

**Document d'information établi et recommandé par  
le Collège national des Gynécologues Obstétriciens Français**

**HYSTEROSCOPIE**

MADAME,

Votre médecin vous a proposé une intervention nommée hystérocopie. 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 hystérocopie ?**

- 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 (hystérocopie 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'hystérocopie 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'hystérocopie diagnostique, glycolcolle ou sérum physiologique pour les hystérocopies opératoires.
- Dans le cas où il s'agit de réaliser une simple hystérocopie diagnostique, les hystérocopes 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'hystérocopie 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 hystérocopique pourra être réalisée afin de prélever et de faire analyser la muqueuse utérine.

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

L'hystérocopie est une intervention courante dont les suites sont indolores et simples dans la majorité des cas. Hormis les risques spécifiques à l'anesthésie, vous devez être informée de la possibilité de certains événements, cependant rares.

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**

Avant l'opération :

- 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.

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 ;
- une 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.*

### **Informations complémentaires du Dr SAVEY**

A l'entrée :

Dans le cas ou des bas de contention vous ont été prescrits il est impératif de les apporter et les confier à la personne qui vous accueille car on vous demandera de les porter pendant l'intervention

A votre sortie :

Il est généralement conseillé d'attendre 3 semaines avant de prendre des bains mais les douches sont autorisées tout en évitant de mouiller les éventuels pansements

Les tampons sont contre indiqués pendant 3 semaines

**Signature**