

FICHE D'INFORMATIONS DES PATIENTES

CHIRURGIE DE L'ENDOMETRIOSE PROFONDE PAR CŒLIOSCOPIE ROBOT ASSISTEE OU NON

Nom du médecin

Madame.....

Date de la remise de la fiche :

Cette fiche remise par votre chirurgien gynécologue a pour but de compléter les explications données lors de votre consultation. N'hésitez pas à le solliciter en cas de questions.

Quel est l'objectif de cette intervention ?

L'endométriose profonde est une forme d'endométriose où les lésions infiltrent les tissus en profondeur, parfois jusqu'aux organes digestifs, urinaires ou gynécologiques.

La chirurgie est proposée lorsque les traitements médicaux ne suffisent plus à soulager les symptômes ou en cas de complications (douleurs intenses, troubles digestifs ou urinaires, atteinte de la fertilité).

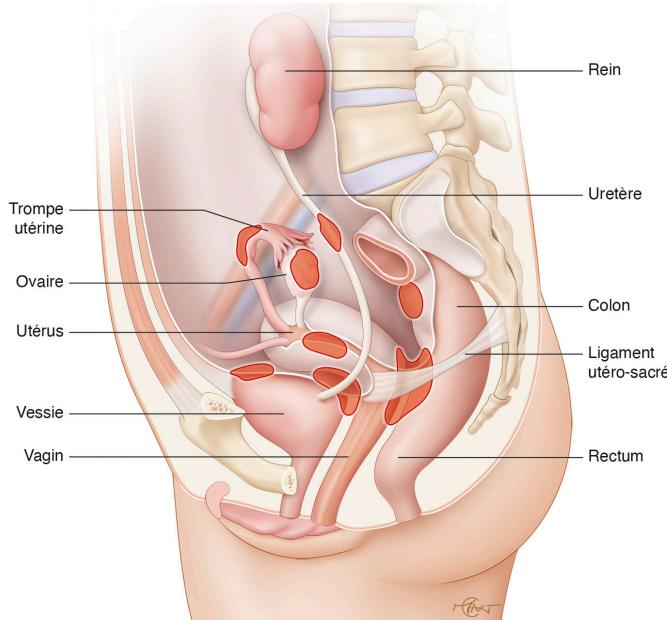
Les objectifs de la chirurgie sont multiples :

- Améliorer la qualité de vie en cas d'échec des traitements médicamenteux
- Diminuer les douleurs pelviennes, digestives ou urinaires
- Préserver ou restaurer la fertilité
- Traiter les complications liées à l'atteinte des organes voisins

Le geste chirurgical est adapté à votre cas particulier et est à discuter avec votre chirurgien qui évaluera l'étendue des lésions par des examens préopératoires (échographie pelvienne, IRM pelvienne au minimum), prendra en compte vos douleurs, vos antécédents, la réussite ou non des traitements médicamenteux, votre désir ou non d'enfant ou de conservation de certains organes.

Lorsque la douleur évolue depuis longtemps, certaines patientes peuvent développer des douleurs d'un autre type dites « par sensibilisation » (anomalies dans la transmission du message douloureux au cerveau). Il s'agit de douleurs qui dépassent la sphère gynécologique (douleurs de vessie, douleurs de type « intestin irritable », douleurs de type sciatique, douleurs musculaires, maux de tête...). Le dépistage de cette sensibilisation peut être important pour prévenir un échec de chirurgie ou de persistance de douleurs résiduelles malgré un traitement médical bien mené. Une prise en charge plus globale peut être alors proposée si le médecin estime que c'est nécessaire (médicaments de la douleur chronique, neurostimulation transcutanée, prise en charge psychologique, gestion de l'alimentation...)

Les différentes lésions d'endométriose possible:



Nature de l'intervention

L'intervention se fait le plus souvent par cœlioscopie (chirurgie mini-invasive par petites incisions) plus ou moins aidée par un robot chirurgical.

Après une cœlioscopie exploratrice, l'objectif est de retirer les lésions d'endométriose, y compris celles du système digestif ou urinaire. Il peut être nécessaire d'enlever une partie de l'intestin (résection intestinale).

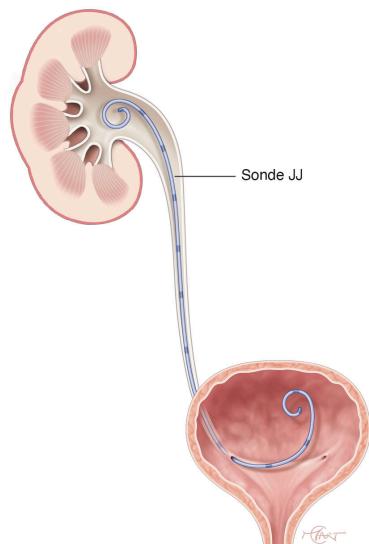
Les gestes spécifiques seront discutés en amont avec votre chirurgien et parfois décidés en réunion de concertation pluridisciplinaire

L'intervention peut être adaptée en cours d'opération selon les découvertes. Il est parfois préférable de laisser un peu de maladie afin de ne pas altérer la fonction d'un organe.

Les gestes réalisés comprennent selon les cas :

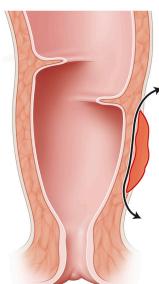
- **Une adhésiolyse** : il s'agit de libérer des adhérences (organes collés entre eux) afin de pouvoir accéder aux lésions plus profondes

- **Des gestes sur les voies urinaires** : Une libération des uretères (urétérolyse) est souvent nécessaire car ces tuyaux allant du rein à la vessie sont souvent engainés dans les lésions d'endométriose. Il est parfois nécessaire de couper un morceau (résection-anastomose de l'uretère) voir de le replacer dans la vessie (réimplantation). En cas d'envahissement de la vessie, il peut être nécessaire de retirer une partie de la vessie (cystectomie partielle). En cas de gestes sur les voies urinaires, il peut être nécessaire de garder une sonde urinaire de quelques jours à 2 semaines. Si une sonde supplémentaire est posée entre votre rein et votre vessie (sonde JJ) celle-ci devra être enlevée dans une 2^e temps en introduisant un appareil dans l'urètre (cystoscopie).

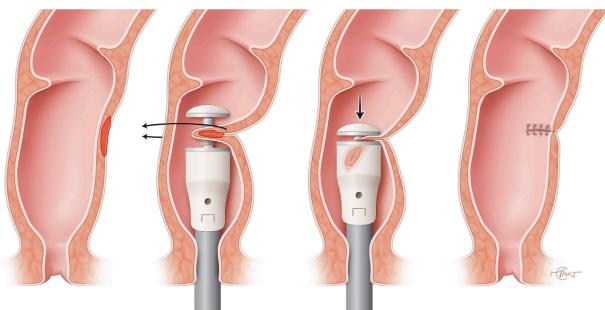


- **Un traitement des kystes ovariens (endométriomes):** différentes techniques existent soit par kystectomie (on ouvre l'ovaire pour enlever la coque du kyste) soit par alcoolisation (on brûle la paroi du kyste en mettant de l'alcool dedans soit par voie vaginale sous contrôle échographique soit par coelioscopie) soit par vaporisation (laser ou plasma ou argon). La technique choisie est choisie par votre chirurgien en fonction de votre cas particulier.

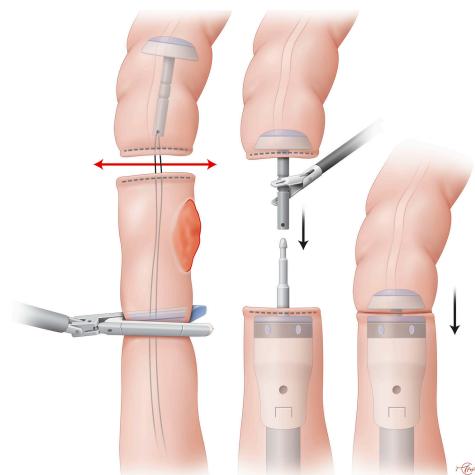
- **Un test de la perméabilité des trompes** et parfois leur retrait (salpingiectomie)
- **Un traitement de l'endométriose digestive** avec plusieurs techniques en fonction de l'atteinte :
 - o Shaving : Exérèse superficielle des lésions sur la paroi rectale, préservant l'intégrité de l'organe.



- o Résection discoïde : Ablation d'une pastille de la paroi antérieure du rectum.



- o Résection segmentaire digestive : Ablation d'un segment d'intestin atteint.



- o Une appendicectomie ou une résection de l'intestin grêle est parfois nécessaire
- Une ablation d'une pastille vaginale (colpectomie partielle) voir une hystérectomie (cf fiche spécifique)
- Traitement de lésions plus rares : atteinte des nerfs pelviens, résection de lésions diaphragmatiques

Équipe chirurgicale: Cette chirurgie est réalisée par un chirurgien gynécologue qui peut être aidé d'un chirurgien digestif et /ou d'un urologue.

Durée et hospitalisation

- Durée de l'intervention : 2 à 4 heures selon l'étendue des lésions
- Hospitalisation : 2 à 7 jours (plus longue en cas de résection intestinale)

Risques opératoires

- **Risques généraux de toute chirurgie**
 - Saignements
 - Infections
 - Complications liées à l'anesthésie
- **Risques spécifiques à la cœlioscopie (voir fiche spécifique)**
 - Lésion d'un organe voisin (intestin, vessie, uretère, vaisseaux sanguins)
 - Conversion en laparotomie (ouverture plus large) si difficultés techniques

- Douleurs aux épaules liées au gaz injecté dans l'abdomen, ces douleurs sont résolutives en général en quelques jours

- **Risques spécifiques à la chirurgie de l'endométriose**

- Récidive de l'endométriose dans les années suivant l'intervention (notamment dans les 5 ans)
- Atteinte de la fonction ovarienne, pouvant impacter la fertilité (surtout en cas d'endométriome ovarien), ceci nécessite une évaluation préopératoire pour adapter la technique en fonction des risques
- Endométriose cicatricielle au niveau des incisions
- Adhérences post-opératoires
- Douleurs persistantes malgré l'intervention (à anticiper en amont)

- **Risques urinaires temporaires ou permanents**

- Troubles de la vidange vésicale : Difficulté à uriner, besoin de pousser, sensation de vessie pleine sans envie d'uriner, ou blocage complet. Ces troubles sont liés à l'atteinte ou à la dissection des nerfs de la vessie lors de l'ablation des lésions. Ils surviennent dans environ 10% des cas et sont le plus souvent transitoires, mais peuvent nécessiter un suivi spécifique, voire des auto-sondages temporaires (se vider soi-même la vessie par une sonde) .
- Fistules urinaires : Fuite anormale d'urine vers le vagin (fistule vésico-vaginale) ou dans l'abdomen, nécessitant parfois une reprise chirurgicale .
- Atteinte des uretères : Risque de rétrécissement ou d'obstruction de l'uretère, pouvant entraîner une dilatation du rein en amont et, dans les cas extrêmes, une perte de fonction rénale si non traitée
- Rétention urinaire : Incapacité à vider complètement la vessie, exposant à un risque d'infection urinaire ou de lésion de la paroi vésicale. La surveillance post-opératoire permet de dépister précocement ces troubles

- **Risques digestifs temporaires ou permanents**

- Troubles du transit : Constipation, diarrhée, alternance des deux, douleurs lors de la défécation, souvent résolutifs en quelques semaines.
- Fistules digestives : Communication anormale entre le rectum et le vagin (fistule recto vaginale) ou fuite au niveau d'une suture intestinale, survenant dans 10 à 15% des cas après chirurgie du rectum, nécessitant parfois une réintervention ou une stomie temporaire (« anus artificiel »). Ces risques existent quelle que soit la technique utilisée.
- Occlusion intestinale : Blocage du transit par des adhérences ou des brides, pouvant nécessiter une nouvelle intervention
- Syndrome du petit rectum : Après résection rectale, perte de la fonction de réservoir du rectum, entraînant un transit fractionné, envies fréquentes ou urgentes d'aller à la selle
- Sténose anastomotique : rétrécissement de la zone de suture digestive, responsable de douleurs, constipation ou selles fragmentées, parfois nécessitant des dilatations ou une nouvelle opération.

Suites opératoires particulières

- Reprise progressive de l'alimentation sous contrôle médical
- Surveillance du transit intestinal et des bilans sanguins
- Sonde urinaire possible quelques jours, auto-sondages parfois nécessaires

- Traitement anticoagulant préventif

Convalescence

- Arrêt de travail de 4 à 6 semaines
- Reprise progressive des activités physiques et sexuelles selon les indications de votre chirurgien
- Suivi régulier avec l'équipe chirurgicale

Suivi à long terme

- Consultations de contrôle à 1-2 mois post-opératoires
- Surveillance régulière pour dépister une éventuelle récidive et gérer si nécessaire les douleurs résiduelles.

N'hésitez pas à poser toutes vos questions à l'équipe médicale. Il est essentiel que vous compreniez bien les enjeux de cette intervention et ses suites potentielles.

En pratique

Avant l'opération :

- Une consultation préanesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ;
- Vous serez hospitalisée le jour de l'opération ou la veille
- Un régime quelques jours et/ou une préparation digestive (à boire ou en lavement) peut être parfois prescrits en cas de geste digestif
- Vous serez conduite au bloc opératoire ;
- Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée
- Une sonde urinaire est posée une fois l'anesthésie réalisée

Après l'opération

- Vous serez conduite en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ;
- Un traitement antidouleur systématique sera prescrit ;
- La perfusion intraveineuse est généralement laissée en place quelques heures à quelques jours
- La sonde urinaire est enlevée soit juste après l'opération soit dans les jours qui suivent et la bonne vidange vésicale sera contrôlée par échographie (bladder scan) ou par sondage, si nécessaire vous aurez un apprentissage des auto-sondages durant l'hospitalisation
- La reprise d'une alimentation normale dépend des gestes digestifs réalisés
- La sortie a généralement lieu une fois que votre état le permet (allant d'un jour à une semaine en fonction des gestes réalisés)
- Si pendant la surveillance post opératoire il existe une évolution anormale (fièvre, douleurs non maîtrisées, saignements...) des bilans sanguins, des examens d'imagerie voir une nouvelle intervention peut être effectuée

Après la sortie

- Des douches sont possibles dès le lendemain de l'opération (attendre 15 jours avant de prendre un bain en cas de coelioscopie).
- Une anticoagulation est souvent prescrite allant de 10j à 1 mois selon vos facteurs de risques
- Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

Attention ! Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire

les risques et mettre toutes les chances de votre côté pour mobiliser l'utérus.