

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE DES OVAIRES (KYSTECTOMIE-OVARIECTOMIE)



➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

➤ NATURE DE L'INTERVENTION

- Kystéctomie bilatérale par coelioscopie
- Kystéctomie unilatérale par coelioscopie
- Kystéctomie ou ovariectomie par laparotomie
- Ovariectomie bilatérale par coelioscopie
- Ovariectomie unilatérale par coelioscopie
- Ovariectomie et traitement des lésions associées par laparotomie

DANS QUELLES CIRCONSTANCES DOIT-ON PRATIQUER UNE OPÉRATION SUR LES OVAIRES ?

Schématiquement une intervention sur les ovaires est nécessaire quand ceux-ci sont porteurs d'un kyste ou d'une tumeur.

La très grande majorité des kystes de l'ovaire sont bénins. Comme par exemple, les kystes dermoïdes ou d'endométriose. Certains sont appelés « border line », c'est à dire qu'ils sont à la frontière entre lésion bénigne et maligne, et impose l'ablation de l'ovaire.

Même en cas de kystes certainement bénins, ce qui est le plus fréquent, l'ablation est souhaitable pour éviter les complications que sont les ruptures ou torsions de l'ovaire.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Hormis certains cas de kystes de l'ovaire fonctionnels susceptibles de disparaître spontanément tous grâce à un traitement médical, dans tous les autres cas seul le traitement chirurgical est possible.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le traitement chirurgical va se faire en général par cœlioscopie, et dans certains cas par laparotomie par voie abdominale.

Dans certains cas très spécifiques, une ponction sous échographie peut être proposée pour des kystes liquidiens, mais avec un risque très important de récurrence car la poche du kyste étant laissée en place, celui-ci est susceptible de se reformer très rapidement.

La ponction est donc un traitement palliatif, parfois proposé au cours d'un protocole de fécondation in vitro pour ne pas être obligé de l'interrompre.

Traitement par cœlioscopie

Le chirurgien commence à insuffler quelques litres de gaz carbonique dans l'abdomen au moyen d'une aiguille ou d'un tube fin (c'est ce qu'on appelle le pneumopéritoine). Une optique est ensuite introduite par une courte incision ombilicale de l'ordre du cm. Là aussi, l'intervention est suivie sur un écran vidéo.

2 à 3 courtes incisions (de 5 à 10mm) sont pratiquées dans la partie basse de l'abdomen.

Elles servent à introduire les instruments opératoires, à travers des tubes spéciaux appelés trocarts. L'incision ombilicale est « l'œil » de l'opérateur, les autres incisions sont « ses mains ».

Le contenu du kyste est ensuite généralement aspiré pour réduire son volume, puis sa coque est séparée de l'ovaire et enlevée par l'un des trocarts opératoires.

Dans l'immense majorité des cas, seul le kyste est enlevé et non l'ovaire en entier.

Traitement par laparotomie

Lorsque les kystes sont très volumineux ou en cas de suspicion de tumeur maligne, une laparotomie peut être proposée. Celle-ci est réalisée par une incision abdominale horizontale ou verticale. Le kyste ou l'ovaire sont ensuite enlevés.

L'ablation de l'ovaire est généralement indiquée si la lésion semble maligne.

En cas de suspicion de tumeur maligne, outre l'ablation de l'ovaire (ovariectomie) de multiples biopsies des organes de voisinage peuvent être réalisées.

Lorsque la tumeur est certainement maligne, la chirurgie est discutée avec la patiente avant l'intervention. Chirurgie souvent extensive et s'inscrivant très généralement dans un plan thérapeutique faisant appel à la chimiothérapie.

Il faut souligner que le plan opératoire initial peut être remis en question dans de rares cas où les constatations opératoires révèlent, par exemple, que la sécurité impose d'enlever non seulement le kyste, mais également l'ovaire.

Il est indispensable que vous consentiez explicitement après discussion avec votre chirurgien à une telle modification préalablement à l'intervention.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Aucune intervention n'est complètement dénuée de risques !

Ceux-ci sont très rares et en général bien maîtrisés mais vous devez connaître ces éventualités avant de vous décider à vous faire opérer.

Complications pendant l'intervention

- Blessure des organes proches du site opératoire : essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Leur blessure accidentelle peut être favorisée par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle.

Dans de rarissimes cas, une dérivation intestinale temporaire (anus artificiel pendant quelques semaines) peut être nécessaire.

- Hémorragique : une hémorragie abondante peut survenir, habituellement rapidement jugulée, mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérivés sanguins. Les complications de ces transfusions, en particulier le risque de transmission de maladies infectieuses type hépatite ou sida, sont devenues exceptionnelles et fait l'objet d'un protocole spécial de suivi.
- Compression des nerfs ou des parties molles : ces cas sont extrêmement rares et dus à une mauvaise position pendant l'intervention. Les lésions disparaissent en règles spontanément dans les semaines qui suivent et il est très rare que persistent des sensations de fourmillements ou d'engourdissements. Cela s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants ou au courant électrique.

Complications après l'intervention

Très rares :

- Infection : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques, une infection du site opératoire peut survenir, en général facilement maîtrisée
- Hémorragies secondaires très rares mais pouvant imposer une ré-intervention, voire une transfusion
- Occlusion intestinale possible dans les suites de toute intervention abdominale et peut nécessiter une ré-intervention, s'il existe une adhérence ou une torsion de l'intestin sur lui-même
- Complications générales comme une phlébite, voire une embolie pulmonaire là aussi extrêmement rares en raison de la prévention systématique qui est réalisée
- Fistules, communication anormale entre deux organes. Elles sont exceptionnelles, mais nécessitent en général un geste opératoire complémentaire

Suites à plus long terme

Une récurrence des kystes est possible en fonction de leur nature.

De même, en cas de lésion maligne, le pronostic est variable en fonction de multiples facteurs qui seront discutés avec l'équipe, qui vous aura pris en charge au plan médico-chirurgical.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.