

Hystérectomie

« La grande opération »

Dépliant d'éducation
publique



L'hystérectomie : retrait chirurgical de l'utérus

L'hystérectomie est une grande opération qui a pour but d'enlever l'utérus chez la femme. Elle sert à traiter divers problèmes en ce qui concerne les menstruations (règles), la douleur pelvienne, les tumeurs et d'autres conditions reliées. Votre problème déterminera quel genre de chirurgie est nécessaire et si les trompes de Fallope, les ovaires et le col de l'utérus devront également être enlevés.

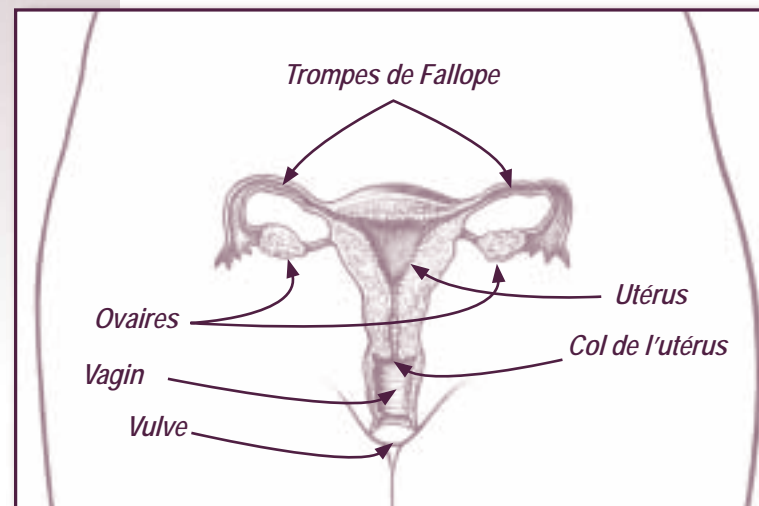
Avant de prendre une décision, il est important de comprendre pourquoi votre médecin a proposé cette chirurgie et quelles sont vos options. Si vous avez encore vos menstruations, l'hystérectomie les arrêtera et vous ne pourrez plus tomber enceinte.

Puisqu'il s'agit d'une opération chirurgicale importante, votre médecin peut vous suggérer d'essayer d'autres traitements médicaux en

premier lieu. Vous pouvez également décider de ne pas subir l'opération et de vivre avec le problème, mais ce choix est parfois impossible. Certaines conditions ne laissent aucun autre choix : le cancer, la douleur insupportable et le saignement.

Votre médecin peut proposer une hystérectomie si vous avez :

- **des fibromes utérins (myomes) :** Il s'agit de tumeurs non cancéreuses de grosseurs différentes qui rapetissent habituellement après la ménopause. Les fibromes sont communs et, normalement, ils n'ont pas besoin d'être traités à moins qu'ils ne causent des symptômes. Par contre, les gros fibromes peuvent faire pression sur les organes pelviens et causer des saignements, de la douleur lors des rapports sexuels, de l'anémie, de la douleur pelvienne ou de la pression sur la vessie. Il s'agit de la raison la plus fréquente pour le recours à l'hystérectomie.



- **l'endométriose :** Lorsque le tissu qui tapisse l'utérus pousse à l'extérieur de ce dernier et sur les organes environnants, il peut causer des règles douloureuses, des saignements vaginaux anormaux, de la cicatrisation, des adhérences et l'infertilité (difficulté à tomber enceinte). Il s'agit de la deuxième raison la plus fréquente pour le recours à l'hystérectomie.

- **un prolapsus utérin :** L'utérus descend dans le vagin parce que les tissus qui le tiennent en place deviennent faibles. Cette condition peut causer de l'incontinence urinaire, de la pression pelvienne ou de la difficulté à vider l'intestin (aller à la toilette). L'accouchement, l'obésité, la toux (ou l'effort physique) continue et les changements hormonaux (perte d'estrogènes après la ménopause) en sont les causes typiques.

- **de la douleur pelvienne :** Il existe plusieurs causes et symptômes de la douleur pelvienne (p. ex. : les règles et les rapports sexuels douloureux) et ils ne peuvent pas tous être traités avec succès grâce à l'hystérectomie. Voilà pourquoi il est important d'identifier le problème correctement et d'essayer d'abord d'autres traitements. L'endométriose, les fibromes, les adhérences, les infections et les blessures sont quelques-unes des causes de la douleur pelvienne.

- **des saignements utérins anormaux :** Les causes courantes de ceux-ci sont les changements hormonaux, les fibromes, les polypes, les infections du col de l'utérus et le cancer. Les symptômes qui y sont reliés peuvent inclure des règles abondantes ou de longue durée, des saignements entre les règles ou des saignements après la ménopause. D'autres stratégies chirurgicales ou médicales peuvent traiter ce problème avec succès. Discutez de vos options avec votre médecin.

- **le cancer :** Selon leur degré de gravité, le cancer de l'endomètre (le cancer de la paroi de l'utérus), le cancer du col de l'utérus et le cancer des ovaires ou des trompes de Fallope exigent souvent une hystérectomie afin d'empêcher qu'ils se répandent aux autres organes.

Comment me préparer pour l'hystérectomie?

- Vous devrez peut-être subir des tests, tel des analyses de sang et d'urine, des radiographies, des échographies et un électrocardiogramme (ECG) avant votre chirurgie.
- On vous prescrira peut-être des antibiotiques ou des laxatifs à prendre avant votre opération.
- La majorité des hôpitaux vous demanderont de vérifier auprès de leur service d'admissions pour savoir à quelle heure vous présenter à l'hôpital le jour de votre opération.
- Prenez une douche ou un bain la veille ou le matin de votre opération.
- Ne rien manger ni boire (y compris de l'eau) après minuit la veille de votre opération.

Il se peut que votre médecin vous donne des instructions additionnelles.



The Society of Obstetricians
and Gynaecologists of Canada
La Société des obstétriciens
et gynécologues du Canada

Types d'hystérectomie

Tel que déjà mentionné, l'hystérectomie est une opération qui sert à enlever l'utérus. Parfois, d'autres organes autour de l'utérus sont également enlevés dans le but de traiter correctement votre trouble. Ces organes sont le col de l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires. Vos antécédents médicaux et la raison de l'opération influenceront la décision de votre médecin quant au type d'hystérectomie qui est le plus approprié pour vous.



Lors de l'hystérectomie complète ou totale, on enlève l'utérus et le col de l'utérus. Ce nom porte à confusion puisqu'on n'enlève pas « tout ». En fait, les ovaires et les trompes de Fallope restent en place. C'est le type d'hystérectomie le plus courant.



Lors de l'hystérectomie partielle, on n'enlève que la partie supérieure de l'utérus et laisse le col de l'utérus et les autres organes en place.



Lors de l'hystérectomie totale élargie, on enlève l'utérus, le col de l'utérus, la partie supérieure du vagin, les tissus de soutien et généralement les ganglions lymphatiques pelviens. Cette opération sert généralement à traiter le cancer.

En plus de l'hystérectomie, il se peut que vous deviez faire enlever l'un ou les deux ovaires. C'est ce qu'on appelle une salpingo-oophorectomie. Il s'agit d'enlever la trompe de Fallope et l'ovaire, d'un côté (unilatérale) ou des deux côtés (bilatérale) de l'utérus. Cette opération est surtout faite dans les cas de cancer, d'infection ou d'adhérences. En général, les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place à moins qu'ils ne posent un problème. Discutez de vos options avec votre médecin.

Comment l'opération est-elle faite?

L'utérus peut être enlevé par une coupure dans le vagin (hystérectomie vaginale) ou dans l'abdomen (hystérectomie abdominale), selon la raison pour la chirurgie.

Hystérectomie vaginale - L'utérus est enlevé par le vagin. On choisit souvent cette méthode dans le cas d'un prolapsus utérin, d'un début de cancer du col de l'utérus ou lorsque l'utérus n'est pas agrandi. Elle cause moins de douleur et permet un retour plus rapide aux activités quotidiennes que l'hystérectomie abdominale.

Une hystérectomie par laparoscopie peut être faite au moment de l'hystérectomie vaginale. Cela permet de détacher l'utérus à partir de l'intérieur du corps à l'aide d'instruments laparoscopiques (de minuscules instruments insérés dans de petites coupures dans l'abdomen) pendant que le médecin regarde les organes pelviens avec une caméra attachée à un écran. Une fois l'utérus détaché, il est enlevé en passant par une petite coupure dans la partie supérieure du vagin.

Hystérectomie abdominale - Cette méthode est habituellement choisie dans les cas de grosses tumeurs pelviennes, d'adhérences et de cancer. L'utérus est enlevé en passant par une coupure, soit à la hauteur du « bikini » ou au milieu de l'abdomen, de 15-20 cm (6-8 pouces) de longueur. L'hystérectomie abdominale est associée à un séjour à l'hôpital et à un rétablissement plus longs et à un inconfort plus prononcé après l'opération.

Quels sont les risques?

Quoique l'hystérectomie soit une opération sûre, elle pose quand même un minimum de risque, comme c'est le cas pour toute opération. Les mesures de sécurité sont respectées et vous êtes surveillée tout au long de l'opération afin de réduire les risques potentiels. Quoique rares, des complications graves, même la mort, peuvent se produire.

Les complications peuvent inclure :

- des problèmes reliés à l'anesthésie (médicaments qui diminuent la douleur pendant l'opération);
- des caillots de sang dans les veines (TVP : thromboses veineuses profondes) qui peuvent se détacher et se déplacer vers les poumons;
- de l'infection;
- des saignements;
- des blessures aux organes internes (tractus urinaire, vessie ou intestins) et à la peau;
- la perte du fonctionnement ovarien.

Que se passe-t-il après l'opération?

Après l'opération, vous devrez rester quelques jours à l'hôpital pour vous rétablir. La durée du séjour dépend du type d'opération que vous avez subie et de votre progrès.

Votre médecin peut vous prescrire des antibiotiques afin de prévenir les infections, de même qu'un analgésique pour soulager la douleur.

Le rétablissement complet à la suite d'une hystérectomie abdominale prend généralement de six à huit semaines. Pendant cette période, vous pouvez graduellement augmenter votre niveau d'activité, mais allez-y lentement! Écoutez votre corps et faites preuve de modération dans tout ce que vous faites.

Pendant les deux premières semaines, reposez-vous beaucoup et ne soulevez rien. Vous pourrez ensuite commencer à faire de petites tâches, à conduire un peu votre voiture et même retourner au travail, à condition que votre emploi ne demande pas trop d'activité physique. Lorsque les saignements, la douleur et la pression abdominale auront cessé, vous pourrez reprendre vos activités normales. Autour de la sixième semaine après l'opération, vous pourrez prendre des

bains et reprendre vos activités sexuelles, mais vous devriez attendre trois mois après votre opération avant de faire des exercices plus exigeants.

Les femmes qui ont subi une hystérectomie vaginale se rétablissent généralement plus vite et elles peuvent reprendre leurs activités plus tôt que les femmes qui ont subi une hystérectomie abdominale.

Qu'est-ce qui va changer?

Si la femme n'est pas encore à la ménopause, ses règles arrêteront après l'hystérectomie. Elle ne peut plus tomber enceinte. Si les ovaires sont enlevés, elle peut avoir des symptômes désagréables de la ménopause (bouffées de chaleur, sautes d'humeur, troubles du sommeil, sécheresse vaginale, etc.). Les symptômes peuvent être plus graves que ceux d'une ménopause naturelle.

Certaines femmes ont également noté une réduction du plaisir sexuel en l'absence du col de l'utérus. Par contre, il n'y a aucune preuve scientifique à l'appui. En fait, la plupart des femmes notent soit une augmentation du plaisir sexuel ou aucun changement.

Communiquez avec votre médecin ou rendez-vous directement à l'hôpital si vous avez :

- des saignements vaginaux abondants;
- une fièvre : température de 38° Celsius (101° Fahrenheit) ou plus;
- la moindre incontinence urinaire (urine qui coule ou qui dégoutte) ou de la douleur en urinant;
- de la douleur profonde au vagin, à l'abdomen, aux jambes ou à la poitrine;
- du drainage, un écoulement, une ouverture, de l'inflammation ou de l'enflure au niveau de la plaie;
- des nausées et des vomissements répétés;
- de l'enflure au niveau de l'abdomen ou si vous ne pouvez plus évacuer vos gaz intestinaux;
- de la difficulté à respirer.

Mot de la fin

Une hystérectomie est une décision importante que vous devriez prendre après avoir consulté attentivement votre médecin. Vous devriez chercher à connaître la raison de l'opération, les avantages et les risques, ainsi que les autres solutions possibles à l'hystérectomie. Si vous n'êtes pas certaine, parlez-en à votre médecin ou obtenez une deuxième opinion.

Glossaire

Adhérences : tissu cicatrisé qui s'attache aux organes
Col de l'utérus : partie inférieure de l'utérus
Douleur pelvienne : souffrir d'un mal au niveau du bassin
Incontinence urinaire : difficulté à retenir l'urine (fuites soudaines ou involontaires d'urine)
Ovaires : organes qui relâchent les ovules et qui produisent des hormones
Trompes de Fallope : transportent les ovules des ovaires jusqu'à l'utérus
Utérus (ou matrice) : l'endroit où le bébé grandit lorsqu'une femme est enceinte.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada promouvoit la santé optimale des femmes par le leadership, la collaboration, la formation, la recherche et la défense des intérêts des femmes dans l'exercice de la profession. Ce dépliant a été révisé et endossé par le Comité d'éducation publique. Ce dépliant n'est pas destiné à remplacer, à dicter ni à définir de façon complète l'évaluation et le traitement par un médecin qualifié. Il est destiné uniquement à aider les patientes qui recherchent de l'information générale sur un sujet donné. Ce document fut imprimé par la SOGC (mars 2004). Toute reproduction, en entier ou en partie, est strictement défendue.



La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
780 promenade Echo, Ottawa (Ontario) K1S 5R7
Tél. : 1 800 561-2416 ou (613) 730-4192
Télec. : (613) 730-4314 www.sogc.org



Une partie des fonds provenant de la vente de ce dépliant sera versée à la Fondation canadienne de la santé des femmes