si des circonstances locales l'exigent.

Traitement par laparotomie

Le chirurgien peut préférer utiliser l'incision abdominale, en général transversale basse comme dans le cas d'une césarienne. La technique de traitement est ensuite identique à ce qui a été décrit plus haut.

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.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Aucune intervention n'est complètement dénuée de risques !

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 notoirement le geste du chirurgien, de sorte que malgré une technique irréprochable, certaines complications sont possibles.

COMPLICATIONS 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.
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 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

→ Infection : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques, une infection du site opératoire peut survenir, en général facilement maitrisée. 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.

2, rue Villaret de Joyeuse 75017 Paris • T +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr

ASSPRO
SCIENTIFIQUE

QUELQUES QUESTIONS SOUVENT POSÉES AVANT L'INTERVENTION

→ **La récidive est-elle obligatoire ?** Non, mais la récidive n'est pas rare et nécessite une surveillance particulière par votre chirurgien.

→ **Puis-je avoir un enfant normalement après l'opération ?** Oui, souvent cela dépend de la gravité de l'endométriose. Dans les cas les plus sérieux (stade 4), on admet qu'un traitement chirurgical bien réalisé permet une grossesse spontanée d'environ 50% des cas. En cas d'échec, il vous sera proposé de recourir à la FIV (fécondation in vitro).

→ **Est-ce que mes règles ne seront plus douloureuses ?** Le résultat sur les douleurs menstruelles est variable, et dépend de la participation de l'endométriose dans ce symptôme.

Si vous utilisez la version numérique :

☐ Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher

2, rue Villaret de Joyeuse 75017 Paris • T +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr