

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

HYSTÉROSCOPIE

Tampon du médecin

Madame.....

Date de remise de la fiche :

Votre médecin vous a proposé une intervention nommée hystéroscopie. 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'une hystéroscopie ?

- L'intervention, qui se déroule par les voies naturelles, permet dans un premier temps de visualiser directement l'intérieur de la cavité utérine afin de préciser le diagnostic et les possibilités de traitement (hystéroscopie diagnostique). Un tube muni d'une optique est introduit par le canal du col utérin et un liquide est injecté dans la cavité utérine pour permettre la visualisation.
- L'hystéroscopie opératoire peut permettre de traiter certaines anomalies de la cavité utérine confirmées par l'exploration (fibromes, polypes, anomalies de la muqueuse, cloisons, synéchies...) à l'aide d'instruments et/ou d'un bistouri électrique, toujours par les voies naturelles.

Comment se passe l'opération ?

- Dans tous les cas, il y a la nécessité d'injecter au travers du col, dans la cavité utérine, un liquide en petite quantité qui permet un gonflement de celle-ci pour une meilleure visualisation. Sérum physiologique pour l'hystéroscopie diagnostique, glycolle ou sérum physiologique pour les hystéroscopies opératoires.
- Dans le cas où ils agissent de réaliser une simple hystéroscopie diagnostique, les hystéroscopes modernes, flexibles ou rigides, d'un diamètre de l'ordre de 3 mm, rendent possible leur utilisation en ambulatoire sans la nécessité d'une anesthésie quelconque, et peuvent permettre de pratiquer, selon les mêmes modalités, les techniques de stérilisation tubaire.
- En cas d'hystéroscopie opératoire, l'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie), après avis du chirurgien et de l'anesthésiste.
- Il est parfois possible ou nécessaire de réaliser une autre intervention au cours de la même anesthésie (par

exemple, en cas de stérilité, une coelioscopie est souvent réalisée simultanément). De même, une biopsie sous contrôle hystéro-scopique pourra être réalisée afin de prélever et de faire analyser la muqueuse utérine.

Y-a-t-il des risques ou inconvénients ?

- **En cours d'intervention** : une perforation de l'utérus peut parfois survenir. Cela peut empêcher la réalisation de l'acte qui était prévu initialement. Cela ne nécessite généralement pas d'intervention mais une coelioscopie peut parfois être nécessaire pour éliminer une lésion exceptionnelle des organes de voisinage (intestin, vessie, vaisseaux sanguins) qui nécessiterait une prise en charge spécifique. Des risques exceptionnels liés à la réabsorption du liquide injecté dans l'utérus ont été décrits (œdème du poumon, réaction allergique, troubles cardiaques), pouvant très exceptionnellement entraîner un risque vital ou de séquelles graves.
- **Dans les suites** : celles-ci sont habituellement simples et indolores. Les infections utérines (endométrites) sont rares et peuvent nécessiter un traitement antibiotique.

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

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

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

■ **Après l'opération :**

- — S'il y a eu une anesthésie, vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ;
- — La sortie peut avoir lieu le jour même ou dans les deux jours suivants ;
- — Un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période postopératoire ;
- — Ne activité physique et sexuelle normale peut être reprise dès l'arrêt des saignements ;
- — En cas de douleurs, de saignements, de fièvre, de vomissements ou toute autre anomalie, il est indispensable d'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.

PRINCIPALES CONSIGNES APRÈS HYSTÉROSCOPIE

Vous serez prochainement opérée d'une Hystéroscopie.

Il peut s'agir d'un acte externe (consultation) s'il ne s'agit pas d'une hystéroscopie opératoire.

En cas d'hospitalisation, le séjour peut être en ambulatoire (entré et sortie le jour même) :

- Si le chirurgien et l'anesthésiste, au vu de votre dossier médical, donnent leur accord.
- Si vous n'êtes pas seule à votre domicile la nuit qui suit l'intervention.
- Si après l'intervention, les critères de retour au domicile sont remplis.

Traitement de sortie :

- Des **antalgiques**, vous sont prescrits pour traiter la douleur et sont à prendre graduellement en fonction de la douleur ressentie : 1- paracétamol et/ou phloroglucinol – 2 : paracétamol + phloroglucinol + ketoprofène si le paracétamol + phloroglucinol n'est pas suffisamment efficace. L'omeprazole est à prendre uniquement si vous prenez du kétoprofène, pour protéger l'estomac.
- **Bas de contention** : ils peuvent vous être prescrits en cas de facteur de risque de phlébite, il est recommandé de les porter pendant 10 à 15 j. Ils peuvent être retirés la nuit

Suites habituelles :

- Les douleurs sont modérées la plupart du temps (paracétamol suffisant) pour une durée moyenne de 8 j. Elles se situent principalement au niveau du bas ventre (comme des douleurs de règles).
- Un saignement modéré (comme des règles ou moins) par le vagin est habituel et peut durer plusieurs semaines.

Ce qui doit vous alerter (dans ce cas appeler le secrétariat du service ou directement les urgences) :

- Un saignement hémorragique.
- Des pertes nauséabondes et/ou très abondantes.
- De la fièvre (> 38°5).
- Des douleurs violentes qui réapparaissent secondairement.
- Des vomissements.
- Des brûlures urinaires lors de la miction plusieurs jours après l'intervention. Dans ce cas nous vous conseillons de voir votre médecin traitant pour faire réaliser une analyse d'urine avant d'initier un traitement antibiotique.
- Tout autre symptôme qui ne vous paraît pas habituel.

Ce que vous pouvez faire:

- Vous pouvez garder votre régime alimentaire habituel.
- Vous pouvez vous laver avec votre savon habituel (douche, bain ou baignade après 72h).
- Vous pouvez conduire un véhicule dès que vous vous en sentez capable.
- Vous pouvez être passagère d'un véhicule dès le jour de l'intervention.
- Vous pouvez faire de la marche sans forcer.
- Vous pouvez soulever des poids légers (< 9kgs).

Ce que vous ne pouvez pas faire :

- Il est préférable d'attendre quelques jours pour reprendre les rapports.
- Vous ne pouvez pas mettre de tampons vaginaux ou de cup dans le mois qui suit.

N'hésitez pas à noter les questions que vous voulez poser au chirurgien avant la sortie :