

## *Anesthésie pour chirurgie gynécologique*

*Dr Sara Dadoun*

## *Chirurgie gynécologique*



Appareil génital  
Et  
Glande Mammaire

## *Classification chirurgicale*

### *I - Actes peu invasifs*

- a) sans effraction tissulaires : hystérocopie, curetage (IVG, FCS, biopsie endomètre)
- b) faible effraction (ponction ovarienne par voir vaginale)

### *II - Actes moyennement invasifs - absence d'ouverture abdominale*

- Voie vaginale : hystérectomie, TVT, TOT
- Coelioscopie : chirurgie tubaire, ovarienne, utérine.

## *Classification chirurgicale*

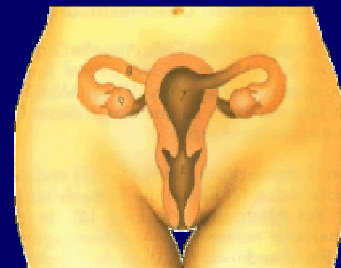
### *III - Actes invasifs ou très invasifs*

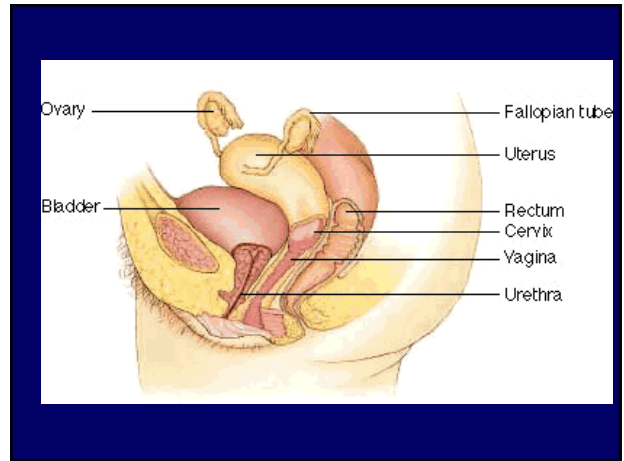
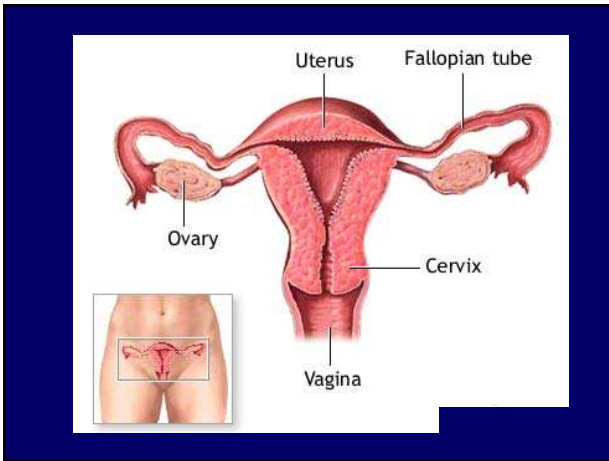
- Laparotomie : hystérectomie endométriose, cancer ovaires, curage lombo-aortique

### *IV - Chirurgie mammaire*

## *Population concernée*

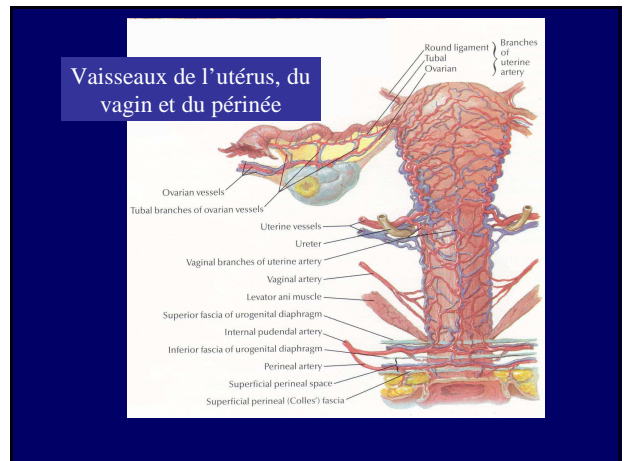
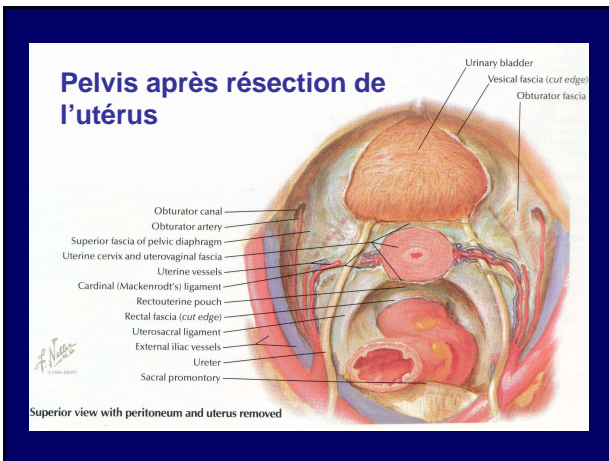
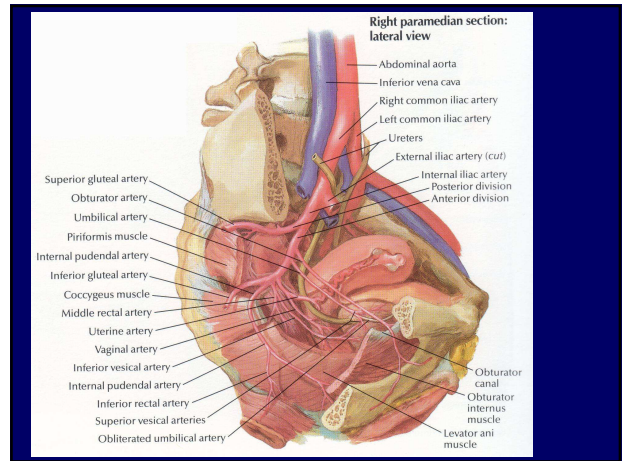
- Terrain :
  - Femmes jeunes : IVG, Curetage, coelochirurgie fonctionnelle, cancer ovaire
  - Femmes âgées : curetage biopsique, hystérectomies, chirurgie mammaire
- Anémie :
  - 93 % des femmes en âge de procréer ont des apports en fer < ANC
  - 23 % présentent une anémie
  - Anticiper le risque transfusionnel, vérification du taux d'hémoglobine et des documents d'hémo-biologie

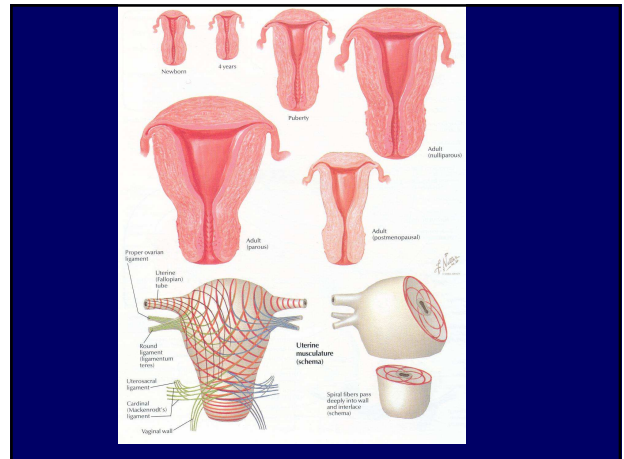
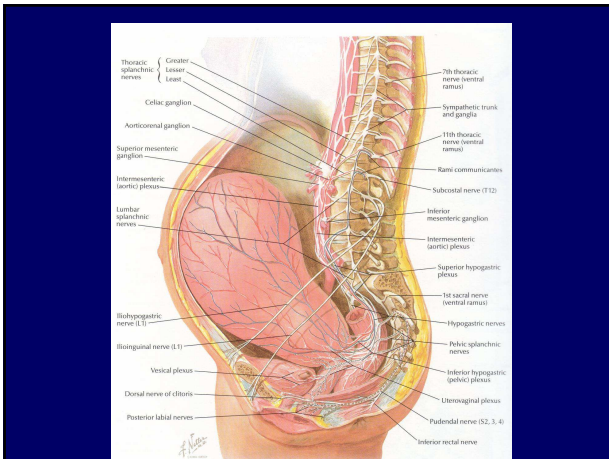




### *Anatomie utérine*

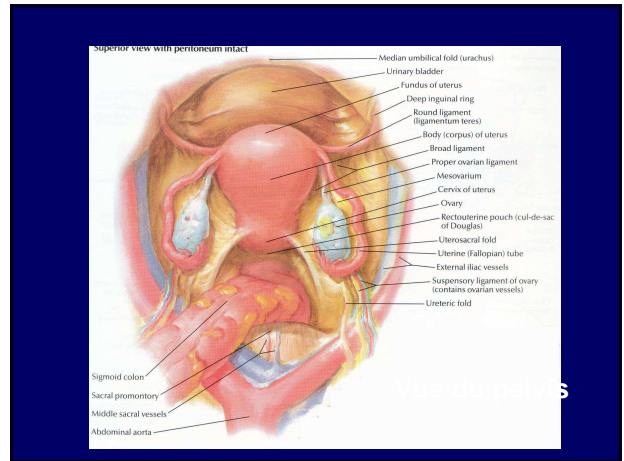
- Forme de cône tronqué de sommet inférieur, aplati de 6 cm sur 4.
- Composé de : corps, isthme, col.
- Suspendu grâce aux ligaments ronds, larges et utérosacrés.
- Vascularisation, innervation : artères, veines, lymphatiques, nerfs utérins





## Anatomie tubaire

- Dans l'épaisseur du ligament large. Longueur 10-14 cm, diamètre 3-8 mm
- Portions: interstitielle, isthme, ampoule, pavillon
- Vascularisation : artère, veine, lymphatique, nerf, tubo-ovariens

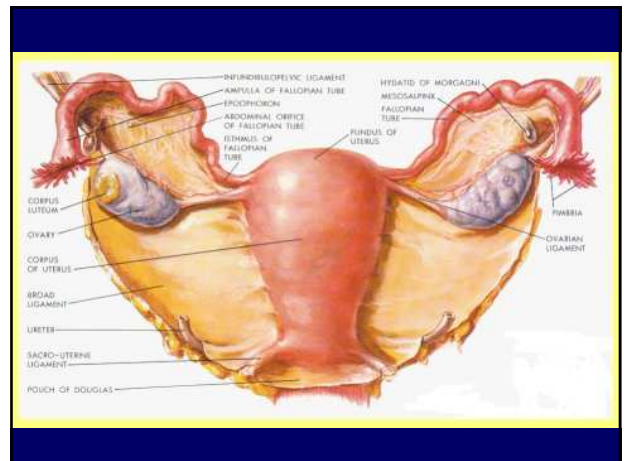


## Ovaires

- Intrapéritonéaux, amandes 2 cm sur 3 cm
- Artères, veines, lymphatiques, plexus nerveux ovariens

## Vagin

- 10 cm aplati transversalement
- Artères vaginales, hémorroïdales moyennes, plexus veineux



### *Pathologies tubaires*

- Infections
- Cancers
- Grossesse extra-utérine
- Torsion annexe

### *Pathologie ovarienne*

- Kystes
- Cancers

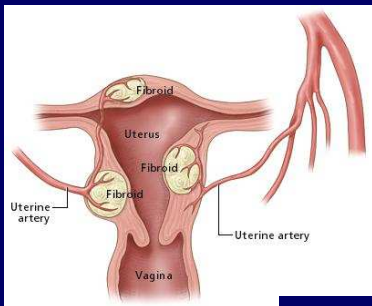
### *Pathologies utérines*

- Fibromes, léiomyomes
- Hyperplasie endomètre
- Endométriose
- Fausses couches, interruption de grossesse

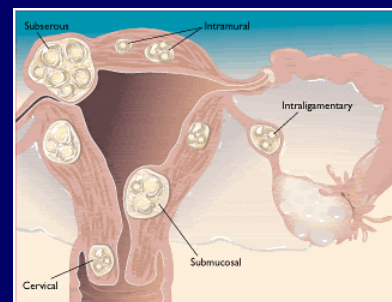
### *Cancers utérins*

- Cancer du col :
  - Femmes jeunes
  - Vaccin
  - Conisation
  - Hystérectomie
- Cancers de l'endomètre :
  - Femmes âgées
  - Curetage biopsique
  - Hystérectomie

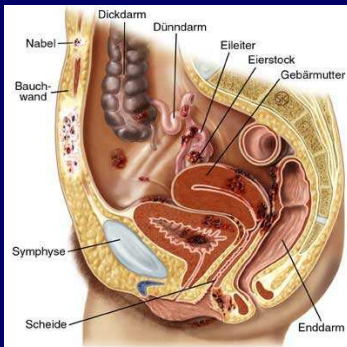
### *Léiomyomes*



### *Fibromes*



## Endométriose



## Vocabulaire chirurgical

- Ectomie : suffixe désignant toute intervention chirurgicale comportant l'exérèse d'un tissu ou d'un organe.
- Tomie : suffixe indiquant l'ouverture d'un organe.
- Scopie : voir, examiner.
- Stomie : création, par chirurgie, d'un abouchement entre deux organes creux ou entre un organe creux et la peau, à un endroit autre que celui où l'organe aboutit naturellement.

## Vocabulaire chirurgical

- Pexie : fixation. Suffixe : fixation d'un organe à une structure anatomique solide (promontofixation, ovariopexie...)
- Plastie : Suffixe, réparation (salpingoplastie).
- Colpo : vagin (colpocèle)
- Hystero : utérus

## Positions en chirurgie gynécologique

- Décubitus dorsal jambes écartées, bras écartés ou l'un le long du corps.
- Position gynécologique : cuisses et jambes fléchies et écartées.

## Positions en chirurgie gynécologique

- Possibilité de mobiliser l'utérus : accrochage du col par voie vaginale, mobilisation transmise au corps de l'utérus. Nécessité pour cela de positionner les fesses tout au bord de la table après retrait des appuis fessiers.
- Dépend de la voie d'abord, abdominale, vaginale, périnéale.

## Décubitus dorsal

- Jambes écartées, bras le long du corps ou non
- Curetages, ponctions ovariennes, coelioscopie, ± laparotomie





### *Décubitus dorsal*

- A surveiller :
  - écartement des jambes (hanches)
  - extension du genou
  - écartement des bras (plexus brachial)
- Vigilance au retrait des appuis fessiers

### *Position gynécologique*

- Cuisses et jambes fléchies et écartées.
- Hystérocopie, chirurgie vulvaire, chirurgie voie basse



### *Position gynécologique*

- Surveiller :
  - flexion hanches, genou
  - zones d'appui (péronné)
- Surtout si prothèses, pontages, neuropathies,

*Temps opératoires longs*

### *« Petite » chirurgie gynécologique*

- Souvent ambulatoire (terrain)
- Vulve : bartholinite, kyste de Bartholin
- Oaires : ponction, follicules, kystes
- Utérin : curetages, hystérocopies, Laser, conisation

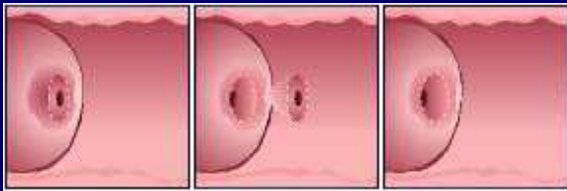
## *Hystéroskopie, laser, conisation (I)*

- Position gynécologique
- Risques : perforation, hémorragie, endométrite
- Irrigation nécessaire pour bonne visibilité

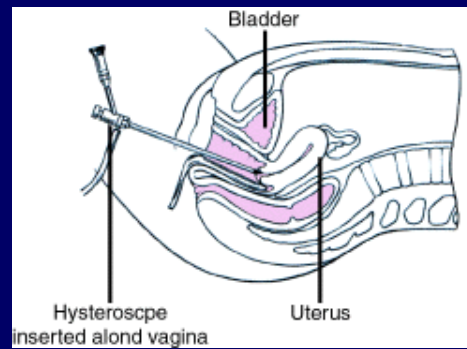
## *Hystéroskopie, laser, conisation (II)*

- Glycocolle :
  - Risque de turp syndrome : hyponatrémie de dilution + toxicité de la glycine (conscience, vision)
  - Intérêt du versapoint (électrode bipolaire) qui permet d'utiliser du sérum physiologique.
- Sérum physiologique :
  - Risque OAP post-opératoire précoce
  - Comptabiliser entrées-sorties
  - Diurétiques petites doses si sorties <<< entrées

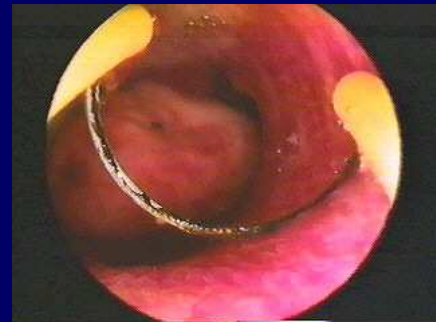
### *Conisation*

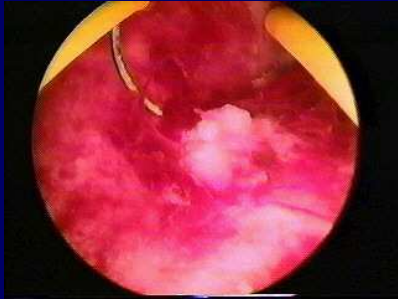


### *Hystéroskopie*



### *Fibrome intracavitaire vue en hystéroskopie*

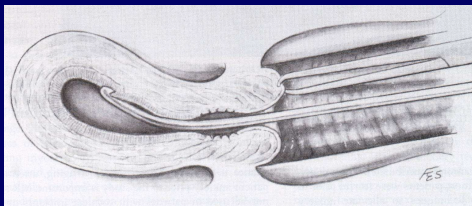




## *Curetages*

- Évacuateur, biopsique, hémostatique
- Position gynécologique
- Risques : perforation, hémorragie

## *Curetage biopsique / hémostatique*



## *Quelle anesthésie ?*

- Actes courts et peu douloureux, ambulatoire
- Anesthésie générale → contrôle de la ventilation
- Rachianesthésie → levée du bloc moteur

## *Anesthésie générale*

- Durée : 15 mn à 1h00
- Propofol :
  - Sujet jeune 200 mg à l'induction
  - Entretien : N2O ou propofol ou gazs inhalés
- Sufentanyl : 10 µg
- Ventilation au masque ou **masque laryngé**
- Intubation si sujet non à jeun

## *Rachianesthésie*

- Marcaïne hyperbare 0,5 %  
(5 à 7,5 mg ± sufentanyl 1 à 2 µg)
- Pas de morphine pour la chirurgie ambulatoire (risque de globe vésical)
- Idéale si obésité, intubation difficile, sujet non à jeun



## *Surveillance*

- Plateau intubation + drogues d'urgences
- Remplissage, monitoring, attention aux saignements
- Rester systématique, **il n'y a pas de petite anesthésie**

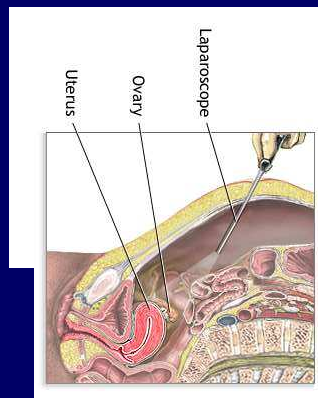
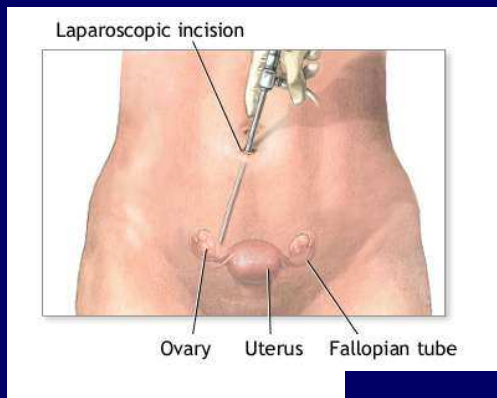
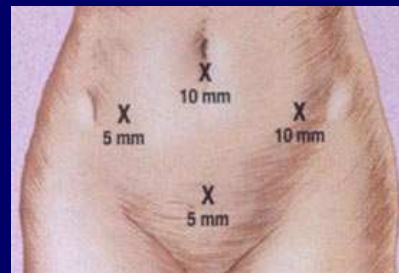
## *Coeliochirurgie*

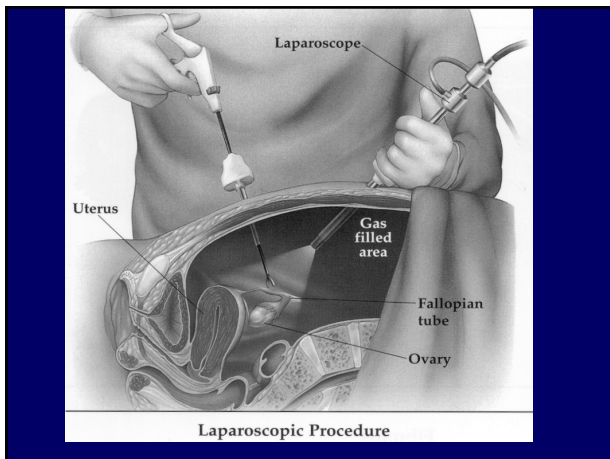
- La coelioscopie est l'exploration endoscopique de la cavité abdomino-pelvienne, préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel au CO2
- Chirurgie dite mini-invasive qui permet de réduire considérablement le temps d'hospitalisation et de convalescence

## *Interventions sous Coelioscopie*

- Chirurgie des trompes et de l'ovaire
- Chirurgie utérus : tumeurs sous séreuses, curages ganglionnaires, hystérectomies (préparation)

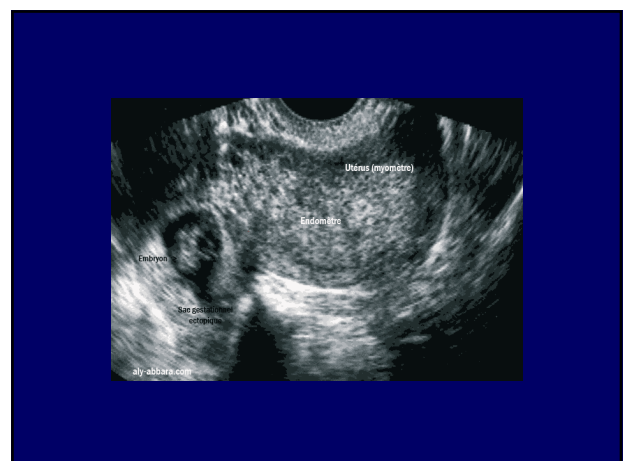
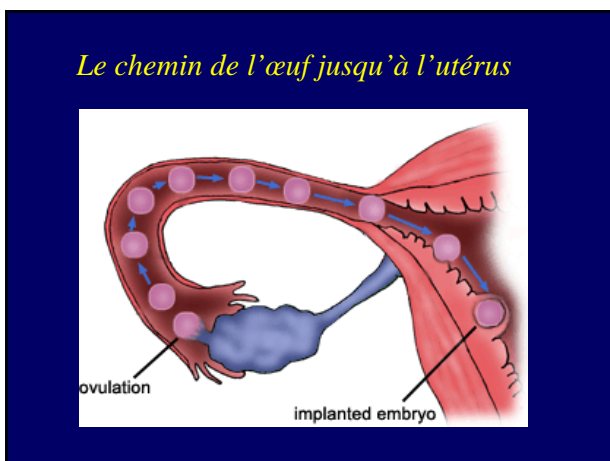
## *Sites d'incision préférentiels en coeliochirurgie*

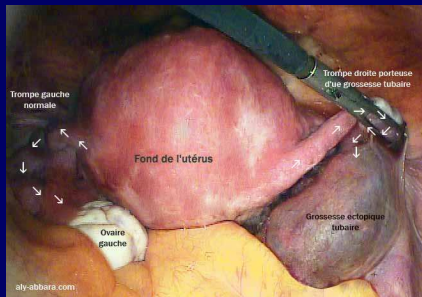




- ### *Risques coeliochirurgie*
- Installation patiente
  - Installation chirurgicale :
    - Ponction gros vaisseaux avec aiguille de Palmer
    - Action : **décubitus dorsal strict** lors de la ponction
    - Insufflation extra-péritonéale du CO2 (sous-cutané, intra vasculaire)
    - Surveillance clinique + monitoring pression intra-abdominale
  - Per-opératoire :
    - lésion organe (vessie, intestin..)
    - hémorragie : visibilité, accès
    - embolie gazeuse (hémodynamique, capnie)

- ### *Grossesse extra-utérine*
- Grossesse se développant en dehors de l'utérus
  - Le plus souvent au niveau tubaire
  - Arrivé aux limites de développement de l'œuf, soit arrêt de la grossesse et avortement, tubaire (expulsion par la trompe) ou génital. Soit rupture vasculaire, hémorragie intrapéritonéale et génitale.
  - Diagnostic précoce permet un traitement médical sous certaine conditions
  - Sinon traitement coelioscopique
  - Diagnostic tardif urgence chirurgicale dans sa forme rompue





## Grossesse ectopique



- Chez les femmes sans contraception, les deux principaux facteurs de risque sont d'une part les antécédents d'infection génitale ou de chirurgie tubaire et d'autre part le tabac
- Fréquence : 1/60 grossesse

## Clinique

- Douleurs à type de coliques, latéralisées, accompagnées de lipothymies.
- Signes sympathiques de grossesse
- L'interrogatoire complète l'examen et recherche des antécédents gynéco-obstétricaux, date des dernières règles chirurgicales et médicales
- Douleur provoquée à la palpation
- Défense sous-ombilicale.
- Les touchers pelviens notent un utérus moins gros que ne le voudrait l'âge gestationnel, masse latéro-utérine douloureuse, douleur dans le cul-de-sac de Douglas
- Métrorragies noirâtres ou sépia après aménorrhée

## Clinique

- Signes de gravité
  - Signes généraux (forme rompue) : choc, tachycardie.
  - Angoisse, troubles de conscience
  - Marbrures, Oligo-anurie

## Diagnostic

- Biologique :  $\beta$ -HCG plasmatiques :
  - Affirme la grossesse si  $> 10$  UI/L, mais n'en précise pas le siège
  - Plus bas que ne le voudrait l'âge supposé de la grossesse.
- Echographique :
  - signes directs : masse hétérogène latéro-utérine, sac gestationnel en dehors de la cavité utérine.
  - Signes indirects : absence de sac gestationnel intra-utérin, épaissement et augmentation de la taille de l'utérus, épanchement Douglas. La présence d'un sac utérin élimine pratiquement le diagnostic.
  - Des  $\beta$ -HCG  $> 4000$  sans visualisation sac ovulaire intra-utérin signent pratiquement la grossesse extra-utérine.
- Echographie par sonde endovaginale :
  - A partir de 5 semaines d'aménorrhée, un sac intra-utérin excentré avec halo hyperéchogène périovulaire signe la GIU.
  - Les annexes sont mieux visualisées.
  - Des  $\beta$ -HCG  $> 1000$  sans visualisation sac ovulaire intra-utérin signent pratiquement la grossesse extra-utérine.

## Objectifs de la prise en charge

- Sauver la vie de la patiente : urgence vitale
- Préserver le pronostic fonctionnel en s'efforçant d'être le plus conservateur possible
- Ne se conçoit qu'après mise en condition, patiente sous surveillance clinique et biologique

## CAT en préhospitalier, urgences

- Diagnostiquer les formes sévères : choc hémorragique. Urgence chirurgicale et transfusionnelle. Orientation adéquate.
- Biologie :
  - NFS et groupage ABO-Rhésus.
  - $\beta$ -HCG urinaires (kit de dosage)

## Méthodes thérapeutiques

- Médicaux :
  - Le méthotrexate par voie générale ou mieux in situ après ponction échoguidée du sac gestationnel puis injection de 50 mg. Se fait avec surveillance de la baisse des  $\beta$ -HCG jusqu'à 2 UI/L.
  - L'abstention thérapeutique : Grossesse extra-utérine à  $\beta$ -HCG très bas.
  - Prophylaxie de l'iso-immunisation rhésus aux patientes Rh-.
- Chirurgie :
  - Radicale : salpingectomie totale avec résection de la portion isthmique. Annexectomie en cas de lésion ovarienne
  - Conservatrice : Césarienne tubaire : expression digitale de l'œuf par le pavillon après salpingotomie
  - Chirurgie cœlioscopique : Salpingectomie. Salpingotomie et aspiration du trophoblaste

## Indications

- Dépendent de : l'état hémodynamique, des antécédents de la patiente, de son désir de grossesse, de l'état de la trompe controlatérale.
- Schématiquement :
  - 1re grossesse extra-utérine : Conservateur si désir de grossesse. Radical sinon
  - 2e grossesse extra-utérine : Si Récidive homolatérale on procède à un traitement radical. Sinon conservateur ou médical
  - 3e grossesse extra-utérine : traitement radical. Prise en charge dans un programme de fécondation in vitro

## Choix thérapeutique

- Le traitement chirurgical est recommandé dans les situations suivantes :
  - hémodynamique instable ;
  - hCG > 10 000 mUI/ml ;
  - hématosalpinx > 4 cm à l'échographie ;
  - contre-indication au traitement médical ;
  - impossibilité d'un suivi ambulatoire (NP5).

## Complications

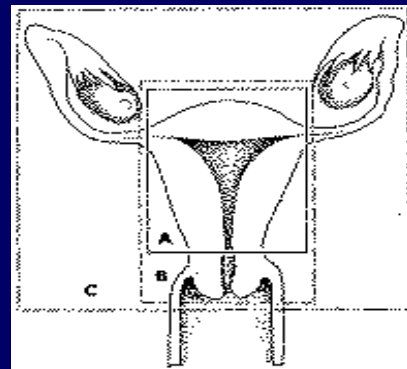
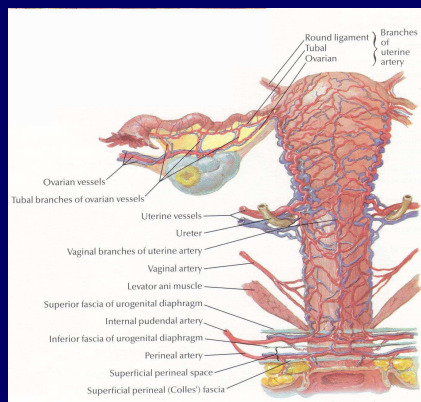
- Précoces communes à toutes chirurgie :
  - Hémorragiques
  - Thrombo-emboliques
  - Infectieuses
- Tardives spécifiques : infertilité

## *Torsion d'annexe*

- Présence d'un kyste ovarien, douleur homolatérale
- Physiopathologie incomplètement élucidée
- Urgence chirurgicale car ischémie ovarienne
- Traitement avant la 6<sup>ème</sup> heure

## *Hystérectomies*

- Simple
- Totale, sub-totale, conservatrice ou non
- Élargie ( aux paramètres)
- Associées à une lymphadénectomie
- Voie haute, voie basse, coeliopréparées
- Incision de pfannenstiel, par médiane



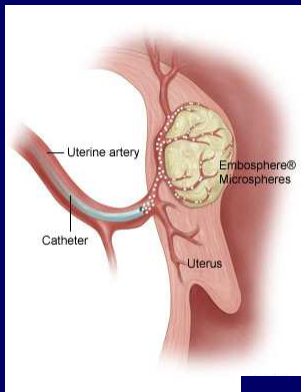
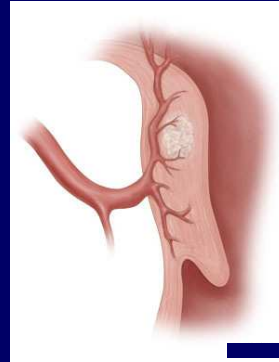
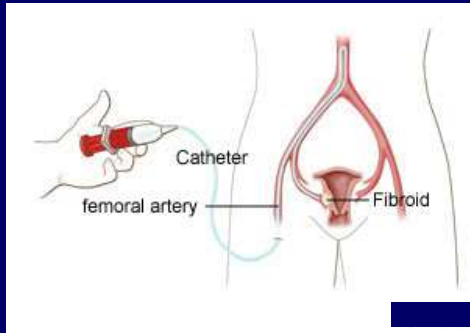
## *Temps opératoires*

- Incision – fermeture → stimulations douloureuses
- Dissection : uretère, col, paramètres → risque fonctionnel, hémorragique
- Hémostase : accessibilité, visibilité / voie basse

## *Myomectomie*

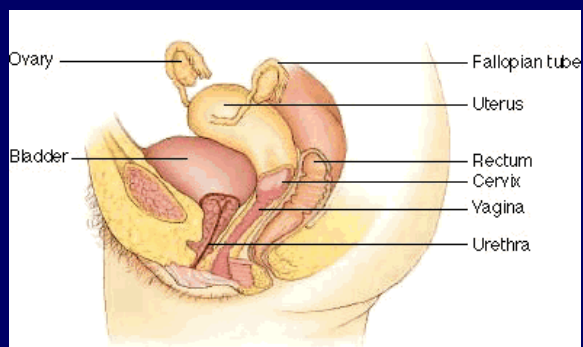
- Ablation de fibromyomes par voie vaginale ou abdominale en respectant l'utérus.
- Pas de clampage des gros vaisseaux utérins, dissection peut être hémorragique. Intérêt embolisation préalable.
- Tendance à la récurrence, éviter grossesse dans les 18 mois





### *Cure de prolapsus*

- Le plus souvent par voie basse, antérieur, postérieur ou les deux.
- Associée ou non à une cystorraphie et/ou périnéorraphie très douloureuses en post-opératoire



Prolapsus du premier degré

1. Cystocèle
6. Eperon périnéal

QuickTime™ et un décompresseur TIFF (non compressé) sont requis pour visionner cette image.

Prolapsus du second degré

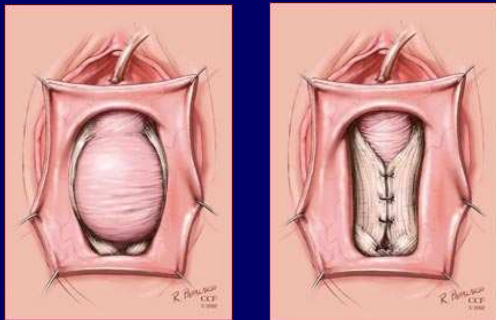
1. Cystocèle
2. Urétrécèle
3. Rectocèle
4. Elytrocèle
5. Allongement hypertrophique du col

QuickTime™ et un décompresseur TIFF (non compressé) sont requis pour visionner cette image.

Prolapsus du troisième degré

1. Cystocèle
2. Urétrécèle
3. Rectocèle
4. Elytrocèle
5. Allongement hypertrophique du col

## Cystorraphie



## Quelle anesthésie ?

- Actes durée moyenne à longue, peu, moyennement ou très douloureux.
- Anesthésie générale : IOT, anticiper l'analgésie
- ALR : rachi péri combinée ou séquentielle

## Bilan préopératoire

- Hémoglobinémie, ferritinémie
- Groupe, RAI
- Fonction du terrain

## Anesthésie générale

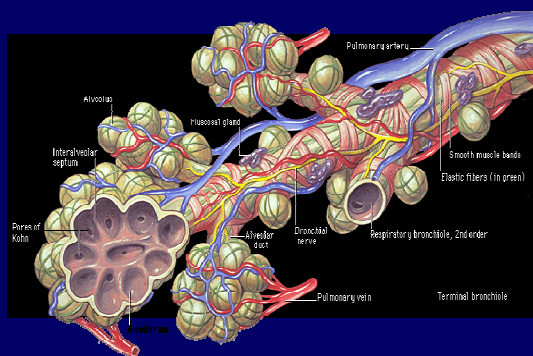
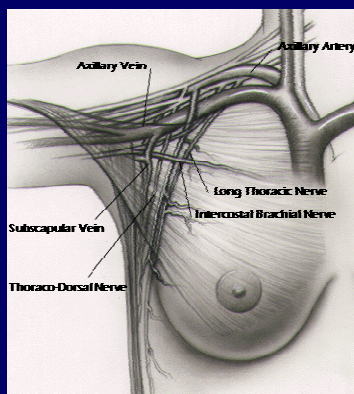
- Durée : 1 à 8 h
- Analgésie post-op :
  - Multimodale (paracétamol, acupan, morphine, AINS, kétamine ou magnésium)
  - Infiltrations anesthésiques locaux ++
- Prévention thromboembolique : bas, HBPM
- Hydratation jusqu'à reprise du transit

## Particularités

- Attention à l'installation prolongée en position gynéco (prothèses, pontages)
- Vérification régulière du bocal d'aspiration
- Compensation hydroélectrolytique
- Bilans per-opératoires si > 5 h

## Post-opératoire

- Douleur
- Saignements : extériorisés ou redons
- Risque thromboembolique
- Diurèse
- Transit



## Chirurgie du sein

- Abscess :
  - Femme jeune : post-partum
  - Femmes âgées : post-op, cancers
- Diagnostic : calcifications, nodules
- Carcinologique : tumorectomie → mastectomie élargie (ganglions)
- Infiltrations ++

### *Particularités*

- Lésions plexus brachial / compression
- Saignements diffus
- Peu douloureux → intérêt des infiltrations
- Prise en charge psychologique

### *Anesthésie*

- Générale
- Positionnement des électrodes
- Perfusion en controlatéral ou aux pieds

### *Risques de la chirurgie mammaire*

- Vascularisation riche et peu systématisée → saignements, hématomes post-op fréquents
- Conséquences du curage ganglionnaire (lymphoedème)
- Terrain

### *Conclusion*

- Chirurgie variée de non à très invasive
- Anesthésie variée
  - ALR possible voir souhaitable : urgences, embolisation, douleur post-opératoire, difficultés ventilatoires