

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE DE L'ENDOMÉTRIOSE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

QU'EST-CE QU'UNE ENDOMETRIOSE ?

L'endométriose est une maladie fréquente dans laquelle on assiste à un 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, et 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, entraînant kystes et adhérences à ce niveau.

L'endométriose provoque deux types de symptômes :

- Des douleurs, surtout au moment des règles mais parfois en dehors
Ces douleurs sont souvent intenses, parfois accompagnées de douleurs à la défécation, douleurs pour uriner et douleurs lors des rapports sexuels. Elles sont parfois localisées à d'autres endroits (épaule, membre inférieur, etc..) mais c'est beaucoup plus rare.
- Une diminution de la fertilité (qu'il ne faut pas confondre avec stérilité beaucoup de patientes atteintes d'endométriose sont capables d'avoir des enfants sans que leur endométriose n'ait été traitée)

La douleur est la principale raison qui pousse le chirurgien à proposer une intervention chirurgicale visant à éradiquer l'ensemble des lésions d'endométriose.

On admet que l'endométriose se présente de 3 façons différentes (qui peuvent être associées)

- L'endométriose superficielle dans laquelle les lésions se situent en général sur le péritoine (feuillet qui recouvre les organes pelviens). Elle peut être très étendue.
- L'endométriose ovarienne qui réalise des kystes (appelés endométriome) sur un ou les deux ovaires. Leur taille est variable, parfois considérable (10CM de diamètre).

- L'endométriose profonde, faite de « nodules » qui vont se situer profondément en arrière de l'utérus, au fond du vagin, mais également sur le rectum, le gros intestin, voire la vessie ou même dans de rares cas sur le diaphragme ou encore en dehors de la cavité abdominale.

Il est important de signaler qu'il n'y a pas de réelle corrélation entre l'importance des douleurs et l'importance des lésions. On admet que 4,5% des endométrioses profondes importantes ne donnent pas de douleur, à l'inverse des lésions minimales peuvent être très douloureuses

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Il existe deux types de traitement médical et chirurgical :

- Les traitements médicaux font appel à différents types d'hormones qui vont « bloquer » la fonction ovarienne. En effet l'ovaire sécrète des hormones qui sont le véritable « carburant » de l'endométriose.

En général, le traitement médical reste la première option. Il ne guérit pas la maladie mais il la stabilise et fait régresser les lésions avec pour effet de diminuer voire d'enlever les douleurs.

Bien évidemment ces traitements ont tous un effet contraceptif et ne peuvent être utilisés si la patiente est en recherche de grossesse.

- Le traitement chirurgical se propose d'éradiquer les lésions (c'est-à-dire de les enlever), c'est le seul traitement qui peut entraîner une guérison de la maladie.

En fonction de la localisation des lésions, l'on conçoit que cette chirurgie puisse être complexe en particulier si l'intestin est atteint.

Après l'intervention, certains traitements susceptibles d'aider à prévenir une récurrence vous seront probablement 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 coelioscopie.

Dans certaines localisations vaginales, un geste complémentaire peut être effectué par cette voie.

Traitement par coelioscopie

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 coelioscopie va être d'enlever soigneusement, l'ensemble des lésions endométriotiques que ce soit sur les ovaires, le péritoine, mais parfois la vessie ou le gros intestin. Pour ce faire plusieurs instruments peuvent être utilisés : bistouri électrique mais aussi énergie Plasma ou Laser CO2

La voie coelioscopique est préférentiellement utilisée en raison de la qualité de la vision et du côté moins invasive de cette approche.

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.

Compte tenu de la complexité des lésions il n'est pas rare que le chirurgien gynécologue fasse appel à un chirurgien digestif ou urologue en fonction des lésions existantes. L'opération se faisant conjointement « à quatre mains ».

Dans ce cas vous en serez avertie et vous rencontrerez bien évidemment le second chirurgien avant de vous faire opérer.

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.

La voie coelioscopique est en général préférée. Néanmoins 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 notablement le geste du chirurgien, de sorte que malgré une technique irréprochable, certaines complications sont possibles.

Complications pendant l'intervention

- Blessure des organes proches du site opératoire, essentiellement digestifs (intestin). 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 rares cas, une dérivation intestinale temporaire (anus artificiel avec poche pendant quelques semaines) peut être nécessaire.

Dans certaines localisations surtout si deux organes proches sont atteints, certains chirurgiens choisissent par sécurité de réaliser préventivement une dérivation intestinale pour 2 ou 3 semaines. Vous en serez également avertie par avance. La mise en place d'une « poche » a pour but de minimiser les complications pouvant survenir lorsque l'intestin a été intéressé par l'intervention : dès que l'on enlève une lésion sur l'intestin et que l'on suture la plaie, il peut arriver que la suture « lâche » avec issue de liquide intestinal en dehors de l'intestin réalisant ce que l'on nomme une fistule, susceptible d'entraîner une péritonite importante et potentiellement grave. La mise en place d'une poche (dérivation) dans ces circonstances permet de s'assurer qu'il n'y aura pas de « fuites » de liquide intestinal se répandant dans le ventre ce qui provoquerait une péritonite.

- Complications urinaires : il peut s'agir soit de la vessie soit de l'uretère.

Ouverture vésicale : il ne s'agit pas à proprement parler d'une complication mais plutôt la conséquence d'un nodule d'endométriose envahissant la paroi de la vessie et nécessitant donc son ouverture. La réparation est en général très simple mais nécessite de garder une sonde urinaire pendant 8 à 10 jours pour s'assurer de la bonne étanchéité de la vessie.

Blessure de l'uretère : L'uretère est le canal qui conduit l'urine du rein à la vessie. Il est fréquemment intéressé par le processus endométriosique et se retrouve adhérent à l'intestin dans les endométrioses importantes. Malgré les précautions prises, il peut arriver que l'uretère soit blessé, voire qu'il devienne nécessaire de le couper. Sa réparation immédiate par suture directe ou réimplantation dans la vessie est alors possible mais ce geste nécessitera qu'une sonde soit laissée à demeure dans l'uretère pendant quelques semaines pour assurer la cicatrisation. Son ablation se fait très finalement par cystoscopie (endoscopie de la vessie réalisée en principe au cabinet).

- **Hémorragie** : c'est une complication extrêmement rare dans la chirurgie de l'endométriose. 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.

Complications après l'intervention

- **Infection** : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques, une infection du site opératoire peut survenir, en général facilement maîtrisée. Une infection urinaire est une éventualité, moins rare, en règle facilement traitée.
- **Hémorragies secondaires** : très rares mais pouvant imposer une réintervention, voire une transfusion.
- **Occlusion intestinale** : possible dans les suites de toute intervention abdominale et peut nécessiter une réintervention, 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 rares en raison de la prévention systématique qui est réalisée.
- **Fistules** (communication anormale entre deux organes) : très rares mais nécessitent en général un geste opératoire complémentaire avec souvent réalisation d'un abouchement temporaire de l'intestin à la peau avec mise en place d'une poche.
- **Complications vésicales** : lorsque les lésions sont importantes, en particulier au niveau du rectum ou des ligaments de l'utérus, il peut arriver que les petits filets nerveux qui innervent la vessie soient atteints. Dans ce cas il se peut que la miction devienne difficile, nécessitant parfois des auto-sondages réguliers de la vessie pour la vider. Le trouble cesse en général rapidement mais dans de rares cas peut parfois durer plusieurs semaines.
- **Altération de la fertilité** : lorsque l'endométriose atteint le ou les ovaires, l'ablation chirurgicale des kystes ovariens peut entraîner une diminution de la réserve ovarienne, qui peut être préjudiciable pour concevoir.

Différentes techniques existent (Plasma, laser, alcoolisation des kystes), elles auront été discutées au préalable avec votre chirurgien. En particulier, cela dépend du désir de grossesse, du caractère bilatéral ou non des kystes et bien sûr au final de votre décision, les techniques qui laissent le kyste en place diminuant moins la réserve des ovaires mais exposant plus fréquemment aux récurrences.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

QUELQUES QUESTIONS SOUVENT POSÉES AVANT L'INTERVENTION

- **La récurrence est-elle obligatoire ?** Non, mais la récurrence peut exister dans les années qui suivent 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 traitement chirurgical est en principe très efficace sur les douleurs et la qualité de vie en général. Néanmoins compte tenu de l'aspect très inflammatoire de la maladie, l'amélioration est souvent progressive sur plusieurs cycles, raison pour laquelle un traitement hormonal pour mettre les ovaires au repos quelques mois est souvent proposé.

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.