

Vous allez avoir une embolisation de fibrome utérin

Madame, Mademoiselle,

Votre médecin vous a proposé un examen radiologique. Il sera pratiqué avec votre consentement. Vous avez en effet la liberté de l'accepter ou de le refuser.

Une information vous est fournie sur le déroulement de l'examen et de ses suites.

Le médecin radiologue est qualifié pour juger de l'utilité de cet examen pour répondre au problème diagnostique que se pose votre médecin. Toutefois, il se peut que cet examen ne donne pas toutes les réponses.

Il est très important que vous répondiez bien aux questions qui vous seront éventuellement posées sur votre état de santé ainsi que sur les médicaments que vous prenez (liste écrite des médicaments). Certains traitements doivent en effet être modifiés ou interrompus pour certains examens d'imagerie.

N'oubliez pas de vous munir de vos anciens examens pour une comparaison et surtout de respecter les recommandations qui vous sont faites.

La radiographie utilise des rayons X

En matière d'irradiation des patients, aucun risque n'a pu être démontré chez les patients compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée. A titre d'exemple, un cliché simple correspond en moyenne à l'exposition moyenne naturelle (soleil) subie lors d'un voyage de 4 heures en avion.

Toutefois, pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

L'IRM et l'échographie n'utilisent pas de rayons X

Ce sont des examens non irradiants qui utilisent soit les propriétés des champs magnétiques pour l'IRM, soit les propriétés des ultrasons pour l'échographie.

Pour les intensités utilisées par ces deux techniques, il n'a jamais été décrit de conséquence particulière pour l'homme.

De quoi s'agit-il ?

Cette technique vise à occlure par de petites particules les artères nourricières du fibrome ce qui a pour effet d'entraîner sa régression.

Dans un premier temps est réalisée une angiographie des artères utérines, le largage des particules se faisant dans ces vaisseaux.

Qu'est-ce qu'un fibrome utérin ?

C'est une tumeur bénigne de l'utérus qui grossit dans la paroi utérine. Les fibromes n'entraînent pas toujours de symptômes, mais dans certains cas, leur localisation et leur taille peuvent entraîner des problèmes à type de douleurs, de troubles urinaires ou de saignements excessifs. Les fibromes peuvent devenir volumineux et entraîner une augmentation de taille de l'utérus lui-même. En général, les symptômes s'améliorent après la ménopause, mais en cas de traitement hormonal de substitution, cette amélioration peut ne pas survenir.

Quels sont les symptômes les plus classiques en fonction de la taille, du nombre et de la localisation des fibromes ?

- des règles prolongées et trop abondantes, parfois avec des caillots, ainsi que des saignements en-dehors des règles ; ceux-ci peuvent entraîner une anémie
- des douleurs pelviennes, des sensations de pressions ou de lourdeurs au niveau du pelvis des douleurs au niveau du dos ou des jambes
- des douleurs durant les actes sexuels
- une envie d'uriner de façon trop fréquente
- des constipations opiniâtres
- une augmentation de taille de l'abdomen

Quelle est la fréquence de cette maladie ?

Les fibromes utérins sont très fréquents : 20 à 40 % des femmes de plus de 35 ans ont un fibrome d'une taille significative.

Comment fait-on le diagnostic de fibrome ?

En général, le diagnostic de fibrome est fait à l'examen gynécologique et confirmé par une échographie abdominale. Il peut aussi être visualisé en scanner ou en examen par résonance magnétique.

Comment peut-on traiter les fibromes ?

La plupart des fibromes n'entraînent pas de symptômes et ne sont donc pas traités. Quand ils entraînent des symptômes, le traitement médical est souvent le premier traitement proposé, il peut comporter une prescription de pilules contraceptives, une prescription d'anti-inflammatoires ou un traitement hormonal. Souvent les symptômes sont contrôlés avec ces traitements et aucun autre traitement n'est nécessaire.

Dans certains cas cependant, le traitement médical n'est pas satisfaisant ou mal toléré, ou les fibromes se remettent à grossir après l'arrêt du traitement.

Les différentes possibilités de traitement sont alors : l'embolisation utérine, la myomectomie, l'hystérectomie totale.

• l'embolisation utérine :

Il s'agit d'une nouvelle procédure qui n'est pas chirurgicale, expliquée en détail plus loin dans cette fiche.

• la myomectomie :

C'est la chirurgie qui enlève uniquement les fibromes et préserve l'utérus en permettant le plus souvent d'avoir des enfants dans les suites. Plusieurs méthodes sont possibles, la myomectomie sous hystéroscopie, la myomectomie laparoscopique et la myomectomie chirurgicale par voie abdominale ou transvaginale. La plupart du temps, la chirurgie entraîne un contrôle des symptômes, mais plus il y a de fibromes, plus la chirurgie est difficile et moins elle a de chances d'entraîner un succès clinique.

• l'hystérectomie totale :

Elle est souvent pratiquée pour ce type de problèmes. Elle est réalisée sous anesthésie générale et nécessite 3 à 4 jours d'hospitalisation et 4 à 6 semaines de récupération. L'hystérectomie est généralement réservée aux patientes qui ne désirent plus de grossesse.

Le déroulement de l'examen

Il s'agit d'une procédure peu invasive qui ne nécessite qu'une petite entaille au pli de l'aîne, elle est réalisée sous anesthésie locale. Cette intervention est réalisée par un radiologue entraîné à réaliser ce type de procédure peu invasive. Après avoir fait une anesthésie locale au pli de l'aîne, il insère un petit cathéter dans l'artère après avoir fait un petit trou dans celle-ci (ponction artérielle). Le cathéter est guidé sous scopie jusqu'aux artères utérines et le radiologue y injecte de tout petits fragments de plastique, de la taille d'un grain de sable, qui vont occlure cette artère. En général, on réalise une embolisation des deux artères utérines (droite et gauche).

L'embolisation utérine nécessite une courte hospitalisation de quelques jours qui permet surtout de contrôler les douleurs qui sont à type de crampes et de sensation de pesanteur et parfois de fièvre. La récupération complète prend en général 1 à 2 semaines mais peut dans certains cas être un peu plus longue.

Quelles sont les chances de succès de ce traitement ?

Les études montrent que 78 à 94% des femmes qui ont ce type de traitement ont une amélioration significative ou totale de leurs douleurs et des autres symptômes. Ce traitement est également efficace s'il y a de nombreux fibromes. On sait qu'il n'y a pas de récurrence au moins jusqu'à 6 ans (c'est la période de suivi la plus longue à l'heure actuelle).

Quels sont les risques de l'embolisation utérine ?

Toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de complication.

Cet examen peut présenter les risques de toute artériographie (risques locaux au niveau du point de ponction, risques généraux et risques thrombo-emboliques) et ceux en rapport avec l'embolisation utérine.

Risques de toute artériographie :

- Localement, au niveau du point de ponction, il peut se produire un hématome qui se résorbera en deux à trois semaines. Tout à fait exceptionnellement, des lésions de l'artère peuvent nécessiter un traitement complémentaire.

- Sur un plan général, les risques sont dus à l'injection du produit iodé utilisé pour le repérage artériel. L'injection peut entraîner une réaction d'intolérance. Ces réactions imprévisibles sont plus fréquentes chez les patients ayant eu une injection mal tolérée d'un de ces produits ou ayant des antécédents allergiques. Elles sont généralement transitoires et sans gravité. Elles peuvent être plus sévères et se traduire par des troubles cardio-respiratoires et nécessiter un traitement. Les complications réellement graves sont rarissimes ; par exemple, le risque de décès est de moins d'un cas sur 100 000. Des accidents rénaux, également liés au produit iodé, sont notamment possibles chez certains sujets atteints de maladies fragilisant le rein (insuffisance rénale chronique, diabète, myélome, etc.).

Des modalités particulières seront observées pour les patients qui ont présenté de graves manifestations allergiques et pour ceux qui ont une fragilisation rénale. Ces patients doivent se signaler au moment de la prise du rendez-vous. De plus, les diabétiques prenant des biguanides (Glucinan®, Glucophage®, Stagid®) doivent également le signaler car ce traitement doit être interrompu durant quelques jours.

Les risques thrombo-emboliques :

Le cheminement du cathéter dans les artères peut entraîner l'occlusion de celles-ci ou une occlusion à distance par l'intermédiaire d'une embolie (caillot sanguin, plaque d'athérome qui migre...).

Au niveau des membres, une telle occlusion se traduit habituellement par une violente douleur alors qu'au niveau cérébral, cela peut être responsable d'un accident vasculaire (attaque) pouvant entraîner une paralysie définitive ou transitoire. Ces accidents sont très rares et tout est fait pour les éviter ; lorsqu'ils surviennent, un traitement d'urgence médical ou chirurgical est le plus souvent indiqué. Le risque de mort est exceptionnel.

Au total, le risque de présenter un accident grave ou définitif peut être, en moyenne, évalué entre 0,5 et 1%, en fonction de votre état de santé initial et de la maladie qui justifie l'examen.

Risques liés à l'embolisation utérine

La plupart des femmes ressentent des douleurs modérées ou sévères pendant les premières heures. Dans certains cas, des nausées et de la fièvre sont observées.

Ces symptômes sont traités par des médicaments appropriés.

Dans quelques cas, des infections ont été décrites qui sont traitées par antibiothérapie.

Il a été également rapporté dans environ 1% des cas des lésions utérines nécessitant une hystérectomie.

La possibilité d'une ménopause précoce après l'embolisation a été rapportée dans quelques cas.

Risques et Bénéfices

Les bénéfices attendus de l'examen qui vous est proposé naturellement sont largement supérieurs aux risques que cet examen vous fait courir.

En tout état de cause, la myomectomie et l'hystérectomie présentent également un certain nombre de risques, y compris infections et hémorragies nécessitant une transfusion. D'autre part, les patientes qui ont eu une myomectomie peuvent avoir des adhérences, ce qui peut entraîner un risque de stérilité secondaire. N'hésitez pas à poser les questions sur les différents risques à votre médecin.

Que devient la fertilité après l'embolisation utérine ?

On ne sait pas de façon certaine répondre à cette question, même si quelques femmes ont été enceintes après la procédure.

Un examen de coagulation du sang vous sera demandé.

Apportez le jour de l'examen :

- 1) la demande de votre médecin (ordonnance, lettre....)
- 2) les résultats de votre examen concernant la coagulation et autres analyses qui auraient été demandées,
- 3) le dossier radiologique en votre possession (radiographies, échographies, scanners, IRM ...)
- 4) la liste écrite des médicaments que vous prenez.

Pour l'examen :

Ne mangez pas au cours des 6 heures précédant l'examen.

Sauf contre-indication, vous devrez prendre vos médicaments habituels.

Après l'examen, de retour dans votre lit :

Vous serez surveillée, pour vérifier en particulier qu'il n'existe pas de saignement à l'endroit de la ponction.

Les membres de l'équipe médicale vous diront à quel moment vous pourrez boire et manger. Ils vous expliqueront pendant combien de temps vous devrez rester allongée.

Afin d'éviter le risque d'hématome à l'endroit de la ponction artérielle, en général au pli de l'aîne, il vous est demandé de rester allongée pendant plusieurs heures sans plier la cuisse du côté où la piqûre a été faite.

Si la ponction a été faite au pli du coude, on vous demandera de ne pas utiliser ce bras pendant plusieurs heures (en particulier pour la toilette).

Après votre retour à domicile :

Urgence

1/ Si vous commencez à saigner à l'endroit où le cathéter a été introduit (si un saignement apparaît, allongez vous et appuyez sur la zone du saignement ou faites appuyer par une personne de votre entourage),

2/ Si vous constatez un changement de couleur, de volume ou de température au niveau de la zone de ponction de l'artère,

3/ Si vous avez des douleurs, une sensation de froid, une modification de la sensibilité, ou un changement de couleur du bras ou de la jambe concernés par la ponction artérielle,

Dans les semaines qui suivent l'examen :

Consultez votre médecin ou prenez contact avec nous si vous avez une "boule" qui persiste au niveau du point de ponction.

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que vous êtes amenée à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.