

L'hystéroscopie opératoire est une intervention habituellement pratiquée sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco régionale. Elle permet de traiter certaines anomalies de la cavité utérine par les voies naturelles.

Cette technique consiste à introduire par le col utérin préalablement dilaté, un tube cylindrique contenant un hystéroscope (optique permettant de visualiser la cavité utérine) et un instrument opératoire.

Les différentes anomalies intra-utérines susceptibles d'être traitées par hystéroscopie opératoire sont préalablement reconnues par la réalisation d'une échographie, d'une hystérographie, ou d'une hystéroscopie diagnostique.

Contrairement à l'hystéroscopie diagnostique qui réclame au plus une anesthésie locale, l'hystéroscopie opératoire nécessite pratiquement toujours une anesthésie générale pour plusieurs raisons :

- le tube permettant de visualiser l'intérieur de la cavité utérine et de pratiquer le geste opératoire mesure 8 à 10 mm et donc nécessite une dilatation de l'orifice cervical pour être introduit dans l'utérus ;
- la durée de l'intervention est assez longue (jusqu'à 60 minutes) ;
- le geste réalisé serait douloureux sans anesthésie.

Les modalités et les contraintes de l'anesthésie générale sont exposées par le médecin anesthésiste au cours d'une consultation préopératoire obligatoire.

## DÉROULEMENT DE L'EXAMEN

La patiente est habituellement hospitalisée le matin de l'intervention, et reste à jeun à partir de la veille à minuit (ne pas boire, ne pas manger, ne pas fumer). En cas d'antécédent pathologique particulier, d'association de l'hystéroscopie opératoire à une autre intervention ou pour des raisons anesthésiques, l'hospitalisation pourra être proposée la veille au soir de l'intervention.



*Déroulement de l'examen*

Une préparation du col utérin à l'aide de comprimés ou d'ovules peut être prescrite. Elle se fait la veille ou le matin même de l'intervention. Elle a pour but de faciliter la dilatation du col utérin et le geste opératoire, surtout chez les patientes qui n'ont jamais accouché.

Une prescription d'antibiotique est souvent administrée en cours ou en fin d'intervention.

La réalisation d'une hystéroscopie opératoire nécessite une anesthésie générale et donc la pose d'une perfusion. Une fois l'anesthésie réalisée, le chirurgien effectue une désinfection soigneuse de la vulve et du vagin, avant la mise en place de champs stériles.

Après la pose d'un spéculum vaginal, la dilatation du col de l'utérus est effectuée par l'introduction de bougies (sondes) de tailles croissantes dans l'orifice du col utérin. Celle-ci atteint 6 à 10 mm de diamètre selon la taille de l'hystéroscope utilisé.

L'optique permettant l'observation de la cavité utérine est reliée à une source lumineuse et à une caméra permettant de visualiser la cavité utérine par l'intermédiaire d'un écran de télévision. Cette optique est introduite dans une gaine elle-même poussée au travers du col de l'utérus. Afin d'examiner correctement la cavité utérine, une irrigation liquidienne est nécessaire, permettant d'une part la distension modérée de la cavité utérine et d'autre part de visualiser correctement celle-ci grâce à un lavage continu éliminant le saignement éventuel.

Le premier temps de l'intervention (après l'introduction d'un liquide qui dilate la cavité utérine) comprend une inspection de l'ensemble de la cavité utérine, c'est-à-dire les parois (antérieures et postérieures) et les bords (droits et gauches) de l'utérus, de la région cervicale jusqu'au fond de la cavité utérine.

Cette inspection permet de confirmer l'anomalie diagnostiquée auparavant.

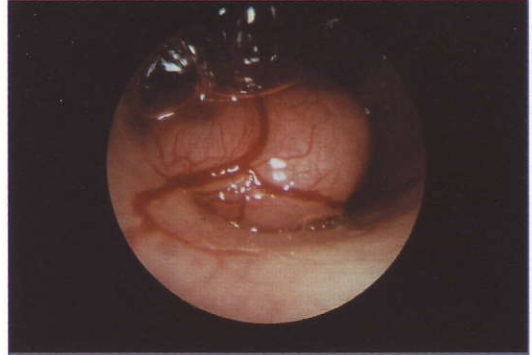
En outre, dans la gaine de l'hystéroscope sont introduits de petits instruments permettant d'effectuer le geste opératoire. Il peut s'agir d'une anse, d'une pointe, ou d'une boule, reliés à un générateur électrique, et permettant la coagulation, la section, ou la destruction des lésions.

Dans certaines pathologies minimales, une hystéroscopie opératoire peut être réalisée sans dilatation cervicale et sous anesthésie locale.

## INDICATIONS

Elles sont représentées par toutes les anomalies de la cavité utérine, pouvant être traitées par les voies naturelles :

- ablation de polype,
- ablation de fibrome,



*Fibrome intracavitaire*



*Résection d'un fibrome intracavitaire*

- section de cloison utérine,
- libération d'accolements des parois de l'utérus entre elles, appelés synéchies,



*Synéchie*

- ablation de la totalité de la muqueuse de la cavité utérine (endométrectomie).

Les polypes et les fibromes situés dans la cavité utérine peuvent provoquer des saignements anormaux pendant ou entre les règles. Les cloisons et les synéchies peuvent être responsables de stérilité ou de fausse-couche. Une endométréctomie peut être indiquée en cas de saignements anormaux liés à des anomalies du cycle.

## COMPLICATIONS

Les complications de ce type de chirurgie sont rares, de l'ordre de 1 % dans leur ensemble, la majorité d'entre elles étant des complications mineures.

### Les principales complications sont :

- la perforation de l'utérus : la perforation par elle-même, si elle est de taille modeste, n'a pas de conséquence grave. Le risque principal est de blesser des organes avoisinants, et il est parfois nécessaire de réaliser durant la même anesthésie une cœlioscopie afin de vérifier l'intégrité du tube digestif et de la vessie.
- Le liquide de distension utérine peut passer en quantité importante dans la circulation sanguine par les vaisseaux utérins et entraîner des troubles dits métaboliques (perturbations de la circulation des ions et de l'eau dans l'organisme humain). Son traitement est médical et se fait par une surveillance plus prolongée en salle de réveil.
- La survenue, après l'intervention, d'accroissements des parois utérines (synéchies) est possible. En effet, ces synéchies peuvent être secondaires à tout traumatisme de la cavité utérine. Les synéchies peuvent entraîner une infertilité.
- Une hémorragie peut survenir en cours d'intervention ; elle est alors traitée immédiatement pendant le geste opératoire. Elle est rarement secondaire, survenant à distance de l'intervention.

- Une infection : tout geste à l'intérieur de la cavité utérine peut entraîner une infection de la cavité utérine. Ce risque est très faible et nécessite, après la réalisation de prélèvements bactériologiques, la mise sous antibiotiques. Le risque de cette infection utérine est la contamination des trompes pouvant entraîner une obturation de celles-ci. De façon exceptionnelle, ces infections peuvent nécessiter une hystérectomie (ablation de l'utérus) pour leur guérison.
- La béance du col : après le geste de dilatation du col utérin, le col peut rester trop dilaté. Cette complication est rare, et peut être responsable de fausses-couches et d'accouchements prématurés lors de grossesses ultérieures.

## LES SUITES OPÉRATOIRES

À l'issue de l'intervention, la patiente est surveillée pendant 2 heures au minimum en salle de réveil par l'équipe d'anesthésie, puis est accompagnée dans sa chambre d'hospitalisation.

La durée d'hospitalisation est courte, la sortie se faisant le soir même ou le lendemain matin de l'intervention, selon son type et la tolérance à l'anesthésie générale.

Un compte-rendu opératoire, et fréquemment une ordonnance de traitement antalgique, antibiotique ou hormonal sont remis à la patiente. Un arrêt de travail compris entre 1 et 7 jours est proposé.

Un rendez-vous de consultation avec l'opérateur sera arrêté dans les 2 à 4 semaines suivant l'intervention. Elle a pour but de vérifier la normalité de l'examen clinique et d'informer la patiente des résultats des prélèvements effectués au cours de l'intervention. Cette consultation sera également le moment d'évoquer avec le chirurgien les modalités de la surveillance gynécologique ultérieure.

## RECOMMANDATIONS ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE APRÈS L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Dans les jours qui suivent l'intervention ou en pratique jusqu'à disparition des saignements, vous devrez :

- vous reposer,
  - renoncer aux rapports sexuels,
  - ne pas utiliser de tampons vaginaux,
  - éviter les bains,
- consulter auprès du service des urgences ouvert 24 heures sur 24, éventuellement après renseignements pris au téléphone avec le médecin de garde, en cas de :
    - saignements d'abondance supérieure à des règles,
    - fièvre supérieure à 38°C,
    - douleurs pelviennes,
    - douleurs d'un membre inférieur, douleur thoracique, ou essoufflement inhabituel.



\* Innover pour mieux soigner