

MYOMECTOMIE

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Votre médecin vous a proposé une intervention nommée myomectomie, qui consiste en l'ablation de un ou plusieurs fibromes utérins. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

Qu'est-ce qu'un myome ?

Le myome ou fibrome est une tumeur bénigne survenant fréquemment chez la femme après la quarantaine, mais parfois plus précocement en raison de facteurs favorisants familiaux.

La situation des fibromes est variable, à l'intérieur même de l'utérus, dans la cavité utérine, dans la paroi musculaire de l'utérus ou encore rattachés à celui-ci par un pédicule plus ou moins large.

La décision de l'intervention repose sur l'existence de symptômes (hémorragies, douleurs, infertilité) ou en raison d'un volume devenu trop important du ou des fibromes.

Le caractère unique ou multiple des fibromes, leur localisation conditionnent la technique d'ablation.

Qu'est-ce qu'une myomectomie ?

Une myomectomie consiste en l'ablation chirurgicale de un ou plusieurs fibromes utérins tout en conservant l'utérus. Cela permet donc de conserver les règles et éventuellement la possibilité d'une grossesse ultérieure.

Peut-on éviter l'intervention chirurgicale ?

Aucun traitement médical ne permet de faire disparaître définitivement les fibromes.

Il existe un certain type de médicaments, les **analogues de la LHRH** qui sont capables de diminuer le volume des fibromes jusqu'à 50 % environ mais de façon transitoire. L'utilisation de ces médicaments de façon prolongée n'est pas conseillée dans cette indication. Cependant, votre médecin peut éventuellement vous les prescrire pendant quelques mois afin de faciliter le déroulement ultérieur de votre intervention.

Un autre type de traitement, l'**embolisation des fibromes**, peut être utilisé dans certaines indications très particulières. C'est une technique non chirurgicale de radiologie interventionnelle qui

consiste à injecter des particules dans les vaisseaux nourriciers du fibrome pour le détruire. Le fibrome ne disparaîtra pas mais diminuera de volume progressivement, ce qui améliorera les symptômes que vous présentez.

Enfin, il est aussi possible de détruire le fibrome à travers la paroi abdominale par d'autres techniques (les ultrasons par exemple), dont la plupart sont en cours d'évaluation. Si votre médecin vous propose l'une de ces techniques, il vous apportera les informations spécifiques.

Il est possible d'associer plusieurs de ces techniques pour améliorer la qualité de prise en charge spécifique à votre situation.

Comment se passe l'opération ?

Il est possible de pratiquer l'ablation d'un fibrome sans aucune cicatrice dans le seul cas où le fibrome est situé dans la cavité utérine et à condition qu'il ne soit pas trop gros (< 4 cm). On pratique, pour ce faire, une **hystéroscopie opératoire**.

Dans tous les autres cas, il est nécessaire d'aborder le ou les fibromes soit par une ouverture abdominale, le plus souvent transversale et suspubienne soit, si la taille du fibrome l'impose, par une cicatrice médiane verticale, c'est la **myomectomie par laparotomie**.

Si le fibrome est de taille raisonnable (< 8 cm) et s'il y a moins de 3 fibromes, il est possible de réaliser l'intervention par **coelioscopie opératoire** ; les incisions seront plus petites et le fibrome sera sorti du ventre en petits morceaux par morcellation.

Parfois, si le fibrome est postérieur et accessible par les voies naturelles, il est possible de réaliser l'intervention par voie basse.

Le chirurgien vous précisera le type d'intervention qu'il prévoit pour vous.

Quelle que soit la voie d'abord, l'intervention comporte une incision de la paroi de l'utérus, l'ablation du (ou des) fibrome(s) et la fermeture de la paroi de l'utérus. Elle nécessite une anesthésie générale ou péridurale.

Les conséquences de la myomectomie

L'intervention a été décidée afin de traiter les symptômes dont vous souffrez : douleurs et/ou hémorragies liées au volume du ou des fibromes. Cela devrait s'améliorer rapidement.

...

En revanche, après plusieurs années, d'autres fibromes peuvent apparaître dans le cas où la maladie myomateuse est importante, ce qui survient dans 20 % des cas.

L'utérus étant laissé en place, les règles seront conservées ainsi que la possibilité de grossesse. Cependant, il est souhaitable de respecter un délai de cicatrisation entre l'intervention et une éventuelle grossesse. De même, la cicatrice réalisée sur l'utérus peut représenter une zone de fragilité et dans certains cas nécessiter la réalisation d'un accouchement par césarienne. Ces points vous seront précisés par le chirurgien.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La myomectomie est une intervention courante et bien maîtrisée dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, une hémorragie provenant de l'ouverture de la paroi de l'utérus peut se produire. Dans le cas exceptionnel d'une hémorragie pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être rendue nécessaire. Très exceptionnellement, cette hémorragie ne peut être traitée qu'en réalisant l'ablation de l'utérus. Des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale, des voies urinaires ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique.

Dans les suites de l'intervention, les premières 48 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques puissants. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire, généralement sans gravité, survienne après une myomectomie. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période d'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Ce traitement sera poursuivi pendant une durée variable qui vous sera précisée. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peut survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter une réintervention. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

• Avant l'opération :

- une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ;
- le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de l'opération ;
- après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire ;
- une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée. ;
- un examen gynécologique (avec toucher vaginal) est réalisé sous anesthésie avant l'intervention.

• Après l'opération :

- vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ;
- un traitement antidouleur systématique sera prescrit par le médecin anesthésiste ;
- une sonde urinaire ainsi que la perfusion intraveineuse sont généralement laissées en place pour une durée variable ;
- en cas d'ouverture de l'abdomen, un petit drain est parfois mis en place pour quelques jours au travers de la paroi de l'abdomen pour éviter un hématome ;
- un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites ;
- un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire ;
- la reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux jours suivant l'opération ;
- la sortie a généralement lieu entre le 3^e et le 7^e jour postopératoire en fonction de la technique utilisée ;
- des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre au moins 15 jours avant de prendre un bain.

• Après la sortie :

- il est recommandé d'attendre la visite postopératoire, un mois après l'opération, pour reprendre une activité sexuelle ;
- 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.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

Attention !

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales 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.