

# CONVALESCENCE APRÈS CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE EN BELGIQUE FRANCOPHONE :

## SONDAGE ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DE CHIRURGIE DU GGOLFB\*

DE LANDSHEERE L (1), PASTIJN A (2), VASSEUR S (2), SMAJDA S (3), DEHAN C (1), KEULLER H (4),  
DEHON S (4), NERVO P (5), GOFFIOL V (6), NAZAC A (7)

**RÉSUMÉ :** La chirurgie gynécologique a fortement évolué depuis l'introduction de la laparoscopie et le développement de la chirurgie mini-invasive. Les recommandations post-opératoires sont souvent assez restrictives, avec peu d'évidence dans la littérature sur le bien-fondé de ces limitations. Notre sondage auprès des gynécologues francophones de Belgique montre que les consignes post-opératoires délivrées aux patientes sont très hétérogènes, aussi bien pour les durées d'incapacité de travail que pour des consignes plus spécifiques sur la durée d'absence de port de charges, de bains et de rapports sexuels. Il est pourtant fondamental de délivrer aux patientes des consignes précises, dès la consultation préopératoire, afin d'améliorer le vécu de leur convalescence et favoriser un retour aux activités dans de bonnes conditions. Il n'est pas non plus nécessaire d'être trop restrictif dans la reprise de certaines activités en postopératoire ni de recommander des incapacités de travail trop longues car elle peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patientes. Au regard du sondage et de la revue des données de la littérature, notre groupe de travail propose des recommandations harmonisées sur la convalescence et l'incapacité de travail après chirurgie gynécologique, tenant compte des pratiques chirurgicales recommandées en 2020.

**MOTS-CLÉS :** *Chirurgie gynécologique - Convalescence - Postopératoire - Activités - Recommandations*

### RECOVERY AFTER GYNAECOLOGICAL SURGERY IN FRENCH-SPEAKING BELGIUM : SURVEY AND RECOMMENDATION OF THE GGOLFB SURGICAL WORKING GROUP

**SUMMARY :** Since the introduction of laparoscopy and mini-invasive techniques, gynaecological surgery has largely evolved. However, post-operative recommendations still remain very restrictive with poor evidence from literature. The survey, performed by the GGOLFB surgical working group, shows that the post-operative advices to the patients are very heterogeneous for the sick leave period as for more specific advices like the period of disallowance of sexual intercourse, bathing and weightlifting. It is nevertheless fundamental to prescribe clear and precise advices to patients, from the first pre-operative consultation on, which will substantially improve the perception of their recovery and promote a return to their normal activity under good conditions. It is not necessary to be too restrictive concerning certain activities in the post-operative period, neither to give too long periods of work incapacity because it may have a negative impact on their quality of life. This survey and the data from literature helped our surgical taskforce group to propose and develop harmonised recommendations on recovery and work incapacity after gynaecological surgery, taking into account the actual surgical practice in 2020.

**KEYWORDS :** *Gynecological surgery - Recovery - Post-operative period - Activities - Recommendations*

## INTRODUCTION

La chirurgie gynécologique a fortement évolué depuis l'introduction de la laparoscopie et le développement de la chirurgie mini-invasive. Ces changements ont amélioré la prise en charge chirurgicale des patientes et réduit la morbidité périopératoire. Les durées d'hospitalisation tendent à diminuer, avec de plus en

plus d'interventions réalisées en hôpital de jour ou en séjour court. Par contre, les consignes post-opératoires n'ont pas encore suivi cette tendance et les recommandations délivrées aux patientes sont souvent fondées sur l'expérience du praticien, sur des traditions institutionnelles et peuvent être également influencées par le vécu de certains cas particuliers. Les consignes données aux patientes sont souvent assez restrictives, dans le but de limiter le risque de récurrence ou de réintervention. Pourtant, il existe peu d'évidence dans la littérature sur le bien-fondé de la restriction des activités en post-opératoire (1-4).

Un repos prolongé augmente le risque de thrombose veineuse profonde et de pneumonie. Des durées d'incapacité de travail trop longues peuvent également engendrer de l'isolement et une désocialisation et avoir un impact sur la qualité de vie, le bien-être émotionnel et financier (3, 5).

En parallèle, les attentes des patientes vis-à-vis de leur prise en charge chirurgicale tendent

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège-CHR Citadelle, Liège, Belgique.

(2) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU St-Pierre, Bruxelles, Belgique.

(3) Service de Gynécologie-Obstétrique, Clinique Ste-Anne St-Remi, CHIREC, Bruxelles, Belgique.

(4) Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Civil Marie Curie, Charleroi, Belgique.

(5) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, Belgique.

(6) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHC Mont-Légia, Liège, Belgique.

(7) Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Iris Sud, Bruxelles, Belgique.

\* Groupement des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française de Belgique.

vers une demande d'information plus importante et plus personnalisée. Pourtant, les contraintes liées à la consultation ne permettent pas toujours de délivrer, de manière optimale, des informations complètes aux patientes, alors qu'il a bien été démontré que l'optimisation de l'éducation périopératoire augmente la satisfaction des patientes, diminue leur anxiété et améliore leur vécu de l'intervention.

Les informations délivrées aux patientes peuvent être assez hétérogènes et parfois contradictoires d'un chirurgien à l'autre. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de la pratique des chirurgiens gynécologues francophones de Belgique et de proposer des recommandations afin d'uniformiser les informations de convalescence transmises aux patientes.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons, dans un premier temps, édité un questionnaire sur la pratique chirurgicale des gynécologues francophones de Belgique et les recommandations qu'ils formulent à leurs patientes. Ce questionnaire a été envoyé par e-mail à l'ensemble des gynécologues inscrits comme membres du Groupement des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB), en respectant le règlement général sur la protection des données (RGPD). Le premier volet de ce sondage reprenait les caractéristiques des chirurgiens gynécologues : âge, sexe, secteur principal d'activité, type d'activité (opérateur principal ou aide opératoire), nombre d'années d'expérience et le volume opératoire. Le second volet de ce sondage reprenait les informations transmises aux patientes en consultation préopératoire, ainsi que les recommandations de convalescence des interventions chirurgicales les plus courantes en gynécologie : curetage utérin, hystérocopie opératoire, conisation, coelioscopie simple (durée < 1 heure) ou avancée (durée > 1 heure), hystérectomie vaginale, coelioscopique et par laparotomie, promontofixation, cure de prolapsus par voie basse et cure d'incontinence urinaire à l'effort par bandelette sous-urétrale. Les informations demandées sur la convalescence comprenaient la durée de limitation des activités quotidiennes, du port de charges lourdes, de la conduite d'un véhicule, des bains, des rapports sexuels et de l'incapacité de travail. Le questionnaire a été édité via le système CMS Drupal 8, version PHP 7.1 et l'analyse statistique a été réalisée à partir de Microsoft Excel.

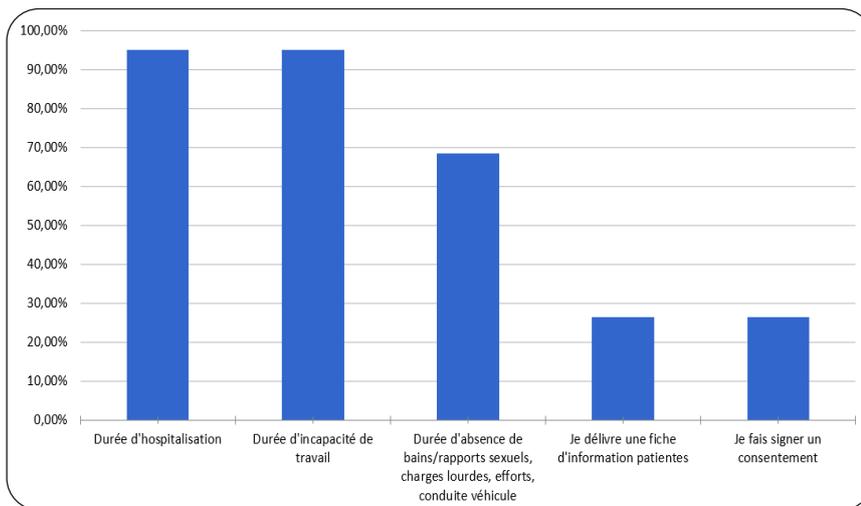
## RÉSULTATS

Le questionnaire a été envoyé par voie électronique à 2 reprises en septembre et octobre 2018 à 649 gynécologues francophones et nous avons reçu 124 réponses. Trois questionnaires ont été exclus car incomplets ou doublons. Finalement, 121 questionnaires (18,6 %) ont été remplis complètement et ont pu être analysés.

Les caractéristiques des chirurgiens sont reprises dans le **Tableau I**. La majorité des répondants sont de sexe féminin (80/124), dont la moitié opérant en tant qu'opérateur principal

**Tableau I. Caractéristiques des gynécologues ayant répondu au sondage (n = 124).**

Âge : moyenne (années)	46,6
< 30 ans % (n)	9,7 (12)
30-39 ans % (n)	23,4 (29)
40-49 ans % (n)	25,8 (32)
50-59 ans % (n)	18,5 (23)
> 60 ans % (n)	22,6 (28)
<b>Sexe</b>	
Femmes % (n)	64,5 (80)
Hommes % (n)	35,5 (44)
<b>Secteur</b>	
Secteur privé % (n)	36,3 (45)
Secteur public % (n)	29,8 (37)
Secteur universitaire % (n)	33,9 (42)
<b>Activité chirurgicale</b>	
Pas d'acte chirurgical % (n)	7,3 (9)
Aide % (n)	29,0 (36)
Principal % (n)	63,7 (79)
<b>Expérience chirurgicale (en principal) n = 79</b>	
0-5 ans % (n)	11,4 (9)
6-10 ans % (n)	15,2 (12)
11-20 ans % (n)	30,4 (24)
Sup à 20 ans % (n)	43,0 (34)
<b>Volume opératoire (en principal) n = 79</b>	
Moins de 20, % (n)	6,3 (5)
Entre 20-50, % (n)	19,0 (15)
Plus de 50, % (n)	74,7 (59)
<b>Nombre d'hystérectomies sur la dernière année (en principal) n = 79</b>	
0-5, % (n)	22,8 (18)
6-10, % (n)	11,4 (9)
11-20, % (n)	24,0 (19)
Plus de 20, % (n)	41,8 (33)



**Figure 1. Informations délivrées aux patientes.**

(38/80), contre une majorité de chirurgiens masculins répondants (41/44). Toutes les catégories d'âge sont représentées, avec une prédominance de chirurgiens expérimentés : > 60 % de plus de 40 ans et 50 % réalisant plus de 50 cas/an. Chaque secteur d'activité est également représenté de manière équivalente.

### INFORMATIONS DÉLIVRÉES AUX PATIENTES

La majorité des gynécologues délivrent des recommandations sur la durée d'incapacité de travail et d'hospitalisation lors de la visite préopératoire (Figure 1). Des consignes plus spécifiques sur la durée d'absence de port de charges, bains, rapports sont expliquées dans 2/3 des cas. Une fiche d'information est remise à la patiente dans 26 % des cas et un consentement est signé dans 26 % des cas. En fait, 84 % des gynécologues interrogés et ayant répondu déclarent adapter les durées d'incapacité en fonction du type d'activité professionnelle de la patiente. Le Tableau II résume les résultats du sondage réalisé auprès des gynécologues francophones.

### CURETAGE - HYSTÉROSCOPIE - CONISATION

Les consignes de convalescence sont similaires pour curetage et hystérectomie. Pour ce type d'intervention, la majorité des gynécologues ne recommandent pas de limitation de l'activité. Par contre, les consignes de limitation des bains et des rapports sexuels sont relativement hétérogènes, variant d'une semaine à un mois. La reprise de la conduite est le plus souvent autorisée dès le lendemain, mais dans plus de 20 % des cas, le jour même. La durée

moyenne d'incapacité de travail prescrite est d'une semaine (intervalle 0 jour - 1 semaine).

Après conisation, la durée de limitation des activités est très variable, le plus souvent entre 0 et 2 semaines. La conduite est le plus souvent autorisée à J1. La reprise des bains est autorisée après 1 à 4 semaines et des rapports après 2 à 4 semaines. Une incapacité de travail d'une semaine est préconisée dans 47 % des réponses.

### COELIOSCOPIE SIMPLE < 1 HEURE

La durée moyenne de limitation des activités après une coelioscopie simple est, le plus souvent, d'une à deux semaines. La reprise de la conduite est autorisée le plus fréquemment après 1 jour, mais peut varier de 0 à 1 semaine. Les bains et des rapports sont autorisés après 1 à 2 semaines. La majorité des gynécologues recommandent une durée d'incapacité de travail d'une semaine, avec un intervalle de 1 à 2 semaines.

### COELIOSCOPIE AVANCÉE > 1 HEURE

Lorsque la durée de coelioscopie dépasse 1 heure, les consignes de convalescence sont très variables avec, en moyenne, 2 semaines sans port de charges (intervalle 0-4 semaines) et 1 semaine d'arrêt de la conduite (intervalle 0-2 semaines). La durée de reprise des bains et des rapports est également variable, en moyenne de 1 à 2 semaines, mais avec des écarts de 0 à 6 semaines. La durée moyenne d'incapacité de travail préconisée est de 2 semaines.

### HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, COELIOSCOPIQUE ET ABDOMINALE

Les consignes de convalescence sont très similaires en cas d'hystérectomie vaginale et

**Tableau II. Résultats du sondage auprès des gynécologues francophones.**

	Limitation de l'activité	Conduite	Bains	Rapports sexuels	Arrêt de travail
Curetage - Hystéroscopie	0 (0-2 sem) 49,2 %	1 j (0-1 sem) 50,4 %	1 sem (0-6 sem) 36,3 %	2 sem (0-6 sem) 37,1 %	1 sem (0-1 sem) 47,6 %
Conisation	0 (0-6 sem) 38,2 %	1 j (0-2 sem) 44,7 %	1 mois (0-6 sem) 39,5 %	1 mois (0-6 sem) 45,2 %	1 sem (0-6 sem) 47,1 %
Coelioscopie simple (durée < 1h)	1 sem (0-6 sem) 34,7 %	1 j (0-3 sem) 40,3 %	1 sem (0-1 mois) 41,9 %	1 sem (0-1 mois) 32,3 %	1 sem (1 j-1 mois) 48,4 %
Coelioscopie avancée (durée > 1h)	2 sem (0-6 sem) 31,4 %	1 sem (0-6 sem) 32,8 %	1 sem (0-6 sem) 32,0 %	2 sem (0-6 sem) 35,2 %	2 sem (1 j-6 sem) 41,3 %
Hystérectomie vaginale	1 mois (2-6 sem) 58,7 %	1 sem (0-6 sem) 46,7 %	1 mois (2 j-6 sem) 55,7 %	1 mois (2 j-6 sem) 54,5 %	1 mois (2 j-6 sem) 59,0 %
Hystérectomie coelioscopique	1 mois (1-6 sem) 52,9 %	1 sem (0-6 sem) 43,8 %	1 mois (1-6 sem) 55,4 %	1 mois (1-6 sem) 59,2 %	1 mois (1-6 sem) 57,8 %
Hystérectomie abdominale	1 mois (2-6 sem) 48,4 %	1 sem (0-6 sem) 42,6 %	1 mois (1-6 sem) 53,3 %	1 mois (0-6 sem) 54,1 %	1 mois (2-6 sem) 41,0 %
Promontofixation coelioscopique	1 mois (2-6 sem) 41,1 %	1 sem (0-6 sem) 47,3 %	1 mois (0-6 sem) 45,5 %	1 mois (0-6 sem) 53,6 %	1 mois (1-6 sem) 55,4 %
Prolapsus voie basse	1 mois (2-6 sem) 38,8 %	1 sem (0-6 sem) 44,1 %	1 mois (1-6 sem) 55,1 %	1 mois (2-6 sem) 47,5 %	1 mois (1-6 sem) 46,1 %
Bandelette sous-urétrale	1 mois (0-6 sem) 49,5 %	1 sem (0-6 sem) 26,8 %	1 mois (0-6 sem) 37,5 %	1 mois (0-6 sem) 50,9 %	1 sem (0-6 sem) 36,6 %

coelioscopique. La durée moyenne de limitation de l'activité est de 4 semaines. La conduite est autorisée le plus souvent après 1 semaine, les bains après 4 semaines et les rapports entre 4 et 6 semaines. La durée moyenne d'incapacité de travail est de 4 semaines. En cas d'hystérectomie par laparotomie, la durée moyenne de limitation de l'activité et d'incapacité de travail se situe le plus souvent entre 4 et 6 semaines. Les consignes de reprise de la conduite, des rapports et des bains sont similaires, quelle que soit la voie d'abord.

#### CURE DE PROLAPSUS ET D'INCONTINENCE URINAIRE

Les consignes de convalescence sont globalement similaires en cas de cure de prolapsus par voie basse et promontofixation coelioscopique, hormis pour les rapports qui sont autorisés plus précocement après promontofixation. Les limitations d'activité sont conseillées pendant 4 à 6 semaines. La conduite est autorisée après 1 semaine. L'incapacité de travail se situe, le plus souvent, entre 4 et 6 semaines.

En cas de cure d'incontinence urinaire à l'effort, la limitation de l'activité et le port de charges lourdes sont déconseillés pour une durée d'un mois, alors que la durée d'incapacité de travail varie de 1 à 4 semaines. La conduite est autorisée endéans la première semaine. La reprise des bains et des rapports varie entre 1 à 4 semaines.

## DISCUSSION

Les données de ce sondage montrent que les consignes post-opératoires délivrées aux patientes sont très hétérogènes. Ces écarts sont fréquemment très importants pour une même chirurgie et ce, quelle que soit l'expérience du chirurgien. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études (5, 6). Les principales raisons de cette variabilité résultent de l'absence de données fiables dans la littérature et du caractère multifactoriel des facteurs influençant ces consignes.

#### ACTIVITÉ PHYSIQUE

Un des motifs fréquents de restriction des activités est basé sur la croyance que l'augmentation de la pression intra-abdominale pourrait augmenter le risque de déhiscence d'une plaie ou contribuer au développement de troubles de la statique pelvienne (1, 2, 4). Cependant, selon Weir et coll, de nombreuses activités communément restreintes n'engendrent pas plus d'effet sur la pression abdominale que certaines activités non évitables comme se lever d'une chaise, ou d'une position couchée, une toux violente ou une manœuvre de Valsalva (2). Par exemple, soulever une charge de 16 kilos d'une table est associée à une élévation de la pression abdominale de 40 cm d'eau, comparativement à 45 cm d'eau pour la montée des escaliers, 90 cm

d'eau en cas de forte toux, 55 cm d'eau pour une manœuvre de Valsalva, et 60 cm d'eau lors du passage de la position couchée à debout (2). Il apparaît donc plus approprié de prévenir les patientes d'éviter des changements brusques de position, des efforts importants de poussée, notamment en cas de constipation, plutôt que des recommandations spécifiques sur le port de charge.

Une équipe hollandaise a établi des recommandations de convalescence après chirurgie annexielle par coelioscopie et hystérectomie (par laparoscopie, vaginale et abdominale) auprès d'experts gynécologues, médecins généralistes et médecins du travail (7). Ces recommandations ont ensuite été soumises aux patientes sous forme de plan de convalescence et la durée de reprise des activités quotidiennes a été étudiée prospectivement (8). Cette étude montre une large variabilité dans la durée de reprise des activités et selon le type de chirurgie. Pour la majorité des activités, le temps de récupération réel dépassait les recommandations proposées par les experts (8). La durée de reprise des activités était principalement influencée par la charge physique des activités des patientes et le niveau de complexité des procédures.

Deux études randomisées contrôlées ont étudié l'impact des recommandations post-opératoires sur l'activité physique, les résultats anatomiques et fonctionnels et la satisfaction des patientes (9, 10). Ces études comparaient les recommandations d'activité libérale (absence de limitations sur le port de charges et d'activité physique), et d'activité restreinte (limitation des activités physiques pendant les 6 premières semaines post-opératoires). Les résultats montrent que les différentes modalités de recommandations n'ont que peu d'effet sur l'activité physique réelle en post-opératoire. Les taux de satisfaction sont globalement élevés dans chaque groupe (libéral 98 % *versus* restrictif 94 %) et les résultats anatomiques sont similaires, avec un meilleur résultat fonctionnel sur les symptômes pelviens dans le groupe libéral. Ces résultats sont en faveur d'une attitude moins restrictive qui permet d'encourager l'autonomie et la qualité de vie des patientes dans les suites d'une intervention, sans impacter négativement les résultats de la chirurgie.

Il existe peu de données sur la reprise des activités après chirurgie prothétique, la seule étude sur les résistances aux forces de traction exercées sur les prothèses, montre que le pic de cicatrisation est obtenu après 25 jours (11). Il est, dès lors, conseillé de limiter les contraintes physiques dans le mois qui suit une chirurgie prothétique.

## CONDUITE D'UN VÉHICULE

Plusieurs paramètres sont à prendre en compte avant de reprendre la conduite d'un véhicule, dont le rétablissement physique après la chirurgie et l'anesthésie, ainsi que les effets de la douleur et des antalgiques (opiacés) sur les capacités cognitives de la patiente (3-5). D'un point de vue médico-légal, si une anesthésie a été réalisée lors du geste chirurgical, la conduite d'un véhicule est contre-indiquée le jour de l'opération (12). Des limitations trop longues de la conduite peuvent avoir un impact négatif sur la convalescence des patientes car c'est un facteur important dans leur vie active et sociale. Plusieurs auteurs recommandent la reprise de la conduite dès que les patientes se sentent prêtes et quand elles sont capables de réaliser un freinage d'urgence (12). Dans l'étude d'Ottesen et coll., la majorité des patientes encouragées à poursuivre une convalescence peu restrictive conduisaient après 1 semaine post-opératoire et toutes les patientes conduisaient après 3 semaines en post-opératoire d'une cure de prolapsus par voie vaginale (13). Il n'existe que peu de données en chirurgie gynécologique, mais similairement, dans un sondage réalisé auprès des chirurgiens abdominaux, la majorité autorisait une reprise de la conduite 2 semaines après une cure de hernie inguinale (14).

## DOUCHES ET BAINS

Les consignes d'absence de bains après curetage ou hystérocopie peuvent aller jusqu'à 4 à 6 semaines. Pourtant, le risque d'infection après une hystérocopie est très faible, avec un taux d'endométrite de l'ordre de 0,1 à 0,9 % (15). Il ne paraît donc pas justifié d'interdire les bains au-delà d'une semaine correspondant, le plus souvent, à la durée des saignements post-opératoires.

Le timing pour la reprise des bains ou des douches après une coelioscopie est très variable : alors que certains chirurgiens vont préconiser une reprise immédiate, d'autres vont autoriser les bains après 4 à 6 semaines. Peu d'études ont été menées pour évaluer le risque d'infection ou de complication des plaies chirurgicales en cas de reprise précoce ou différée des douches ou bains (16, 17). La seule méta-analyse disponible n'a pas montré de différence significative entre la reprise précoce (dès 12 heures) ou tardive (après 48 heures) des bains (16). Une revue récente de la littérature n'a également pas montré d'augmentation des infections de plaie après une reprise précoce des douches. Cette étude souligne également que

la satisfaction des patientes est plus importante en cas de reprise précoce des douches (17).

Par contre, aucune donnée n'est disponible en cas de chirurgie gynécologique impliquant une suture vaginale. Après une chirurgie vaginale, la présence de saignements vaginaux est un facteur limitant la reprise des bains. Il apparaît donc raisonnable de conseiller d'attendre 1 à 2 semaines, même si aucune étude ne permet de confirmer cette recommandation.

## RAPPORTS SEXUELS

Il existe peu d'études sur la reprise d'une activité sexuelle après une chirurgie gynécologique. Après une hystérectomie, les risques potentiels d'une reprise précoce de l'activité sexuelle sont la déhiscence ou l'infection de la cicatrice vaginale. Récemment, une étude a montré que l'incidence d'une cicatrisation complète du fond vaginal était significativement plus élevée à 8 semaines qu'à 6 semaines (respectivement 95,7 % *versus* 80,4 %), mais les auteurs n'ont pas émis de recommandations quant à la reprise des rapports sexuels (18). L'incidence d'une déhiscence de la cicatrice vaginale est très faible, de l'ordre de 0,1 à 0,8 % (19, 20). La reprise précoce des rapports sexuels est retrouvée dans 20 % des facteurs déclencheurs de la survenue d'une déhiscence et, le plus souvent, chez les patientes en pré-ménopause, alors qu'elles apparaissent le plus fréquemment spontanément en post-ménopause (20). D'autres causes de lâchage de suture vaginale sont liées à une technique chirurgicale de colpotomie ou de suture incorrecte, un hématome ou une infection du fond vaginal, ainsi que l'âge, la ménopause, les antécédents de radiothérapie, le diabète,... Dans l'étude de Ceccaroni et coll., le délai moyen de survenue d'une déhiscence peut varier entre 1 et 62 mois, suggérant qu'un des principaux facteurs de déhiscence est la solidité de la cicatrice plutôt que le timing des rapports (20). Nous recommandons un examen de la cicatrice un mois après la chirurgie avant de reprendre une activité sexuelle et de délivrer des conseils à la patiente lors de cette consultation.

En effet, les recommandations périopératoires sont associées à de meilleurs résultats sur la fonction sexuelle et une meilleure satisfaction des patientes. L'éducation sur les modifications de sexualité après une chirurgie apparaissent importantes pour les patientes. Elles doivent être encouragées à utiliser des lubrifiants, car l'ablation du col utérin diminue la lubrification vaginale (4). Les positions sexuelles avec la femme au-dessus permettent de mieux contrô-

ler la profondeur de la pénétration et de diminuer la pression sur la suture du fond vaginal. La patiente et son partenaire doivent mutuellement se sentir prêts à reprendre les rapports (4).

## RETOUR AU TRAVAIL

Les recommandations sur la reprise du travail après chirurgie gynécologique sont très variables et s'expliquent principalement par le manque de données fiables dans la littérature (4, 5).

La convalescence est un processus multifactoriel et de nombreux paramètres, physiques et psychologiques, peuvent influencer sa durée (21). Les principaux facteurs qui influencent la durée de l'incapacité de travail sont la complexité («invasivité») du geste, la pénibilité du travail, l'état de santé au moment de la chirurgie, les attentes des patientes sur la durée de convalescence, les complications post-opératoires,... mais cette durée est également directement influencée par les recommandations du chirurgien.

La reprise complète des capacités de travail est souvent relativement longue après une chirurgie gynécologique et ce, malgré l'amélioration des soins périopératoires et le développement de la chirurgie mini-invasive (7, 8). Dans l'étude de Bouwsma et coll, le retour au travail est considéré comme l'activité la plus exigeante, car elle requiert d'avoir récupéré l'ensemble de ses capacités (8). Selon cette même étude, le niveau d'invasivité de la chirurgie, les attentes des patientes et leur état de santé sont les principaux facteurs prédictifs du risque de prolongation de leur incapacité de travail. D'autres études soulignent les impacts négatifs de la douleur, de la fatigue, de l'anxiété et des vertiges sur la convalescence (13, 21).

Par contre, les patientes sont plus souvent amenées à reprendre le travail plus tôt si elles ont reçu des conseils préopératoires appropriés sur le moment où elles seront aptes à reprendre le travail ainsi que des encouragements post-opératoires spécifiques sur le retour au travail (22, 23). L'impact financier de la variabilité dans la durée d'incapacité de travail peut être très important. Selon la Confédération de l'Industrie Britannique, sur base annuelle en 2010, le coût direct d'un jour supplémentaire d'arrêt de travail donné aux patientes après chirurgie gynécologique s'élèverait à 34 millions de £ (24).

Pour améliorer la qualité de l'information donnée aux patientes et faciliter le retour au travail, l'équipe de Bouwsma a développé un programme e-health en Hollande qui permet de délivrer des recommandations précises et per-

**Tableau III. Recommandations du groupe de travail de chirurgie gynécologique du GGOLFB.**

	Limitation de l'activité	Conduite	Bains	Rapports sexuels	Arrêt de travail
Curetage - Hystérocopie	Pas de limitation	1 jour	1-7 jours	1-7 jours	≤ 7 jours
Conisation	Pas de limitation	1 jour	1 semaine	2-3 semaines	≤ 7 jours
Coéloscopie simple (durée < 1h)	1-2 semaines	1 semaine	Dès 12 h	1 semaine	1-2 semaines
Coéloscopie avancée (durée > 1h)	2-4 semaines	1-2 semaines	Dès 12 h	2 semaines	2-4 semaines
Hystérectomie vaginale	4-5 semaines	2-4 semaines	1-2 semaines	4-6 semaines*	4-5 semaines
Hystérectomie coéloscopique	4-5 semaines	2-4 semaines	1-2 semaines	4-6 semaines*	4-5 semaines
Hystérectomie abdominale	4-6 semaines	2-4 semaines	1-2 semaines	4-6 semaines*	4-6 semaines
Promontofixation coéloscopique	4-5 semaines	2-4 semaines	1-2 semaines	4-6 semaines	4-5 semaines
Prolapsus voie basse	4-5 semaines	2-4 semaines	1-2 semaines	4-6 semaines*	4-5 semaines
Bandelette sous-urétrale	2-4 semaines	1-2 semaines	1-2 semaines	4-6 semaines*	2-4 semaines

\* après examen de la cicatrice vaginale lors de la visite postopératoire.

sonnalisées (25). Ce type de programme favorise un accompagnement des patientes durant leur convalescence et a un impact significatif sur leur qualité de vie, l'intensité de la douleur et la durée d'incapacité de travail.

## CONCLUSION

Les recommandations du médecin jouent un rôle fondamental sur le ressenti des patientes après une chirurgie et il est important de délivrer des consignes précises sur la durée d'hospitalisation et l'incapacité de travail, dès la consultation préopératoire.

Il est également important de bien comprendre les facteurs qui influencent la reprise des activités afin que les chirurgiens puissent conseiller, de la manière la plus appropriée, leurs patientes. Il n'est pas nécessaire d'être trop restrictif dans la reprise de certaines activités en postopératoire ni de recommander des incapacités de travail trop longues car elle peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patientes.

Au regard du sondage et de la revue des données de la littérature, notre groupe de travail propose des recommandations sur la convalescence après chirurgie gynécologique (Tableau III). Ces recommandations ont pour but d'informer au mieux nos patientes sur les suites de leur chirurgie et d'harmoniser les consignes de convalescence et d'incapacité de travail. Nous préconisons de les adapter à chaque situation spécifique. Elles ont, par ailleurs, été établies en tenant compte des pratiques chirurgicales recommandées en 2020.

Ces données sont amenées à évoluer dans le futur en fonction des données de la littérature et de l'évolution de la chirurgie gynécologique.

## Remerciements

Les auteurs remercient Mme Marie Timmermans pour sa collaboration à l'analyse statistique de ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Nygaard IE, Hamad NM, Shaw JM. Activity restrictions after gynecologic surgery : is there evidence? *Int Urogynecology J* 2013;**24**:719-24.
2. Weir LF, Nygaard IE, Wilken J, et al. Postoperative activity restrictions : any evidence? *Obstet Gynecol* 2006;**107**:305-9.
3. Murphy M, Olivera C, Wheeler T, et al. Postoperative management and restrictions for female pelvic surgery : a systematic review. *Int Urogynecology J* 2013;**24**:185-93.
4. Minig L, Trimble EL, Sarsotti C, et al. Building the evidence base for postoperative and postpartum advice. *Obstet Gynecol* 2009;**114**:892-900.
5. Naidu M, Sultan AH, Thakar R. Convalescence advice following gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol* 2012;**32**:556-9.
6. Deffieux X, Thubert T, de Tayrac R, et al. Recommandations concernant la convalescence après chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus génital : une enquête chez des chirurgiens français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2011;**40**:29-35.
7. Vonk Noordegraaf A, Huirne J, Brölmann H, et al. Multidisciplinary convalescence recommendations after gynaecological surgery : a modified Delphi method among experts : convalescence recommendations after gynaecological surgery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2011;**118**:1557-67.
8. Bouwsma EV, Anema JR, Vonk Noordegraaf A, et al. Using patient data to optimize an expert-based guideline on convalescence recommendations after gynecological surgery : a prospective cohort study. *BMC Surg* 2017;**17**:129.
9. Mueller MG, Lewicky-Gaup C, Collins SA, et al. Activity restriction recommendations and outcomes after reconstructive pelvic surgery : a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2017;**129**:608-14.

10. Arunachalam D, Heit MH. Impact of postoperative instructions on physical activity following pelvic reconstructive surgery : a randomized controlled trial. *Int Urogynecology J* 2020;**31**:1337-45.
11. Boukerrou M, Rubod C, Dedet B, et al. Tissue resistance of the tension-free procedure : what about healing? *Int Urogynecology J* 2008;**19**:397-400.
12. Kalkur S, McKenna D, Dobbs SP. Doctor, when can I drive? Advice obstetricians and gynaecologists give on driving after obstetric or gynaecological surgery. *Ulster Med J* 2007;**76**:141-3.
13. Ottesen M, Sørensen M, Kehlet H, Ottesen B. Short convalescence after vaginal prolapse surgery : short convalescence after vaginal prolapse surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;**82**:359-66.
14. Ismail W, Taylor SJ, Beddow E. Advice on driving after groin hernia surgery in the United Kingdom : questionnaire survey. *BMJ* 2000;**321**:1056.
15. Agostini A, Cravello L, Shojai R, et al. Postoperative infection and surgical hysteroscopy. *Fertil Steril* 2002;**77**:766-8.
16. Toon CD, Sinha S, Davidson BR, Gurusamy KS. Early versus delayed post-operative bathing or showering to prevent wound complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(7):CD010075.
17. Copeland-Halperin LR, Reategui Via y Rada ML, Levy J, et al. Does the timing of postoperative showering impact infection rates? A systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2020;**73**:1306-11.
18. Watcharaprapapong J, Treetampinich C, Na Ayudhya NI, et al. Incidence of complete vaginal cuff wound healing at sixth and eighth week after total abdominal hysterectomy : vaginal cuff wound healing after TAH. *J Obstet Gynaecol Res* 2019;**45**:399-404.
19. Uccella S, Ceccaroni M, Cromi A, et al. Vaginal cuff dehiscence in a series of 12,398 hysterectomies : effect of different types of colpotomy and vaginal closure. *Obstet Gynecol* 2012;**120**:516-23.
20. Ceccaroni M, Berretta R, Malzoni M, et al. Vaginal cuff dehiscence after hysterectomy : a multicenter retrospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;**158**:308-13.
21. Strozyk S, Wernecke KD, Sehoul J, David M. Factors influencing postoperative recovery and time off work of patients with benign indications for surgery - results of a prospective study. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2020;**80**:723-32.
22. Clayton M, Verow P. Advice given to patients about return to work and driving following surgery. *Occup Med Oxf Engl* 2007;**57**:488-91.
23. Vonk Noordegraaf A, Anema J, van Mechelen W, et al. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery : results of a multicentre randomised trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2014;**121**:1127-36.
24. Confederation of British Industry. Healthy returns? : absence and workplace health survey 2011. London:Confederation of British Industry;2011.
25. Bouwsma EV, Huirne JA, van de Ven PM, et al. Effectiveness of an internet-based perioperative care programme to enhance postoperative recovery in gynaecological patients: cluster controlled trial with randomised stepped-wedge implementation. *BMJ Open* 2018;**8**:e017781.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au  
 Dr L. de Landsheere, Service de Gynécologie, CHR Citadelle,  
 Liège, Belgique.  
 Email : ldlandsheere@chuliege.be