

Hystérectomie : la Suisse record d'Europe

Autor(en): **Stucki, David / Zirilli, Anne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Génération plus : bien vivre son âge**

Band (Jahr): - **(2012)**

Heft 39

PDF erstellt am: **17.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-831623>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

<http://www.e-periodica.ch>

Hystérectomie: la Suisse

Les raisons médicales qui justifient cette opération sont aujourd'hui plus restrictives et de la Clinique Générale à Fribourg, essaie d'éviter le bistouri chaque fois que possible.

Nul n'ignore qu'en matière d'hystérectomie, les gynécologues helvétiques avaient la main un peu lourde. Il y a vingt ans, 29 % des Suissesses entre 50 et 54 ans et 39 % de celles ayant entre 55 à 59 ans étaient dépourvues de matrice*. Avec ces chiffres, qui représentent un taux opératoire deux fois plus important que celui du Danemark, la Suisse détenait le record européen.

Aujourd'hui? L'hystérectomie reste une des opérations les plus fréquentes dans notre pays (entre 10 000 et 12 000 par année de 2000 à 2010, selon l'Observatoire suisse de la santé). Et la Confédération figure toujours, derrière les Etats-Unis, le Canada et l'Australie, parmi les nations qui pratiquent le plus d'opérations de ce genre.

La situation a cependant évolué. Les raisons médicales qui justifient l'hystérectomie sont plus restrictives et l'intervention moins mutilante. La pratique consistant à ôter aussi les ovaires n'a plus la cote et le développement de nouvelles techniques chirurgicales, sous anesthésie générale, rachidienne ou péridurale, limite les risques et les douleurs.

Mais comme neuf hystérectomies sur dix visent non pas à sauver la vie de la patiente, par exemple en éradiquant un cancer, mais plutôt à traiter des pathologies sans gravité, telles que fibromes, règles abondantes, endométriose (prolifération bénigne de la muqueuse utérine) ou descente d'utérus, il est nécessaire de peser le pour et le contre avant de prendre une décision.

Après vingt-cinq ans à la tête du Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital cantonal de Fribourg, David Stucki, gynécologue et chirurgien renommé a mis son expérience et sa connaissance de la physiologie féminine au service de la Clinique Générale, à Fribourg. A l'écoute de ses patientes, il privilégie les «petits moyens thérapeutiques» chaque fois qu'il est possible d'éviter le bistouri.

Il n'y a pas si longtemps, on enlevait fréquemment les ovaires avec la matrice, même quand ils étaient sains... Pourquoi cette pratique? Et a-t-elle vraiment disparu?

Les chirurgiens procédant de cette manière cherchaient à protéger la femme contre le cancer des ovaires, particulièrement difficile à diagnostiquer précocement. Mais ce cancer est rare, il est

donc déraisonnable de plonger la femme dans la ménopause pour éviter un si faible risque. Avec de tels arguments, il faudrait ôter tous les organes exposés au cancer...

On n'opère plus tout à fait pour les mêmes raisons qu'il y a 30 ans. Quels changements dans ce domaine?

Auparavant, on opérait souvent les patientes en préménopause victimes de menstruations excessives entraînant une anémie accompagnée d'une fatigue importante.

Aujourd'hui ce n'est plus nécessaire, car on a trouvé un moyen moins radical de traiter ce problème. Ce moyen, c'est le stérilet hormonal Mirena. Il libère de la progestérone directement dans l'utérus, supprimant les saignements pathologiques sans créer un risque de thrombose, contrairement aux pilules contraceptives.

Mais on opère encore souvent des femmes jeunes pour éliminer des fibromes, quand bien même ce sont des tumeurs bénignes...

Le fibrome évolue très rarement en cancer, mais s'il est volumineux ou mal placé, il peut provoquer des saignements entre les règles, des douleurs ou favoriser une incontinence urinaire. On tente alors de l'extirper, mais il arrive qu'il repousse. L'hystérectomie est proposée aux patientes qui ne veulent plus avoir d'enfants, lorsque le fibrome est particulièrement gênant.

La ménopause amène un autre genre de problème, le prolapsus. La matrice descend, donc on l'ôte. Est-ce bien judicieux?

Le prolapsus débutant se traite par la rééducation du périnée. Mais si les ligaments sont tellement distendus que le col de l'utérus s'extériorise hors du vagin, l'hystérectomie se justifie. La seule alternative, c'est un volumineux pessaire qui crée un risque de blessures et d'infections. Lorsque j'ai pris mes fonctions à l'hôpital de Fribourg voici trente ans, mon prédécesseur m'a remis un carton plein de ces objets préhistoriques. Je me suis bien gardé de les utiliser. Pendant dix à quinze ans, j'ai procédé à deux ou trois hystérectomies par jour sur les nombreuses patientes souffrant d'un prolapsus avancé causé par des grossesses multiples.

record d'Europe

l'intervention moins mutilante. Le professeur David Stucki,



« L'hystérectomie est proposée aux patientes qui ne veulent plus avoir d'enfants, lorsque le fibrome est particulièrement gênant »

Professeur
David Stucki

Quelle technique opératoire privilégiez-vous? Voie vaginale, abdominale ou laparoscopie?

Quand c'est possible, je choisis toujours d'extraire l'utérus par voie vaginale, de préférence selon la technique mise au point à Nice par le Dr Clavé (*lire encadré*). C'est la voie la plus simple, la plus naturelle, la moins douloureuse, celle qui entraîne le moins de saignements, de risques de thrombose, d'hématomes et d'infections. Si cela s'avère problématique, par exemple parce que l'utérus n'est pas mobile, je fais une laparoscopie; cette technique per-

met d'opérer à travers de petites incisions au moyen d'instruments miniaturisés, tout en visualisant parfaitement les organes sur écran. Si la laparoscopie s'avère impossible, situation très rare, je choisis la voie abdominale, qui nécessite une large incision et est encore, à mon avis, trop souvent employée.

Propos recueillis par Anne Zirilli

* *L'hystérectomie en Belgique*, Mutualité chrétienne, N° 1, octobre 1999.

«Sans douleur», grâce à la thermofusion

Par voie vaginale, sous anesthésie générale à faible dose, associée à une anesthésie locale longue durée. Avant de sectionner les tissus pour détacher l'utérus, on les coa-

gule avec une pince électrique chauffante reliée à un générateur. Ça saigne moins, c'est moins douloureux et il n'est pas nécessaire de faire de points de suture. Compter 30 minutes

pour l'opération, un à deux jours d'hospitalisation, deux à trois semaines d'arrêt de travail et un mois avant la reprise des relations sexuelles et des activités physiques.