



Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise

Association Loi 1901 n° 0784014641
29 rue de Versailles - 78150 Le Chesnay
Tel : 01.39.43.12.04 – Fax : 01.39.43.13.58
E-mail : cpav@wanadoo.fr
Web: <http://www.nat78.com>

STERILISATION TUBAIRE

A VISEE CONTRACEPTIVE

Décembre 2007

PLAN

Préambule p. 3

I Contexte légal et Recommandations p. 4

II Aspects techniques de la stérilisation féminine p. 6

1- Voies d'abord p.6

2- Techniques de stérilisation p.7

3- Complications de la stérilisation tubaire p.9

III Conditions de mise en œuvre au sein de la CPAV p.11

1- Première consultation p.11

2- Quand réaliser une stérilisation tubaire ? p.13

3- Visite de contrôle p.13

IV Bibliographie p. 14

V Annexes

1- Réponses aux questions les plus fréquentes p.15

2- Comparaison des différentes voies d'abord p.18

3- Formulaire de consentement (CNGOF) p.19

Préambule

Malgré la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive, sa pratique reste hétérogène, de même que l'information diffusée tant auprès des femmes que des médecins.

Le Comité Scientifique et Pédagogique de la CPAV a décidé en conséquence de mettre à disposition des patientes et des professionnels de santé les moyens de répondre à cette double exigence.

Le CSP de la CPAV remercie pour sa contribution:

Dr Pierre PANEL
Chirurgien Gynécologue Obstétricien
Chef de Service
Centre Hospitalier de Versailles

I - Contexte légal et Recommandations

Les différents moyens de contraception sont variables d'un pays à l'autre en fonction de la culture et des habitudes.

La stérilisation tubaire atteint 17% dans le monde, le taux le plus important étant en République Dominicaine (39%), et le plus faible dans les pays d'Afrique (1 à 2%). En France, il est estimé à 7,1% (30.000 stérilisations/an).

Toutefois, l'évaluation de la stérilisation tubaire était jusque là très difficile en France car c'était une pratique illégale assimilée à une mutilation volontaire. La pratique réalisée avant 2001, malgré son caractère illégal, était somme toute relativement importante.

Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), dans son avis du 3 avril 1996, notait déjà : «certaines personnes qui souhaiteraient avoir accès à une stérilisation contraceptive rencontrent des difficultés car l'état du droit leur interdit cette possibilité ; en revanche, d'autres personnes, souvent vulnérables, n'ont aucune demande de stérilisation, mais se la voient proposée dans des conditions discutables quant à leur consentement. Par ailleurs, certains chirurgiens pratiquent des interventions aux conséquences stérilisantes, qui répondent bien à la condition légale d'une nécessité thérapeutique, sans respecter toujours l'exigence d'une information et d'un consentement préalables.» et constatait : «qu'un manque de clarté quant à l'état du droit en vigueur se traduit dans la pratique par des conceptions divergentes de ce qui est acceptable en matière de stérilisation.». Il en concluait : « que cet état de fait appelle un débat de société sur les situations dans lesquelles on peut estimer que la suppression de la capacité de procréer est moralement acceptable. ».

Le 27 juillet 1999, l'article 16-3 du Code civil avait été modifié par l'article 70 de la loi n° 99-641 : à l'adjectif «thérapeutique», qui pouvait prêter à interprétation restrictive, a été substitué l'adjectif «médical» . L'article devenait : «Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne.»

De plus, l'Académie de Médecine et le Conseil de l'Ordre, dans un rapport adopté le 18 avril 2000, avaient entrouvert la porte : « Pour des raisons médicales précises, le médecin peut être amené à porter l'indication d'une telle contraception, qu'il y ait une demande initiale du patient ou que sa situation conduise à le lui proposer. ».

Depuis le 4 juillet 2001, la pratique de la stérilisation tubaire à visée contraceptive est légale (loi 2001-588 « art.L2123-1 »). Cette loi stipule néanmoins que :

« Art. L. 2123-1.

La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure.

Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

Ce médecin doit au cours de la première consultation :

informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention,

lui remettre un dossier d'information écrit.

L'intervention ne peut être réalisée qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

De plus, l'HAS dans ses recommandations de décembre 2004 sur les « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » ajoute : « il est recommandé de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution » et aussi ce qui suit : « Il est recommandé d'évoquer de manière systématique avec la femme qui envisage cette méthode le risque de regret potentiel et d'explorer avec elle ses motivations et son désir d'enfant. »

II - Aspects techniques de la stérilisation féminine

Les techniques chirurgicales, leurs modes de réalisation, les types d'anesthésie ont beaucoup évolué. Au début des années 70, la principale technique était la ligature tubaire par laparotomie post césarienne. Actuellement, elle est essentiellement réalisée à distance de l'accouchement par coelioscopie, mini laparotomie, ou hystéroscopie.

Dans le monde développé, on dispose de nombreuses techniques de stérilisation tubaire, pas toutes bien évaluées. Le choix de la technique chirurgicale est très important car le taux de complications opératoire, post opératoire et d'échecs en dépend. Il en est de même pour l'expérience de l'opérateur.

Il existe trois voies d'abord (abdominale, vaginale et trans-cervicale) et plusieurs techniques d'obstruction ou interruption tubaire (chirurgicale, électrique, mécanique et chimique) ; tout ceci pouvant se réaliser sous anesthésie locale, locorégionale ou générale.

1. Voies d'abord

a. La voie abdominale comporte la laparotomie, la mini-laparotomie et la coelioscopie.

La laparotomie est la voie d'abord la plus ancienne qui comporte le plus de complications et une récupération plus longue que les autres et qui ne doit plus être réalisée en première intention.

La mini-laparotomie (incision de 2-3 cm), surtout sous anesthésie locale, est la plus facile à apprendre et à mettre en place, la moins chère, avec un risque de complications majeures minime ; c'est la technique la plus répandue dans le monde, notamment dans les pays en voie de développement.

La coelioscopie présente de nombreux avantages mais nécessite un apprentissage long et un matériel coûteux ; toutefois elle présente des risques de complications majeures rares, mais graves.

b. La voie vaginale comporte la culdoscopie et la colpotomie. Cette voie n'est pas recommandée car le taux de complications post opératoire, notamment infectieux, est très important (8,3% versus 3,2% par laparotomie).

c. La voie trans-cervicale comporte les systèmes d'obturation à l'aveugle et l'hystérocopie.

Les systèmes d'obturation à l'aveugle par des adhésifs (méthyle 2 cyanoacrylate), ou agent sclérosant (quinacrine) instillé par une canule, sont largement utilisés dans les pays défavorisés, mais inacceptables en France car le taux d'échecs (5%) est trop important.

La voie d'abord hystérocopique connaît un très fort développement avec le système ESSURE, notamment du fait de sa très faible contrainte. L'avis du 12 Mai 2004 de la commission d'évaluation des produits et prestations de la HAS stipulait dans ses recommandations, à la rubrique Indications : «femme désirant une stérilisation permanente et pour laquelle l'abord coelioscopique est risqué (pathologies cardiaques, maladies thromboemboliques, obésité...)».

Depuis le 31 octobre 2007, ces restrictions sont tombées : l'HAS s'est désormais prononcée de la façon suivante : «Femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.»

L'avis de la commission précise : «ESSURE présente un intérêt pour la santé publique dans la prévention des grossesses non désirées». Et encore : «Chez la femme autour ou après 40 ans, ESSURE peut être proposé comme technique de stérilisation en première intention.».

2. Techniques de stérilisation

Les techniques de stérilisation tubaire sont nombreuses (chirurgicale, électrique, mécanique, chimique), comportant plus ou moins de risques de complications, d'échecs et de possibilités de réversibilité.

a. La technique de Pommeroy est la technique chirurgicale la mieux évaluée : elle est simple, non hémorragique et efficace (échec 0,4%), avec une bonne réversibilité.

b. Les techniques électriques sont l'électrocoagulation (monopolaire et bipolaire) et la thermo coagulation.

Le courant monopolaire comporte des complications graves à type de brûlures et de nécroses digestives dues à des arcs électriques ou au passage du courant dans des zones à faible résistance.

La coagulation bipolaire réduit ce risque mais l'efficacité est moins bonne surtout s'il n'y a pas de section tubaire associée.

La thermo coagulation ou technique de Semm a une expérience limitée.

c. Les techniques mécaniques sont les clips et les anneaux.

Les clips les plus utilisés sont de Hulka-Clemens et Filshie avec un taux d'échecs faible mais supérieur aux autres techniques (3,65%) et de rares complications opératoires.

Les anneaux de Yoon ont une efficacité meilleure que les clips (échec : 1,77%), mais avec des complications opératoires possibles de type hémorragie ou hématome du mésosalpynx.

d. Les techniques chimiques font l'objet de nombreuses publications dans les pays en voie de développement avec un taux d'échec important, probablement sous évalué de l'aveu même des auteurs.

e. La technique Essure consiste à obturer les trompes par des implants qui provoquent une réaction de fibrose intra tubaire. Un hystéroscope de 5 mm de diamètre avec canal opérateur de 2 mm est glissé dans le col puis dans la cavité utérine. Le départ des trompes est repéré puis les implants sont glissés à l'intérieur des trompes.

Cette procédure est le plus souvent réalisée sans anesthésie mais peut aussi être réalisée sous anesthésie locale, locorégionale ou générale. Un contrôle trois mois plus tard est nécessaire avant de stopper le mode de contraception habituel.

Cette technique a débuté en Australie en 1998. Elle est diffusée en France depuis 2002, où elle connaît un succès croissant. Fin 2007, plus de 200.000 procédures avaient été réalisées dans le monde.

3. Complications de la stérilisation tubaire

Les complications de la stérilisation tubaire sont de 3 types : immédiate (liées à l'intervention), à moyen terme (les échecs) et à long terme (syndrome post stérilisation, risque d'hystérectomie et de cancer).

a. Les complications immédiates liées à l'intervention sont rares. Elles dépendent du type d'anesthésie, de la voie d'abord, de la technique opératoire, des caractéristiques de la patiente et de l'expérience de l'opérateur.

Les complications majeures sont de l'ordre de 0,1 à 1% des cas, la plus grave étant le décès. Le taux de mortalité a beaucoup diminué depuis les années 80 mais il n'est pas nul (2 à 3/100.000). 39% des décès sont de causes anesthésiques.

Des études randomisées montrent que l'anesthésie locale diminue les complications majeures et les décès de cause anesthésique et permet une récupération plus rapide avec moins de nausées et de vomissements.

Les hémorragies sont rares (moins de 90/100.000) dues à des plaies des gros vaisseaux (coelioscopie) ou du mésosalpynx (clip, anneaux).

Les plaies viscérales sont rares, peu graves si identifiées, mais graves en cas de méconnaissance (péritonite secondaire avec un taux de mortalité de 2,5%).

Les infections sont rares (moins de 1%).

Aucune complication majeure n'a été rapportée à ce jour avec la méthode Essure. Les complications rapportées sont d'une part les échecs de pose des implants (2 à 5 %) et d'autre part les expulsions (environ 1%), migrations (<1%) ou perforations secondaires (environ 2‰). Ces événements n'entraînent aucun problème médical particulier autre qu'un défaut contraceptif, et correspondent d'ailleurs plus à des échecs secondaires de mise en place des implants qu'à une complication à proprement parler.

b. Les échecs sont révélés par une grossesse avec un risque de 3 à 4 /1.000 la première année et de 1/1.000 l'année suivante.

Toutefois, ce taux moyen est variable en fonction de la technique, de l'âge de la patiente et du centre dans lequel la stérilisation a été réalisée. Ces différences ont été mises en évidence par l'étude CREST réalisée aux USA sur 10.000 patientes stérilisées entre 1978 et 1987. Le taux de grossesse cumulé est de 18,5/1.000 dont 1/3 sont ectopiques, le risque étant 2 à 3 fois plus important avant 28 ans qu'après 33 ans.

En fonction de l'âge de la patiente et de la technique utilisée, le risque varie de 0,18% à 5,43%. Toutefois, après 34 ans, les différences entre les taux d'échecs des différentes méthodes ne sont plus significatives.

L'expérience joue un rôle important car le risque est multiplié par 6 entre l'hôpital ayant le moins d'échecs et celui qui en a le plus (où le nombre de stérilisations réalisé est le moins important).

Le taux de grossesse extra-utérine (GEU) est différent en fonction des techniques chirurgicales : 0,6% pour la coagulation bipolaire, 0,2% pour la salpingectomie partielle et 0,15% pour la coagulation unipolaire. Ces GEU sont souvent plus graves, du fait probablement de la méconnaissance de ce risque par la patiente.

Pour la technique Essure, le taux d'échec est évalué à 1/1.000 à 5 ans, dû pour l'essentiel à un non-respect du protocole de pose et de contrôle, ou à une erreur d'interprétation de l'examen de contrôle.

c. Des complications à long terme ont été décrites mais pas toutes démontrées.

Les différentes études sont discordantes en ce qui concerne le risque de syndrome post stérilisation (modification menstruelle, symptômes vasomoteurs, dysménorrhées), le risque d'hystérectomie et de cancer de l'endomètre, du col de l'utérus et du sein. En revanche, de nombreuses études montrent une diminution du risque de cancer de l'ovaire (RR=0,2 à 0,8).

III - Conditions de mise en œuvre au sein de la CPAV

Première consultation

a. Information orale.

L'importance de la première consultation dépasse l'obligation légale d'informer. Comme le mentionnent les recommandations de l'HAS, il s'agit bien d'abord « d'explorer avec la femme qui envisage cette méthode, ses motivations et son désir d'enfant ».

Car, au-delà d'une réflexion sur un nombre « idéal » d'enfants, il s'agit d'amorcer le deuil de la fertilité, de réaliser la différence qu'il peut y avoir entre ne plus vouloir d'enfant et ne plus pouvoir en avoir. Il convient donc « d'évoquer de manière systématique le risque de regret potentiel dans les différentes situations pouvant se présenter (séparations, décès d'enfants, ...) ».

Le caractère irréversible de l'acte doit être rappelé et ce quelque soit la technique choisie car, même les techniques réputées « réversibles » ne permettent une grossesse à terme après re-perméabilisation que dans les deux tiers des cas dans les meilleures séries.

De ce fait là, cette consultation doit être l'occasion de refaire le point sur les autres possibilités contraceptives pour la patiente, leurs contre indications, leurs avantages, leurs inconvénients. La possibilité de la stérilisation du conjoint doit aussi être évoquée.

Si la patiente confirme son choix pour une stérilisation féminine, le médecin doit lui rappeler les dispositions légales et notamment :

- obligation pour le praticien de délivrer une information complète par oral et par écrit
- respect d'un délai de réflexion de 4 mois
- signature d'un consentement par la patiente

En tout état de cause, la décision appartient à la patiente. Le praticien peut invoquer une clause de conscience mais doit en informer la patiente dès la première consultation et l'orienter vers un autre praticien.

Une information claire sur les différentes techniques, leurs tenants et aboutissants, leurs risques et leurs inconvénients (cf supra) doit être amorcée en s'assurant que celle-ci a été comprise.

b. information écrite.

Le dossier édité par le ministère de la santé sur la ST doit être remis à la patiente, ainsi que le dossier fourni par la société Conceptus sur la méthode Essure, lorsque celle-ci est envisagée. La patiente peut aussi être orientée sur le site de la société Conceptus (www.conceptus.com).

c. délai de réflexion.

Le délai de réflexion de 4 mois doit être mis à profit pour revoir la patiente autant de fois que nécessaire.

Il faut parfois du temps avant d'envisager une stérilisation tubaire, et parfois aussi l'aide d'un psychologue. Au-delà de l'information et de l'éclairage, il s'agit de redonner aux femmes tous les éléments et les clés du processus décisionnel.

Le praticien qui réalise le geste peut ne pas être celui qui a réalisé la première consultation. Dans ce cas, la patiente doit fournir une attestation du premier praticien sur laquelle est mentionnée la date à laquelle l'information complète a été délivrée et quelle documentation écrite a été fournie. Le praticien qui réalise le geste aura toutefois à cœur de reprendre l'argumentaire sur les différentes techniques.

d. formulaire de consentement

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) propose un formulaire disponible sur son site. Un formulaire existe aussi dans le livret d'information édité par le ministère. De plus, un formulaire est proposé dans le dossier d'information Essure fourni par la société Conceptus. Ces trois formulaires respectent les dispositions légales et peuvent être utilisés indifféremment.

2. Quand réaliser une stérilisation tubaire ?

Hormis le cas des mineures, il n'existe pas de restriction d'âge à la stérilisation tubaire.

Les restrictions classiques (35 ans et 3 enfants) ne sont plus de mise. Au fond, qui sommes-nous pour en juger ? C'est bien cela que la loi de 2001 a changé : la pratique en la matière ne doit plus se situer dans le domaine de la toute puissance médicale mais bien dans celui de l'information, de l'accompagnement, de la révélation des préférences, de la décision médicale partagée.

Cependant, comme le rappelle l'HAS, «il est recommandé de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution ». Dans ces situations, il faudra alors privilégier les méthodes dont la réversibilité est la meilleure.

Une autre précaution est de ne pas réaliser de ST en période de post-partum. En effet, cette situation augmente nettement le risque de regret.

Enfin, il est recommandé, même lorsque la patiente utilise une méthode contraceptive fiable, de réaliser le geste en première partie de cycle pour éviter les grossesses « lutéales » encore trop fréquemment rapportées après ST. De plus, cette précaution est une nécessité technique pour la méthode Essure.

3. Visite de contrôle

Pour les techniques classiques, une visite post-opératoire classique est requise mais aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

Pour la technique Essure, en l'absence de problème particulier, la patiente doit revoir son chirurgien avec une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP), trois mois après le geste de façon à s'assurer de la bonne position des implants et autoriser l'arrêt de toute autre modalité contraceptive.

BIBLIOGRAPHIE

Comité consultatif national d'éthique, Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive. N°50 - 3 avril 1996.

<http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis050.pdf>

Académie nationale de médecine : Stérilisation chirurgicale et article 16-3 du code civil. Rapport adopté le 18 avril 2000.

<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=135>

La stérilisation à visée contraceptive. Sous la direction de Bernard Blanc et Patrick Madelenat. Editions ELSEVIER 2004

Haute Autorité de Santé : ESSURE ESS 202, dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique ; Avis de la commission d'évaluation des produits et prestations. 12 mai 2004.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pp020246.pdf>

Haute Autorité de Santé : ESSURE, dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique ; Avis de la commission d'évaluation des produits et prestations. 31 octobre 2007.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cepp-1359essure.pdf>

<http://www.choisirsacontraception.fr/>

Recommandations professionnelles de l'HAS : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf

Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ; fiches d'informations patientes : stérilisation tubaire.

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_19.HTM

Essure : la stérilisation féminine par les voies naturelles ; fiche d'information patiente.

http://www.essure.ch/french/static/consumer/CC-0454-03_14.03.03F_French.pdf

Annexe 1

Réponses aux questions les plus fréquentes

Est-ce que cela fait mal ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale, régionale (la moitié inférieure du corps) ou générale, en fonction de votre état de santé, de la technique de stérilisation tubaire retenue et de votre choix.

L'anesthésie locale comporte nettement moins de risques que l'anesthésie générale. Elle est réalisée par le chirurgien. L'injection est parfois désagréable. L'intervention se déroule ensuite avec peu ou pas de sensations désagréables. Dans certains cas, notamment si vous êtes très anxieuse, des sédatifs peuvent être utilisés ; vous pouvez alors être somnolente mais vous restez consciente.

L'anesthésie locorégionale et l'anesthésie générale sont réalisées par un médecin anesthésiste que vous rencontrerez en consultation et qui vous informera à ce sujet.

Comment me sentirai-je après ?

Les douleurs post-opératoires sont variables en fonction des techniques et de la voie d'abord, mais excède rarement trois jours. Toutefois, elles sont le plus souvent modérées et calmées par des antalgiques standards. Occasionnellement, après une anesthésie générale, vous pouvez vous avoir des nausées, des vertiges et ressentir des malaises.

Après une anesthésie locale, la zone insensibilisée se réveille progressivement et retrouve une sensibilité normale ; les douleurs post-opératoires sont souvent moins importantes et l'inconfort moindre permettant une sortie de l'hôpital et une reprise des activités normales plus rapide.

Combien de temps resterai-je hospitalisée ?

La durée d'hospitalisation excède rarement trois jours. De façon assez habituelle, vous êtes hospitalisée la veille de l'intervention et ressortez le lendemain de celle-ci, en particulier si vous avez eu une anesthésie générale.

Mais cette intervention peut aussi être réalisée en ambulatoire (entrée le matin, sortie le soir), en particulier lorsqu'elle a été réalisée sous anesthésie locale, en fonction de votre état de santé, de vos conditions de vie à domicile et si vous êtes accompagnée.

Aurai-je un arrêt de travail ?

En fonction de votre état de santé, de la technique utilisée, du mode anesthésique, de votre travail et de la façon dont vous avez supporté l'intervention, celui-ci sera plus ou moins long. Il faut compter de 1 à 7 jours.

Quand est-ce que je pourrai avoir des rapports ?

Cela dépend essentiellement de la voie d'abord : après un abord vaginal il est d'usage d'attendre au moins 4 semaines. Pour les autres voies d'abord cela dépend essentiellement de votre inconfort.

En tout état de cause n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Est-ce immédiatement efficace ?

Oui, sauf pour la technique d'occlusion tubaire par hystéroscopie. Dans ce cas vous devez poursuivre une méthode de contraception pendant trois mois après l'intervention jusqu'à l'examen de contrôle.

Quand serai-je ménopausée ?

L'intervention ne modifie en rien vos sécrétions hormonales et la survenue de vos règles. L'âge de survenue de la ménopause n'est pas modifié.

Mes règles seront-elles modifiées ?

Généralement non.

Toutefois, si jusque là vous preniez la pilule, celle-ci régularisait et diminuait artificiellement vos règles. Vous retrouverez donc des règles

naturelles qui peuvent être moins régulières et plus abondantes, particulièrement après 40 ans.

Inversement, si vous portiez un stérilet au cuivre, celui-ci augmentait l'importance de vos règles.

Que deviennent les ovules ?

Chaque mois un ovule est libéré par un ovaire. Cet ovule sera détruit et absorbé par l'organisme comme des milliards d'autres cellules de votre corps chaque jour.

Annexe 2 : Comparaison des différentes voies d'abord

	Coelioscopie	Mini-laparotomie	Voie vaginale	Voie naturelle
Lieu	Bloc opératoire	Bloc opératoire	Bloc opératoire	Bloc opératoire Salle d'endoscopie
Techniques utilisées	Ligature simple Coagulation Coagulation-section Section de la trompe Pose de clips, anneaux	Ligature simple Coagulation Coagulation-section Section de la trompe Pose de clips, anneaux	Ligature simple Coagulation Coagulation-section Section de la trompe Pose de clips, anneaux	Insertion d'un implant dans la trompe
Anesthésie	Générale ou Anesthésie locale	Locorégionale ou Anesthésie locale Anesthésie générale	Locorégionale ou Anesthésie locale Anesthésie générale	Sans anesthésie ou Locale ou Neurolept analgésie Anesthésie générale
Avantages	Petites incisions	Petites incisions	Pas de cicatrice visible	Pas de cicatrice Pas de risque liés à l'anesthésie
Complications	Complications de l'anesthésie générale Douleurs post-opératoires (épaules) Complications opératoires	Hémorragies Plaies Infections	Infections	Echec de mise en place (4%) => autre méthode
Hospitalisation	1-3 jours	1-3 jours	1-3 jours	Ambulatoire
Efficacité	99%	99%	99%	99,8%

Annexe 3: Formulaire de consentement du CNGOF

STÉRILISATION TUBAIRE (LIGATURE DES TROMPES)

1. Je soussignée, Madame, certifie :
avoir sollicité le Dr, afin qu'il réalise sur moi une
stérilisation tubaire pour les raisons dont nous avons discuté en consultation le
.....

avoir reçu une information réelle, bien comprise, notamment sur :

les différents moyens contraceptifs adaptés à mon cas, ainsi que sur les stérilisations
masculine et féminine.

les différentes techniques de stérilisation féminine, en sachant qu'il s'agit d'une obturation ou
d'une section des deux trompes, véritable intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie
générale, au cours de laquelle très exceptionnellement (0,5 à 1 pour 1.000), des plaies des
organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins et voies urinaires notamment)
peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire d'une ouverture
de l'abdomen comportant très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

la possibilité exceptionnelle d'échec de la méthode qui peut se solder quelle que soit la
technique utilisée par une grossesse intra ou extra-utérine (dans environ 0,5 % des cas suivant
les statistiques mondiales).

accepter pleinement et entièrement le caractère définitif de la stérilisation sachant qu'une
reperméabilisation n'est qu'hypothétique (grossesse obtenue dans 60 à 70 % des cas
seulement) et envisageable dans des circonstances exceptionnelles.

avoir compris la technique envisagée dans mon cas, ainsi que ses avantages et inconvénients,
en sachant que des difficultés techniques ou des contre-indications découvertes en cours
d'intervention peuvent imposer l'abstention de l'opérateur ou une intervention à ventre
ouvert.

enfin, avoir consenti librement à cette stérilisation en réitérant ma demande après quatre mois
de réflexion (dans le respect des termes l'article 26 de la loi no 2001 - 588, du 4 juillet 2001).

Date.....

Signature

2. Je soussigné, Docteur,

certifie avoir donné une information loyale et complète concernant cet acte avant d'accepter
de le réaliser, après un délai de réflexion de quatre mois, dûment écoulé.

Date

Signature.....