



LA STÉRILISATION TUBAIRE

La stérilisation tubaire est une méthode de contraception permanente.

Depuis la loi du 4 juillet 2001, cette méthode, jusque là au statut juridique incertain, est devenue légale en France. 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.

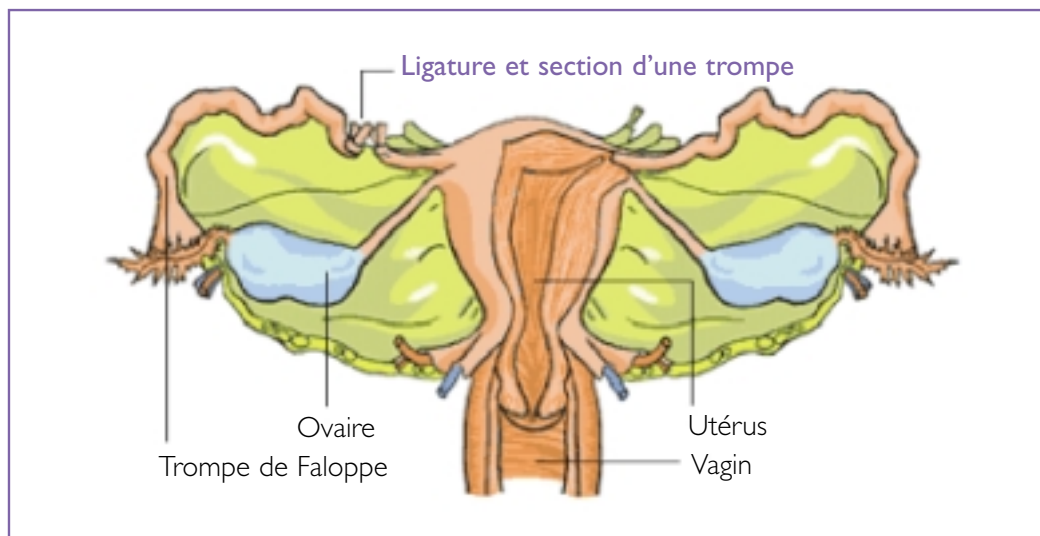
Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

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.”

Ainsi ce document a pour objet de vous fournir une information sur :

- ▶ les principes de la stérilisation tubaire
- ▶ les risques de complications et d'échec
- ▶ les différentes techniques chirurgicales et anesthésiques

De plus les questions les plus fréquemment posées sont reprises. Cependant, l'information contenue dans ce document ne peut pas être complète. Le chirurgien, l'anesthésiste ainsi que votre médecin traitant pourront répondre aux autres questions que vous vous posez.



Principe

La stérilisation tubaire est une opération chirurgicale. Elle a pour but de fermer les trompes de Fallope, lieu de rencontre entre l'ovule et les spermatozoïdes.

Ainsi, la fécondation devient impossible. Cette intervention n'a qu'une action mécanique et ne modifie pas les sécrétions hormonales, la féminité et la sexualité. Toutefois, le caractère "définitif" de l'intervention n'est pas sans conséquence psychologique pouvant entraîner des modifications de l'affect, du regard sur soi et de la façon de vivre sa sexualité ; de même, le comportement du partenaire peut en être modifié.

Techniques

Il s'agit toujours d'une intervention chirurgicale réalisée au bloc opératoire. Cela nécessite une hospitalisation de courte durée (en général moins de 48h) et peut même être réalisé en ambulatoire (entrée le matin, sortie le soir) en fonction de votre état de santé, de vos conditions de vie, de la technique utilisée et de la durée de l'anesthésie.

Cette intervention peut être réalisée sous anesthésie locale, régionale (péridurale ou rachianesthésie) ou générale. Le choix du mode anesthésique dépend de votre état de santé, de la technique opératoire retenue et de votre propre souhait.

La stérilisation tubaire peut être réalisée par de nombreux moyens : ligature simple, ligature et section de la trompe, coagulation associée ou non à une section de la trompe, pose de clips ou d'anneaux et enfin occlusion des trompes par les voies naturelles. Parfois, une portion de la trompe est enlevée.

Le choix de la technique dépend là encore de votre état de santé, de la notion d'une chirurgie antérieure ou d'un excès de poids. Il tient compte aussi de votre âge et si l'on veut se préserver la possibilité d'une reperméabilisation.

Enfin, l'accès aux trompes peut se faire par une ouverture abdominale, par coelioscopie ou par voie vaginale. Quelle que soit la voie d'abord, la procédure elle-même dure de 20 à 30 minutes. En revanche le temps de préparation est plus long lorsqu'il est utilisé du matériel d'endoscopie.

• Coelioscopie

La voie d'abord coelioscopique est expliquée dans un document annexe. Suivant la technique retenue, il est nécessaire de recourir à un, deux ou trois trocarts au dessus du pubis (en plus du trocart ombilical pour l'optique avec la caméra). Dans certains cas, il est possible d'utiliser des instruments de très petit diamètre (micro-coelioscopie). Le mode de stérilisation tubaire peut être la coagulation, plus ou moins la section des trompes (*photo 1*), la pose de clips ou d'anneaux (*photo 2*).

Elle est le plus souvent réalisée sous anesthésie générale.

Dans certaines situations exceptionnelles ou en cas de complication, le chirurgien peut être amené à réaliser une laparotomie (ouverture de l'abdomen).

• Mini-laparotomie

Il s'agit d'une courte ouverture abdominale (2 à 5 cm) le plus souvent juste au-dessus du pubis. Si l'intervention est faite dans les 48 h qui suivent un accouchement, l'incision est alors faite sous l'ombilic. Après avoir repéré les trompes, le mode de stérilisation tubaire peut-être le même que par coelioscopie ; cependant, le plus souvent, il est réalisé une ligature avec section des trompes.

Elle est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale mais peut aussi être réalisée sous anesthésie loco-régionale ou générale.

• Voie vaginale

Moins souvent utilisée parce qu'elle s'accompagne d'un peu plus de risque d'infection, cette technique a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice visible. Il s'agit de réaliser une incision au fond du vagin, de repérer les trompes soit en vision directe, soit à l'aide d'un endoscope, de réaliser la stérilisation et de suturer l'ouverture vaginale avec du fil résorbable.

Elle est souvent réalisée sous anesthésie loco-régionale mais peut aussi être réalisée sous anesthésie locale ou générale.

• Voie naturelle

Il s'agit de procéder à une occlusion des trompes par l'intérieur (*photo 3, 4*). Il n'y a aucune incision et donc aucune cicatrice. Un hystéroscope (fibre optique équipée d'une caméra, conçue pour visualiser l'intérieur de l'utérus) 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 "bouchons" sont glissés à l'intérieur des trompes. Cette technique est récente (débutée en Australie en 1998) et encore très peu diffusée en France. Il est signalé 10% d'échec à la pose : il faut alors recourir à une autre technique de stérilisation. Par ailleurs un contrôle trois mois plus tard est nécessaire avant de stopper le mode de contraception habituel.

Cette procédure est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale mais peut aussi être réalisée sous anesthésie loco-régionale ou générale.

Plus de détails vous sont donnés dans un document annexe.

Reversibilité

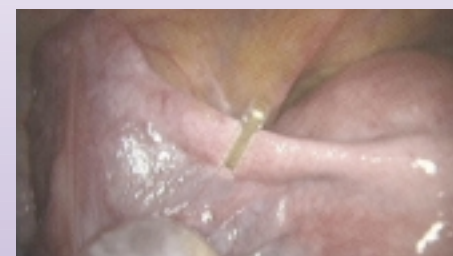
Il faut considérer cette intervention comme définitive. Toutefois, il est possible dans certains cas de reperméabiliser les trompes sauf pour la méthode d'occlusion tubaire qui est toujours irréversible ; cela nécessite une intervention chirurgicale et permet d'obtenir une grossesse environ une fois sur deux avant 40 ans. Il faut néanmoins que la stérilisation initiale ait laissé en amont et en aval une portion de trompe saine suffisamment longue.

Coagulation et section de la trompe par coelioscopie



(photo 1)

Pose de clip sur la trompe par coelioscopie



(photo 2)

Complications

Comme toute intervention chirurgicale, cette intervention comporte un certain nombre de risques lié à l'anesthésie et au geste en lui-même. Toutefois, il s'agit d'une chirurgie à bas risque ; tout confondu, des complications sont observées dans 1 à 2 % des cas ; la mortalité est extrêmement rare et estimée à 2 à 6 pour 100 000 cas (à titre de comparaison, une hystérectomie s'accompagne d'un risque de complication de 10 à 20% et d'une mortalité d'environ 300 pour 100 000).

• Anesthésiques :

Elles sont plus fréquentes lors d'une anesthésie générale qu'au cours d'une anesthésie locale. L'anesthésie générale est responsable de plus d'un tiers des décès observés. Ce sont essentiellement des accidents allergiques et des troubles respiratoires.

• Chirurgicales :

Il peut s'agir d'hémorragies, de plaie ou de brûlures d'organes de voisinage, d'infections. Les infections sont plus fréquentes après abord vaginal ; les hémorragies après abord coelioscopique, les brûlures sont liées à l'utilisation de courant électrique pour coaguler ou sectionner les tissus.

Mise en place d'un implant dans la trompe par hystérocopie



(photo 3)



(photo 4)



Questions/réponses

à propos de la stérilisation tubaire

■ 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 loco-régionale 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 excèdent rarement trois jours. Toutefois, elles sont le plus souvent modérées et calmées par des antalgiques standards. Occasionnellement, après une anesthésie générale, vous pouvez 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 un à sept 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 pour toutes les techniques sauf la technique d'occlusion tubaire par hystérocopie ; 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 pillule, 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.

■ Aurai-je davantage de risque de cancer ?

- Cela ne modifie en rien votre risque de cancer du sein ou de l'utérus et, au contraire, cela diminue de moitié votre risque de développer un cancer des ovaires. Vous devez cependant continuer à vous faire suivre régulièrement et continuer à faire des frottis du col de l'utérus.