



Fiche d'information préopératoire endométriose complexe

Qu'est-ce que l'endométriose ?

L'endométriose est une maladie qui atteint 10% des femmes en âge de reproduction. Elle se caractérise par le développement de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus. Cela entraîne une inflammation et la formation de tissu cicatriciel dans la région pelvienne et (rarement) dans d'autres parties du corps.

En fonction du site d'implantation de ces lésions, on parlera d'endométriose péritonéale, ovarienne, rétro-péritonéale, vésicale, digestive, diaphragmatique ... Le traitement de cette endométriose associe, dans la plupart des cas, un traitement hormonal et un traitement chirurgical.

Nous vous renvoyons pour toute information complémentaire à notre site Internet et/ou page Facebook.

Principe du traitement chirurgical

En cas de traitement chirurgical, l'ensemble des lésions visibles seront vaporisées au laser CO₂ lors d'une laparoscopie.

En fonction de la localisation des lésions, un traitement chirurgical spécifique peut être requis.

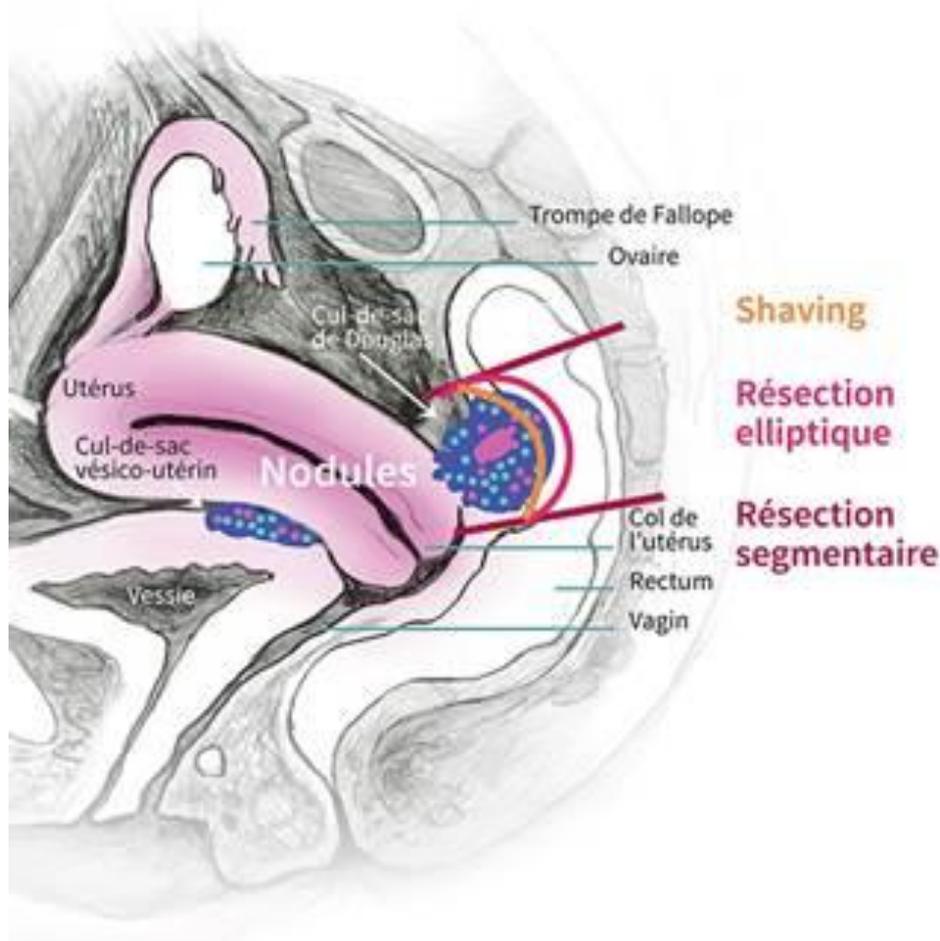
C'est ainsi que lorsque l'endométriose se développe dans la vessie, une exérèse d'une petite partie de la vessie pourrait être réalisée.

Lorsque l'endométriose se développe entre l'utérus, le vagin et le tube digestif, une dissection spécifique de cette zone, toujours au laser CO₂, sera nécessaire. Dans la plupart des cas, il sera possible d'enlever la lésion sans réaliser de résection d'un segment du tube digestif. Souvent, par contre, le sommet du vagin sera enlevé en même temps que la lésion (il est souvent infiltré par les lésions d'endométriose). Dans d'autres cas spécifiques, en fonction de l'étendue de la maladie, on vous proposera l'exérèse de la partie de l'intestin envahie (résection discoïde) ou d'un segment complet d'intestin (résection sigmoïdienne ou résection antérieure du rectum).

A priori, le chirurgien réalisera une résection avec suture immédiate et rétablissement de la continuité.

Toutefois, comme cela est expliqué lors de la consultation préopératoire, il est possible qu'une stomie transitoire doive être mise en place pour quelques semaines, si le risque de lâchage de la suture devait être trop important.

Les consultations préopératoires pluridisciplinaires (gynécologie, chirurgie abdominale, urologie) sont organisées afin que vous soyez correctement informée et que vous puissiez poser toutes vos questions.



Comment se passe l'opération ?

- **Avant l'intervention**

Il est important d'être **à jeun au moins 6 heures avant** l'intervention (ne pas boire, ne pas manger et ne pas fumer). Dans le cas contraire, l'intervention risque d'être annulée. Lorsque l'endométriose se trouve à proximité du tube digestif, il vous sera demandé de réaliser « une préparation intestinale » (cf. brochure Plenvu®). Ceci consiste dans le fait de suivre un régime sans résidus et de prendre des médicaments spécifiques afin de vider complètement les intestins. Cette préparation intestinale est importante car elle facilitera la réalisation de l'intervention et en diminuera les risques.

- **L'opération**

L'intervention sera réalisée à l'aide d'un laser CO₂. Toutes les zones atteintes par les lésions d'endométriose seront vaporisées. Il y a fréquemment une suture vaginale à l'aide de fils résorbables.

En fonction du site, certains gestes spécifiques pourront être réalisés (votre médecin vous a donné les détails vous concernant).



- **Après l'intervention**

Vous passerez en salle de réveil pendant environ 2 heures avant de retourner dans votre chambre. Les premières 24 heures pourront être douloureuses, raison pour laquelle un traitement antalgique (antidouleurs) vous sera administré.

Une sonde urinaire et une perfusion intraveineuse sont généralement laissées en place pour une durée de 1 à 2 jours. Un drain intra-abdominal est souvent laissé en place pour une période de 24 à 48 heures. Le retrait de ce drain n'est pas douloureux.

Un traitement de prévention thromboembolique (phlébite des membres inférieurs) et des bas de contention sont souvent instaurés dans les suites post-opératoires, généralement pour une période de 10 jours.

Un saignement vaginal modéré est banal dans le mois qui suit l'intervention.

En cas de résection digestive (discoïde ou résection segmentaire), des saignements par l'anus peuvent apparaître dans les 48 heures post-opératoires. S'ils sont modérés, ils ne doivent pas vous inquiéter.

La sortie a généralement lieu entre 1 et 3 jours post-opératoire(s) en fonction de l'importance de l'intervention que vous aurez subie.

- **Après la sortie**

Il est demandé d'attendre la visite post-opératoire, en général 6 à 8 semaines après l'opération, avant de reprendre une activité sexuelle.

La reprise d'une alimentation normale se fait dans les jours suivant l'opération. Dans certains cas, il vous sera demandé de continuer un régime sans résidus afin de ne pas risquer de fragiliser la zone traitée sur l'intestin avec des selles dures.

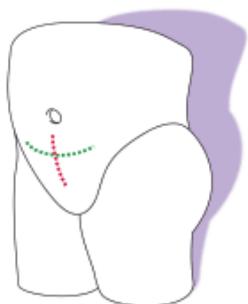
Contactez votre médecin si vous présentez les symptômes suivants :

- fièvre au-dessus de 38° C
- nausées et vomissements
- douleurs dans les mollets
- saignements vaginaux anormaux ou plus abondants que les règles
- saignements anaux importants ou persistants après le retour à domicile
- douleurs abdominales basses ou pelviennes que les traitements antalgiques ne soulagent pas
- douleurs lors de la miction ou difficulté de vider complètement la vessie
- pertes vaginales abondantes et malodorantes

Quels sont les risques ou inconvénients liés à l'intervention chirurgicale ?

Risques pendant l'opération :

- Certains risques propres à l'intervention existent. Il peut s'agir de plaies accidentelles de la vessie, des uretères, de l'intestin ou des vaisseaux sanguins. En cas d'hémorragie, une transfusion de sang ou de dérivés sanguins peut être nécessaire. Une conversion en laparotomie peut s'avérer nécessaire.
- Lors de la séparation du nodule du tube digestif, une ouverture de ce dernier peut être occasionnée. Dans la très grande majorité des cas, une suture immédiate sera réalisée par votre chirurgien. Ceci n'a pas de conséquence sur le déroulé de l'opération. Dans des cas exceptionnels, si la lésion digestive visualisée est trop importante pour pouvoir réaliser un traitement conservateur, il sera nécessaire de réaliser une résection d'un segment d'intestin. C'est dans ce cadre qu'une consultation avec le chirurgien digestif aura très certainement été organisée avant l'opération. Dans des cas encore plus exceptionnels, une dérivation du tube digestif (stomie) momentanée (10 à 12 semaines) est nécessaire. Elle pourra être refermée lors d'une deuxième opération qui se déroulera par voie directe.
- En fonction des constatations faites pendant l'intervention, la voie d'abord peut être modifiée pour des raisons techniques, avec réalisation d'une ouverture de l'abdomen (laparo-conversion (1) alors que l'opération était prévue par cœlioscopie (2)).



© P.Bonnet

(1) Incisions verticales ou transversales de l'abdomen (laparotomie)



© P.Bonnet

(2) Localisation des petites incisions abdominales (cœlioscopie)

Risques post-opératoires immédiats :

Systeme digestif :

- Lâchage de la suture digestive, avec ou sans péritonite, nécessitant une ré-intervention et la mise en place d'une stomie de dérivation pour une période de 10 à 12 semaines.
- Fistule digestive sur le site de shaving ou d'une suture digestive nécessitant la mise en place d'une stomie.
- Fistule recto-anales nécessitant parfois une à plusieurs ré-interventions et la prolongation de plusieurs mois de la période de maintien de la stomie.

Syndrome des loges :

- Douleurs des membres ou paralysie musculaire due à la compression de nerfs des membres inférieurs suite à la position sur la table d'opération durant les longues interventions chirurgicales. L'utilisation de bottes spécifiques permet néanmoins de minimiser le risque (bottes de Kendall).



Systeme urinaire :

- Afin de réaliser l'exérèse complète de lésions de grandes tailles, certains nerfs (splanchniques) qui assurent la contraction volontaire de la vessie et donc de la miction peuvent être lésés. Ils sont en effet parfois très proches des nodules ou même pris dans la lésion d'endométriose.

- Après le retrait de la sonde urinaire, des difficultés à uriner peuvent être rencontrées pendant quelques jours et peuvent parfois justifier un traitement médicamenteux, éventuellement la remise en place d'une sonde urinaire, voire la prolongation de la durée prévue d'hospitalisation.

Dans de très rares cas, essentiellement lorsque les nodules d'endométriose de la cloison vaginale sont de très grande taille avec une extension latérale importante, la difficulté à uriner peut se prolonger durant quelques semaines. Ceci peut nécessiter la réalisation d'auto-sondages vésicaux (par vous-même) durant cette période de convalescence. Parfois la reprise est plus lente et les auto-sondages (5 par jour) doivent être poursuivis pendant plusieurs semaines ou années. Dans des cas exceptionnels, la capacité à uriner ne redémarre pas et il est alors nécessaire de placer des systèmes de stimulation électrique.

- Lorsque durant l'intervention, une dissection d'un ou des deux uretères a été effectuée afin de le(s) libérer de lésions d'endométriose, il sera dès lors nécessaire d'être suivie par un urologue et de réaliser une échographie des reins chaque année. Il est en effet possible que lors de la cicatrisation, une fibrose se développe autour de l'/des uretère(s) et provoque une dilatation de celui/ceux-ci au-dessus de la zone rétrécie, ce qui pourrait avoir des conséquences sur le fonctionnement de vos reins.

- Une infection urinaire peut apparaître dans les suites de l'intervention et se traite par la prise d'antibiotiques ou d'un simple désinfectant urinaire.

Autres :

- Un hématome ou une infection (abcès) peut survenir nécessitant des soins locaux, voire une reprise chirurgicale ou un drainage dans les 5-10 jours post-opératoires.

- Une phlébite des membres inférieurs ou une embolie pulmonaire peut survenir. Leur prévention repose sur le port de bas de contention, des injections d'anticoagulants et le lever précoce.

- Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou des séquelles graves.

Risques post-opératoires tardifs (au-delà d'un ou deux mois post-opératoires) :

- Troubles fonctionnels digestifs en rapport avec un syndrome de résection rectale basse (constipation opiniâtre ou augmentation de la fréquence quotidienne des selles) ou restauration incomplète de la fonction digestive atteinte avant la chirurgie.

- Troubles de la continence anale avec des pertes involontaires de gaz, plus rarement de selles liquides ou solides.
- Fatigue persistante.
- Infertilité définitive par réduction de la réserve ovarienne, nécessitant la prise en charge par un don d'ovocytes.
- Développement d'une hypersensibilité pelvienne, plus ou moins étendue à la sphère gynécologique, digestive ou urinaire, se manifestant par des douleurs de type neuropathique qui évoluent à leur compte et nécessitent une prise en charge à long terme dans un centre de la douleur ; ce risque existe chez toutes les femmes atteintes d'endométriose, sévère ou superficielle, et peut apparaître également en dehors de toute chirurgie. Le mécanisme reste à ce jour obscur et le risque impossible à estimer.
- Paresthésies, une anesthésie ou des hyperesthésies dans les territoires S1, S2, S3, S4 et du nerf obturateur, sciatique ou pudendal, qui nécessitent un traitement prolongé par Lyrica®, Laroxyl® ou Neurotin®.

Autres :

En l'absence d'un traitement chirurgical, il est possible que l'évolution de votre maladie, malgré un traitement médical, entraîne l'apparition des évènements suivants :

- Phénomènes digestifs de plus en plus marqués allant jusqu'à une occlusion intestinale sur obstacle, nécessitant une chirurgie en urgence, généralement avec la mise en place d'une stomie.
- Troubles de la vessie allant jusqu'à l'atonie vésicale par envahissement des nerfs splanchniques qui assurent la contraction volontaire de la vessie, nécessitant la réalisation systématique de 5 auto-sondages quotidiens ; une fois apparus, ces troubles sont, dans notre expérience, irréversibles malgré une chirurgie complète de l'endométriose.
- Douleurs dans les membres inférieurs (sciatalgies) ou dans les fesses par compression des racines sacrées.
- Incapacité de concevoir spontanément.
- Incapacité de concevoir par FIV ou ICSI.

Information générale

Toute **modification ou annulation** de rendez-vous ou de date opératoire doit se faire **uniquement** via le **04 355 50 12**.

Nous sommes à votre disposition pour rediscuter des risques opératoires répertoriés ci-dessus, lors d'une consultation programmée ou le jour de l'intervention, en soulignant l'impossibilité de vous fournir une liste exhaustive de toutes les complications qui peuvent survenir après la chirurgie, en raison de leur caractère soit extrêmement rare, soit complètement imprévisible.

Nous pouvons vous assurer que l'équipe soignante emploiera tous les moyens pour vous assurer le meilleur résultat post-opératoire qui peut être envisagé à ce jour dans les cas tels que le vôtre.