



Experts et humains

Hystérectomie subtotale par laparoscopie



GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT & D'ENSEIGNEMENT

Il importe de noter que ce guide émet des recommandations conformes aux informations scientifiques disponibles au moment de sa publication, soit au 15 août 2011. Toutefois, ces recommandations n'ont aucunement pour effet de remplacer le jugement d'un clinicien. Si vous avez des questions, nous vous invitons à communiquer avec l'équipe de professionnels de la santé qui supportera votre réadaptation. Si, d'une façon ou d'une autre, vous faisiez une mauvaise utilisation de l'information contenue dans ce document, le CHUQ ne pourra être tenu responsable de dommages de quelque nature que ce soit à cet égard.

Qu'est-ce que l'hystérectomie subtotale par laparoscopie ?

Cette intervention consiste à enlever le corps de l'utérus en laissant en place le col de l'utérus.

LE DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

Cette procédure se fait sous anesthésie générale.

Lorsque vous êtes endormie, la région abdominale est nettoyée avec un savon antimicrobien. Par la suite, le gynécologue pratique une petite incision dans l'ombilic et fait trois autres incisions sur l'abdomen. Chaque incision mesure entre 5 et 20 millimètres maximum.

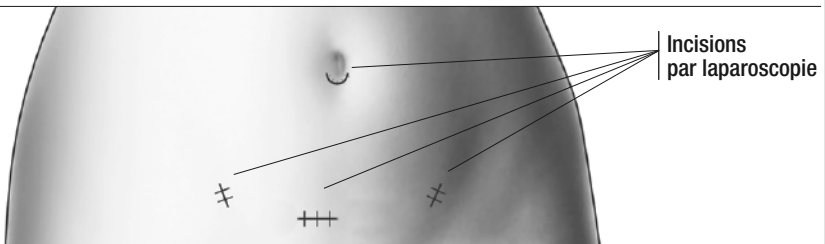
Le laparoscope est alors introduit au niveau de l'ombilic pour permettre au chirurgien de voir à l'intérieur de l'abdomen. Une certaine quantité de gaz carbonique est insufflée dans l'abdomen. Le gaz permet de mieux voir l'intérieur.

Le gynécologue enlève le corps de l'utérus à l'aide d'instruments insérés dans les trois autres incisions. Le col de l'utérus et les ovaires sont laissés en place.

Cependant, s'il a été entendu avec votre médecin d'enlever ovaire(s) et trompe(s), il le fera lors de cette même chirurgie.

Lorsque la chirurgie est terminée, le gynécologue laisse échapper le gaz carbonique et retire les instruments.

Pour fermer les incisions, il utilise des points fondants. Des diachylons de rapprochement peuvent aussi être utilisés pour bien refermer les plaies.



LES CONSÉQUENCES DE LA CHIRURGIE

Après l'hystérectomie, vous n'aurez plus de menstruations et vous ne pourrez plus avoir de grossesse. Cependant, moins de 5 % des femmes peuvent expérimenter un « spotting cyclique » soit comme une mini menstruation.

Des précisions concernant les ovaires

Si vous n'êtes pas ménopausée et que vous avez conservé 1 ou 2 ovaires ou même une partie d'un ovaire, il est possible de ressentir une ovulation. Vous pourrez également ressentir une congestion pelvienne et mammaire cyclique.

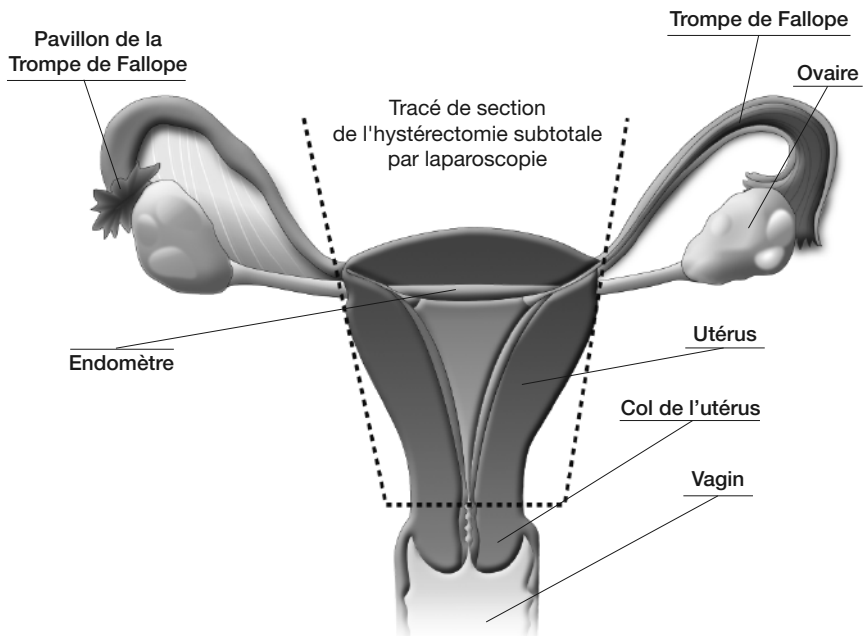
L'hystérectomie ne provoque pas les manifestations de la ménopause. Cependant, si vos ovaires ont déjà cessé de fonctionner ou si vos 2 ovaires sont enlevés lors de la chirurgie, vous ressentirez probablement des symptômes de la ménopause tels que des bouffées de chaleur. Votre médecin discutera avec vous de l'indication de vous donner un remplacement hormonal.

LES AVANTAGES DE L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE PAR LAPAROSCOPIE

« Cette technique est moins effractive que l'hystérectomie totale par laparotomie (*grande incision sur votre ventre*). Elle cause moins de douleurs postopératoires, moins de complications pendant et après la chirurgie. Elle permet également un retour aux activités normales, incluant les relations sexuelles, soit 3 à 4 semaines après l'intervention. »

Référence :

LABERGE P. « Surgical approach to hysterectomy : introducing the concept of technicity » JOGC (2009)



Les risques reliés à la laparoscopie

IL N'Y A PAS DE CHIRURGIE SANS RISQUE

Les interventions chirurgicales par laparoscopie comportent plusieurs avantages dont une douleur postopératoire et une durée de la convalescence qui sont nettement diminuées par rapport aux interventions faites par une incision traditionnelle. La laparoscopie comprend toutefois certains risques opératoires qui sont reliés au passage de trocars (*petits tubes*) à travers la paroi abdominale. Ceux-ci serviront par la suite de porte d'entrée pour les différents instruments chirurgicaux. Un trocar est placé juste sous l'ombilic par une incision de 10mm puis un, deux ou trois trocars sont placés au bas de l'abdomen par des incisions variant de 5 à 20 mm.

Le passage d'un trocar pourrait être responsable de la formation d'un hématome suite à la déchirure d'un vaisseau sanguin qui se situe dans la paroi de l'abdomen. L'hématome cause une tuméfaction de la peau avec une sensibilité et une décoloration et nécessite habituellement la prise d'analgésique et/ou l'emploi de compresse pour le traiter.

Les incisions comme toutes autres blessures à la peau peuvent donner lieu à une infection qui pourrait nécessiter un drainage par la réouverture de celles-ci. Les infections reliées à la laparoscopie sont exceptionnelles, étant donné la faible dimension des incisions.

LES TRAUMATISMES

Les interventions par laparoscopie peuvent aussi être responsables de complications liées au traumatisme des structures qui se retrouvent dans l'abdomen principalement l'intestin, la vessie et les vaisseaux sanguins :

- un traumatisme à l'intestin se traite le plus souvent par la fermeture avec quelques points, mais peut parfois nécessiter d'en enlever une partie ;
- une blessure à la vessie se traite par la fermeture à l'aide de quelques points et la mise en place d'une sonde temporaire ;
- un traumatisme d'un vaisseau sanguin peut entraîner une hémorragie avant que celui-ci ne soit maîtrisé et peut nécessiter des transfusions.

La majorité de ces traumatismes devront être réparés par l'ouverture de l'abdomen (*laparotomie*). Il est important de considérer que ces risques sont peu fréquents. Finalement, une laparotomie pourrait être rendue nécessaire si l'intervention chirurgicale prévue ne peut être complétée par voie laparoscopique.

Les risques reliés à la laparoscopie

AUTRES COMPLICATIONS

Bien que les complications de l'hystérectomie subtotale par laparoscopie soient très rares, elles peuvent néanmoins survenir comme dans tout type d'intervention chirurgicale.

Ainsi, il peut se produire des complications graves telles des infections sévères, nécessitant la réadmission à l'hôpital et le traitement avec des antibiotiques. Une hémorragie vaginale avec ou sans anémie peut requérir des transfusions sanguines. Comme le chirurgien travaille au voisinage de l'intestin, de la vessie, des uretères et de gros vaisseaux sanguins, une blessure à l'un de ces organes peut se rencontrer. Des réactions sévères à l'anesthésie, une phlébite ou une embolie gazeuse (*blocage par un caillot ou de gaz carbonique d'une veine ou des poumons*) peuvent survenir. Bien que les risques de complications graves d'une hystérectomie subtotale par laparoscopie soient parmi les plus bas de toutes les chirurgies majeures, vous devez en évaluer les avantages et les bénéfices avec votre médecin.

COMPLICATIONS MINEURES

Des complications moins sévères peuvent également résulter d'infections de plaie, pulmonaires, urinaires, vaginales ou du petit bassin.

Il peut se produire :

- des saignements vaginaux ou de la plaie avec ou sans anémie ;
- des nausées, des vomissements ;
- de la constipation, des diarrhées ;
- un blocage intestinal transitoire ;
- des brûlures gastriques ;
- des problèmes urinaires sous forme de brûlement et de difficulté à uriner.

Ces complications sont habituellement sans conséquence à long terme.

Les conséquences de la chirurgie

Après une hystérectomie subtotale, vous n'aurez plus la possibilité d'avoir des enfants. Vous n'aurez plus de menstruations, moins ou pas de douleurs et vous diminuez vos risques de cancer gynécologique (*utérus et col utérin*).

DES PRÉCISIONS CONCERNANT VOTRE COL ET VOS OVAIRES

Quelques patientes ayant subi une hystérectomie subtotale par laparoscopie continueront de présenter des saignements cycliques. Puisque le col utérin demeure en place chez ces patientes, il est également nécessaire d'assurer un suivi périodique pour le dépistage du cancer du col. Les ovaires vont continuer de produire des hormones et des ovules. Ces ovules ne peuvent être fertilisés et se résorbent à l'intérieur de l'abdomen.

Par ailleurs, si les ovaires sont enlevés, il s'ensuit une privation hormonale (*ménopause chirurgicale*) qui peut se corriger par une hormonothérapie de substitution, prévenant ainsi les symptômes de ménopause et la perte osseuse accélérée (*ostéoporose*).

Certaines patientes vont éprouver des changements émotionnels après l'hystérectomie subtotale. Ces problèmes dépendent beaucoup de leur préparation psychologique avant l'intervention, du temps de survenue de l'intervention et surtout la disparition des symptômes.



VIE SEXUELLE ET HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

D'autres peuvent éprouver des changements de leur sexualité après l'hystérectomie subtotale. De rares femmes ne ressentiront plus les contractions utérines qu'elles éprouvaient lors de l'orgasme. Toutefois, la grande majorité des patientes ne verront aucun changement de leur sexualité après une hystérectomie. D'autres verront au contraire, leur désir sexuel augmenter, car elles n'auront plus à se soucier de la peur d'être enceinte ou de présenter des saignements ou des douleurs lors de leurs activités sexuelles.

Combien de temps resterez-vous à l'hôpital ?

Dans la plupart des cas, vous demeurerez **24 heures à l'hôpital**.

Dans certains cas, et après discussion avec votre gynécologue, cette opération pourra être effectuée en **CHIRURGIE D'UN JOUR**, ce qui veut dire que vous ne dormirez pas à l'hôpital. Une relance téléphonique est alors faite par l'infirmière de chirurgie d'un jour, tôt le lendemain matin, sauf les samedis, les dimanches et les congés fériés.

Pour un retour sécuritaire à la maison, dans les 2 cas, il est **OBLIGATOIRE d'avoir un accompagnateur responsable pour la sortie de l'hôpital** et cette personne devra demeurer avec vous à la maison pour les premières 24 heures et plus longtemps si nécessaire.



Le saviez-vous ?

La médication administrée pendant l'intervention peut causer de la maladresse, des problèmes d'équilibre, des étourdissements, de la faiblesse et même affecter le jugement.

Pour les prochaines 24 heures suivant l'intervention, il est recommandé de :

- s'abstenir de prendre de l'alcool, des drogues ou des médicaments causant de la somnolence autre que ceux prescrits par votre médecin ;
- ne pas conduire une automobile ou manipuler de la machinerie dangereuse ;
- s'abstenir de prendre des décisions importantes.

À propos de votre convalescence

QUI VOUS ACCOMPAGNERA ?

Numéros de téléphone : _____

Résidence : _____

Travail : _____

Cellulaire : _____

LA DURÉE DE LA CONVALESCENCE

- De 3 à 8 semaines.

LE DÉROULEMENT ET LES RECOMMANDATIONS

- **Soulagement de la douleur** : Il est possible que vous ressentiez des courbatures ou un inconfort aux épaules et aux côtes ainsi qu'une douleur aux incisions. C'est normal. Cet inconfort peut être causé par le gaz carbonique qui a été injecté dans votre abdomen au moment de la chirurgie. Prenez la médication analgésique prescrite par votre médecin.
- **Pertes vaginales** : Il est possible que vous ayez de légères pertes rougeâtres ou brunâtres durant quelques jours. Ce n'est pas inquiétant.
- **Repos** : Vous pouvez vous sentir un peu étourdie ou fatiguée durant quelques jours. C'est normal et c'est souvent causé par l'anesthésie. Reposez-vous durant la semaine qui suit l'opération.
- **Reprise des activités** : Si votre état le permet, vous pourrez reprendre vos activités habituelles **3 semaines après l'opération**. Évitez de lever des poids lourds (*plus de 10 kg*) durant au moins 3 semaines. Si vous avez de jeunes enfants, prévoyez de l'aide à la maison.
- **Relations sexuelles** : Vous pouvez reprendre vos relations sexuelles **4 semaines après l'opération**, si absence de saignements vaginaux ou de douleurs, à moins d'avis contraire de votre médecin.

À propos de votre convalescence

- **Conduite automobile :** Ne conduisez pas votre automobile durant la première semaine de votre convalescence ou tant que la douleur, la fatigue et la prise d'analgésiques (*causant parfois de la somnolence*) vous incommoderont. Pensez à vous et aux autres !
- **Soins d'hygiène :** Vous pouvez prendre une douche dès que vous vous sentez en confiance pour le faire. Il est préférable d'attendre environ **5 jours avant de prendre un bain.**
- **Soins des plaies opératoires :** Vous devez nettoyer les petites plaies à l'aide d'une tige montée (Q-Tips) et d'un peu de peroxyde, **une fois par jour pendant 7 jours.** Généralement, les points de suture utilisés sont des points fondants.

LA VISITE DE CONTRÔLE

- Vous devez **revoir votre gynécologue 6 à 8 semaines après la chirurgie.** Vous devrez prendre votre rendez-vous en téléphonant :

CHUL : 418 654-2295 de 8 h à 12 h et de 13 h à 16 h.

HSFA : Téléphoner au bureau de votre gynécologue

** N.B.: Puisque le col utérin est toujours présent, vous devez continuer la visite annuelle chez votre médecin afin de subir une cytologie cervico-vaginale (Pap Test). Si vous avez conservé un ou deux ovaires, le suivi médical s'impose également.*



DATE DE LA VISITE DE CONTRÔLE

Gynécologue : _____

Téléphone : _____

Date : _____

Signes et symptômes à surveiller

Si vous observez de tels signes, vous devez alors consulter rapidement votre gynécologue.



ALERTE !

CE QUE VOUS DEVEZ SURVEILLER À VOTRE RETOUR À LA MAISON

En plus des complications possibles après toute chirurgie, vous devez surveiller particulièrement :

- La présence de **douleurs** ou des **crampes abdominales intenses** non soulagées par la prise d'analgésiques.
- La présence d'une **sensibilité abdominale importante** en appuyant sur votre ventre, en marchant ou en toussant.
- Un état général perturbé (*moche*) avec une température buccale à 38°C et plus à 2 reprises consécutives avec un intervalle de 4 heures entre chaque prise.
- Une **rougeur au niveau des mollets et de la douleur** qui augmente lors de la marche.
- La présence de **saignements rouge clair abondants**.
Ex. : vous imbitez une serviette hygiénique ou plus par heure sur une durée de 4 à 6 heures consécutives.
- La présence de **pertes vaginales malodorantes** ou de couleur **jaune verdâtre** ou d'une **autre couleur** suspecte.
- Si vos **plaies** sont **rouges, enflées** ou qu'elles présentent un **écoulement suspect**.
- Si présence de **sang** dans les **urines** ou une sensation de brûlure en urinant.
- Si persistance de **nombreuses mictions** ou d'urgence mictionnelle.

Comment rejoindre votre gynécologue ?

Dépendamment des jours et des heures d'ouverture du bureau, vous pourrez le rejoindre ainsi :

CHUL : Secrétariat de gynécologie : **418 654-2738**
Du lundi au vendredi de 8 h à 16 h.

HSFA : Téléphoner au bureau de votre gynécologue

Autres numéros de téléphone utiles :

Chirurgie d'un jour – CHUL : 418 525-4444 poste 47448

Chirurgie d'un jour – HSFA : 418 525-4341

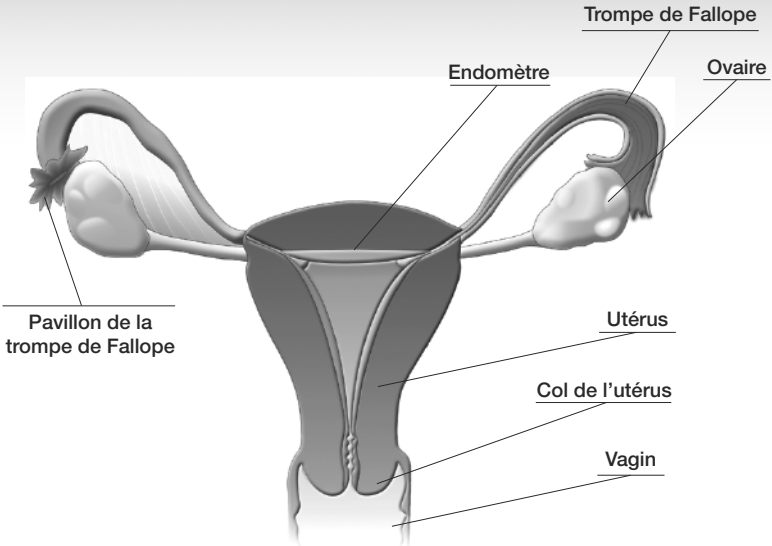
Info Santé : 418 648-2626 ou composez le 811

- Si vous êtes inquiète, que vous vous sentez de moins en moins bien d'heure en heure, rendez-vous à l'urgence de l'hôpital où vous avez subi la chirurgie dans la mesure du possible ; sinon consultez à l'urgence la plus près de chez vous.
- En cas d'urgence, vous pouvez toujours contacter le : **911**

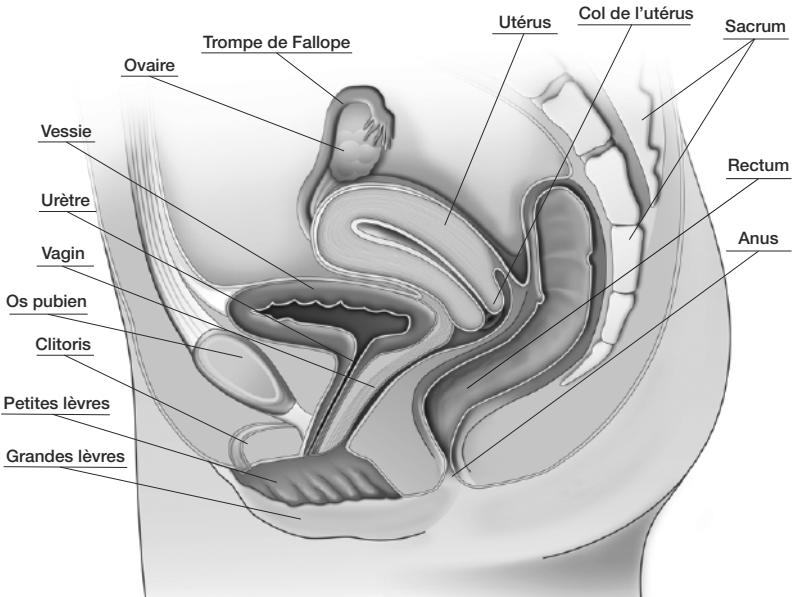


Appareil reproducteur féminin

Vue antérieure de l'utérus et des structures associées



Vue de profil des organes génitaux féminins



Coordination de la production

Denise Laliberté, *infirmière clinicienne spécialisée, CHUQ*

Élaboration

Johanne Baillargeon, *infirmière clinicienne, USA, CHUL*

Jacinthe Cloutier Brochu, *infirmière 2^e SE, CHUL*

Collaboration

Infirmières de gynécologie et de l'USA, CHUL

Denise Laliberté, *infirmière clinicienne spécialisée, CHUQ*

Odette Joncas, *infirmière clinicienne spécialisée, CHUQ*

Pauline Rousseau, *assistante-infirmière-chef, chirurgie d'un jour, CHUL*

Sylvia Pleau, *infirmière clinicienne, chirurgie d'un jour, HSFA*

Validation

Philippe Laberge, *gynécologue, CHUQ*

Secrétariat

Karine Laroche, *secrétaire de direction, DSI HSFA*

Graphisme

Nancy Beauregard, *Illustration médicale, CHUQ*

Impression

Reprographie du CHUQ – HSFA

R-1609, 2007 (Rév. août 2011)

Aucune reproduction complète ou partielle de ce document n'est permise sans l'autorisation écrite du CHUQ

© Centre hospitalier universitaire de Québec, 2011





Experts et humains