Chirurgie de l'endométriose — laparotomie

01 Qu'est-ce que c'est ?

L'endométriose est la présence, en dehors de l'utérus, de tissu semblable à la muqueuse utérine. L'intervention qui vous est proposée consiste à détruire et/ou retirer ces lésions.

Cette fiche remise par le Dr Gatri a pour but de compléter les explications données lors de votre consultation. N'hésitez pas à la solliciter en cas de questions.

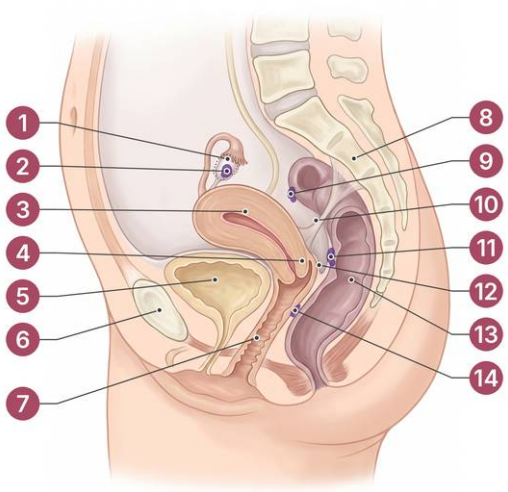


FIGURE 1 — L'endométriose : des lésions en dehors de l'utérus (schéma, vue de profil).

1. Ovaire
2. Lésion de l'ovaire (endométriome)
3. Utérus
4. Col de l'utérus
5. Vessie
6. Pubis
7. Vagin
8. Sacrum
9. Côlon
10. Ligament utéro-sacré
11. Atteinte profonde : rectum
12. Cul-de-sac de Douglas
13. Rectum
14. Cloison rectovaginale

En violet : les lésions d'endométriose.

Entouré de pointillés : l'ovaire, qui se trouve sur le côté du bassin, en dehors du plan du dessin.

Vue de profil : le ventre est à gauche de l'image, le dos à droite.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

En laparotomie, l'abdomen est ouvert par une incision adaptée.

02 Pourquoi cette intervention ?

La chirurgie de l'endométriose pelvienne minime à légère réduit les douleurs à court et moyen terme. Lorsque l'endométriose est profonde et atteint le rectum ou le côlon, la chirurgie diminue l'intensité des symptômes gynécologiques, digestifs et généraux et améliore la qualité de vie. Les lésions découvertes pendant l'intervention sont traitées de manière complète : une chirurgie incomplète, laissant en place une lésion digestive, augmente le taux de récidive des douleurs et diminue le taux de grossesses.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention a lieu à la Clinique de la Muette, sous anesthésie générale. Elle dure environ 2 heures.

Vous restez hospitalisée 2 jours ; votre chirurgien vous le précisera selon votre cas.

L'opération peut changer une fois commencée. L'opération change si une lésion profonde de la cloison rectovaginale est découverte ou traitée.

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

La chirurgie ne guérit pas définitivement l'endométriose : les douleurs peuvent récidiver. Un traitement hormonal après l'intervention vous sera proposé pour réduire ce risque. Aucun résultat sur la fertilité n'est garanti.

05 Les risques et complications

Pendant l'intervention, très exceptionnellement, une plaie grave d'un organe interne (intestin, vaisseau sanguin, voies urinaires) peut se produire. Elle peut imposer, dans certains cas, une transfusion sanguine.

Des nausées, des vomissements ou une somnolence liés à l'anesthésie sont fréquents.

Un hématome ou une infection d'une cicatrice est rare. Une phlébite ou une embolie pulmonaire est exceptionnelle.

Lorsque l'atteinte est profonde (rectum, côlon, cloison rectovaginale), la chirurgie expose à un risque de complications graves après l'intervention, notamment une fistule rectovaginale, dont le risque augmente lorsque la lésion est basse. Une dérivation digestive temporaire (iléostomie ou colostomie) peut alors être nécessaire ; cette éventualité est discutée avec vous avant l'intervention.

Des difficultés à uriner peuvent apparaître après une chirurgie d'endométriose profonde ; les techniques de préservation des nerfs du bassin améliorent la fonction urinaire.

Si un ovaire est concerné (endométriome), la chirurgie peut réduire la réserve ovarienne, d'autant plus si elle est bilatérale ou répétée.

Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

06 Les alternatives

Un traitement hormonal est recommandé en première intention pour les douleurs de l'endométriose : contraception par œstroprogestatifs, ou dispositif intra-utérin au lévonorgestrel. S'il ne suffit pas, des progestatifs ou une injection qui met les ovaires au repos peuvent être proposés. Si vous n'arrivez pas à être enceinte, une aide médicale à la procréation est possible sans opération préalable.

Ne pas opérer reste possible : la décision se prend avec vous, selon la gêne et selon ce que vous attendez du traitement.

07 Les contre-indications

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez. Signalez aussi vos allergies.

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie : arrêter 6 à 8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

08 Avant l'intervention

Une consultation de pré-anesthésie est réalisée systématiquement ; hors urgence, elle a lieu au moins 48 heures avant l'intervention.

Après une prémédication, vous serez conduite en salle d'opération ; une perfusion sera posée, puis l'anesthésie réalisée. Un examen gynécologique est réalisé sous anesthésie avant l'intervention.

Si vous avez un projet de grossesse, la préservation de la fertilité se discute avant l'intervention : elle consiste à congeler des ovules dans un centre d'assistance médicale à la procréation agréé.

09 Après l'intervention et vos consignes

- Vous passerez en salle de réveil, puis dans votre chambre.
- Les douches sont possibles dès le lendemain ; attendez une semaine avant de prendre un bain.
- Après une ouverture de l'abdomen, le Dr Gatri vous dira quand reprendre le port de charges lourdes.
- La consultation de contrôle a lieu 3 à 4 semaines après l'intervention.
- La durée de l'arrêt de travail vous est prescrite par le Dr Gatri.

10 Quand consulter sans attendre

Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, un écoulement au niveau d'une cicatrice, une difficulté à uriner ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin, de jour comme de nuit.

11 Vos questions au Dr Gatri

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.