

Embolisation des artères utérines

Les fibromes sont des formations bénignes de l'utérus très fréquentes, pouvant être asymptomatiques. Néanmoins, s'ils grossissent ou s'ils sont nombreux, ils peuvent devenir douloureux.

L'embolisation des artères utérines (EAU) est une intervention au cours de laquelle le radiologue interventionnel va faire passer un petit tube (cathéter) dans les vaisseaux sanguins afin d'injecter un produit contenant de très petites particules (agent d'embolisation) dans le but de bloquer les petites artères et empêcher l'afflux sanguin dans les fibromes. Ce processus fait rétrécir les fibromes de façon significative.

En quoi cette intervention peut m'être utile?

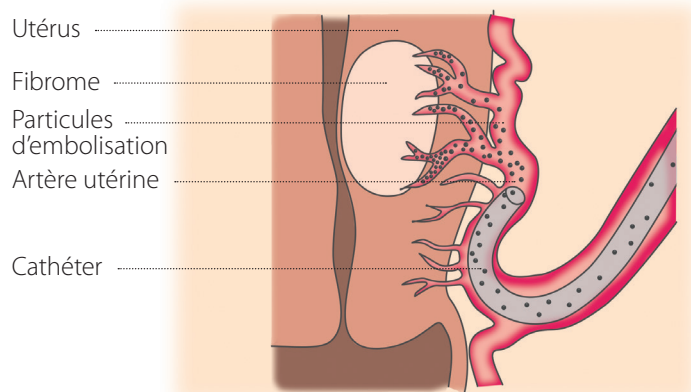
Environ 80% des femmes rapportent une amélioration significative de leur qualité de vie et de leurs symptômes 1 an après l'intervention. Certaines femmes bénéficient de l'intervention alors qu'elles ont un désir de grossesse. Dans cette situation, vous devrez prendre conseil auprès d'un spécialiste de la fertilité, car il vous sera peut-être conseillé de ne pas tomber enceinte dans les 6 mois suivant l'intervention.

Comment se préparer avant l'intervention?

Il faudra informer votre médecin au sujet de vos traitements, car certains médicaments devront potentiellement être diminués ou arrêtés. Il faudra certainement effectuer une prise de sang et/ou un examen d'imagerie avant l'intervention. Si vous avez un DIU (dispositif intra utérin), il est nécessaire de prévenir l'équipe. Il vous sera probablement demandé de ne pas manger ou boire avant l'intervention.

L'intervention

Une infirmière vérifiera vos paramètres vitaux et placera une perfusion dans votre bras afin de vous donner des médicaments par voie intraveineuse pendant l'intervention. Dans certains hôpitaux, une seringue délivrant un antidouleur et des médicaments contre la nausée pourra être connectée à une pompe afin que vous puissiez contrôler la dose d'anti douleur vous-même en appuyant sur un bouton. Cette méthode s'appelle PCA (analgésie contrôlée par le patient). Il n'est pas possible de se surdoser soi-même avec ce mécanisme. De plus, en début de procédure, il vous sera donné un médicament relaxant ou un sédatif afin de vous aider à vous détendre.



Cathéter délivrant les particules d'embolisation

Le médecin ou l'infirmière nettoiera et désinfectera votre aine ou votre poignet puis vous couvrira d'un champ stérile. Après anesthésie locale de votre aine ou de votre poignet, le médecin insérera une aiguille dans votre artère, puis un cathéter (tube souple) jusqu'à l'artère utérine, d'un côté puis de l'autre, guidé par les images des rayons X sur l'écran. Le médecin pourra peut-être

atteindre les artères utérines des deux côtés depuis une artère du pli de l'aîne, mais parfois une deuxième ponction de l'artère de l'autre côté est nécessaire.

Une fois que le médecin sera certain d'avoir placé le cathéter dans la bonne position dans l'artère utérine, il injectera les agents d'embolisation. Pendant l'embolisation et les heures suivantes, il est possible que vous ressentiez des crampes fortement douloureuses.

Les médecins et les infirmières vous donneront des antidouleurs pour cela, habituellement par la perfusion dans votre bras, mais occasionnellement par le rectum. Si vous avez une PCA, vous pourrez vous-même augmenter l'administration de médicaments, sans risque de surdosage.

L'intervention dure environ 1 heure. Lorsque le médecin aura terminé, il retirera le cathéter de l'artère et comprimera votre aîne jusqu'à l'arrêt du saignement. Il vous faudra alors respecter une période de repos et d'immobilisation, afin de permettre une cicatrisation rapide du point de ponction et d'éviter les saignements.

Quels sont les risques?

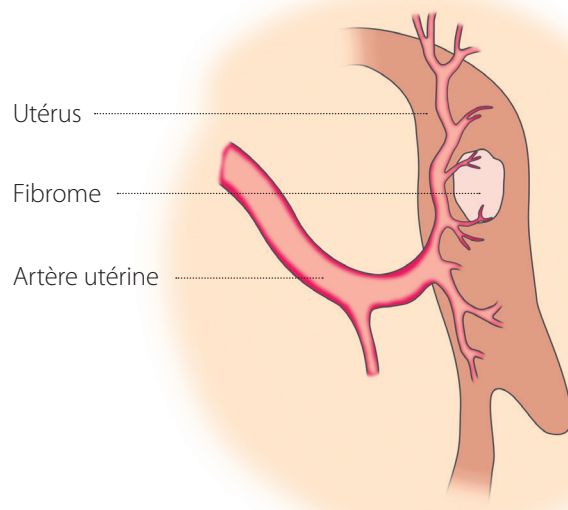
Le risque d'infection est de 2%. Les signes sont une forte douleur, un abdomen tendu, et de la fièvre. La plupart des infections peuvent être traitées par des antibiotiques. De façon exceptionnelle, si l'infection est très sévère, une chirurgie pour enlever l'utérus (hystérectomie) peut être nécessaire.

2-4% des femmes, en particulier celles de plus de 45 ans, peuvent expérimenter une ménopause précoce. Pour la plupart des femmes, le retour de règles régulières se fait après 6 à 9 mois.

A quoi dois-je m'attendre après l'intervention? Quel est le suivi ?

Une fois de retour dans votre chambre, les infirmières vous surveilleront. Une fois que vous pourrez manger, boire, marcher, aller aux toilettes sans aide, et que la douleur sera contrôlée par des médicaments oraux, vous pourrez rentrer chez vous. Certaines femmes ont besoin de rester plus de 24h à l'hôpital.

Une fois chez vous, il est conseillé de se reposer quelques jours. La plupart des patientes ressentent des douleurs après coup, qui peuvent varier de douleurs légères à de fortes crampes. Il est possible d'avoir un peu de fièvre, ce qui est tout à fait normal dans les premières 24-72 heures.



Après embolisation, le fibrome va se nécroser.

La douleur et la fièvre peuvent être contrôlées par des médicaments oraux antalgiques et antipyrétiques. Il est possible d'avoir des pertes vaginales, à cause de la nécrobiose du fibrome. Cela peut persister jusqu'à 2 semaines, ou être intermittent pendant

quelques mois. Si ces pertes deviennent malodorantes, si elles sont associées à de la fièvre, il est important de consulter en urgence son médecin car cela peut être un signe d'infection.

Une consultation de suivi avec le radiologue interventionnel ou l'équipe de gynécologie est souhaitable 4-6 semaines après l'intervention, et un contrôle par IRM ou échographie après 6 à 9 mois évaluera l'effet de l'embolisation.

www.cirse.org/patients

Ce document contient des informations médicales générales. Ces informations ne sont pas destinées à remplacer, un avis, un diagnostic ou un traitement médical.