Hystérectomie — cœlioscopie

01 Qu'est-ce que c'est ?

Votre médecin vous a proposé une hystérectomie. Cette fiche complète les informations qu'il vous a données oralement : elle vous explique les principes, les avantages et les inconvénients possibles de l'opération qu'il vous a conseillée.

L'hystérectomie est le retrait de l'utérus. Ici, elle est réalisée par cœlioscopie (on dit aussi laparoscopie) : le chirurgien opère à travers quelques petites incisions de l'abdomen, en suivant l'intervention sur un écran.

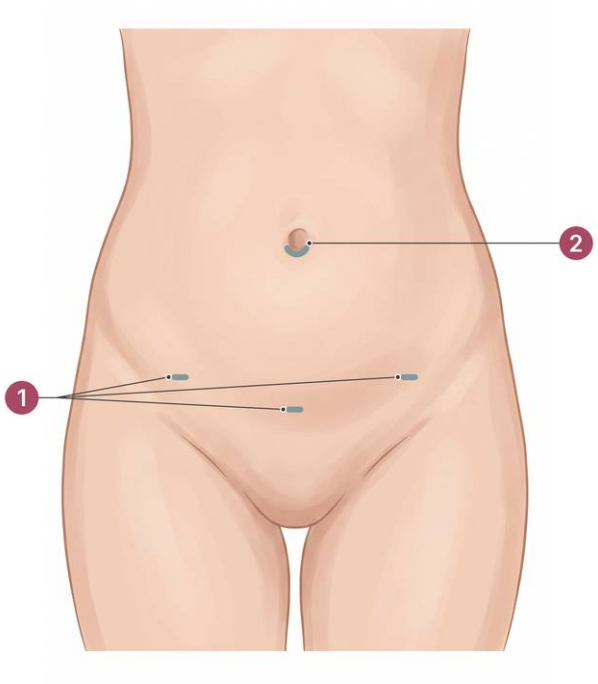


FIGURE 1 — Les incisions de la cœlioscopie (schéma, vue de face).

1. Deux à trois autres petites incisions de l'abdomen, en général de 5 mm, parfois 10 ou 12 mm
2. Optique : petite incision, le plus souvent au nombril

Vue de face : la droite de l'image est le côté gauche de la patiente.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

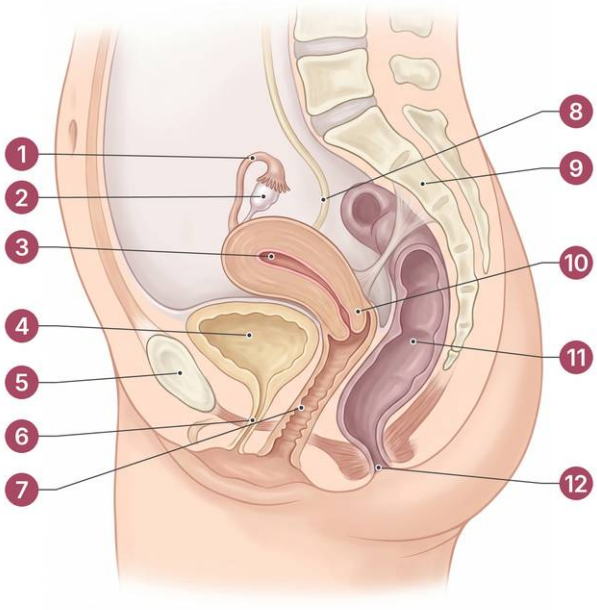


FIGURE 2 — L'utérus et les organes de voisinage (schéma, vue de profil).

1. Trompe
2. Ovaire
3. Utérus (retiré)
4. Vessie
5. Os pubien
6. Urètre
7. Vagin
8. Uretère
9. Sacrum
10. Col de l'utérus
11. Rectum
12. Anus

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Il existe plusieurs types d'hystérectomie : totale (le corps et le col de l'utérus sont retirés), subtotale (l'utérus est retiré, le col reste en place), ou avec annexectomie (les ovaires et les trompes,

d'un côté ou des deux, sont retirés dans le même temps).

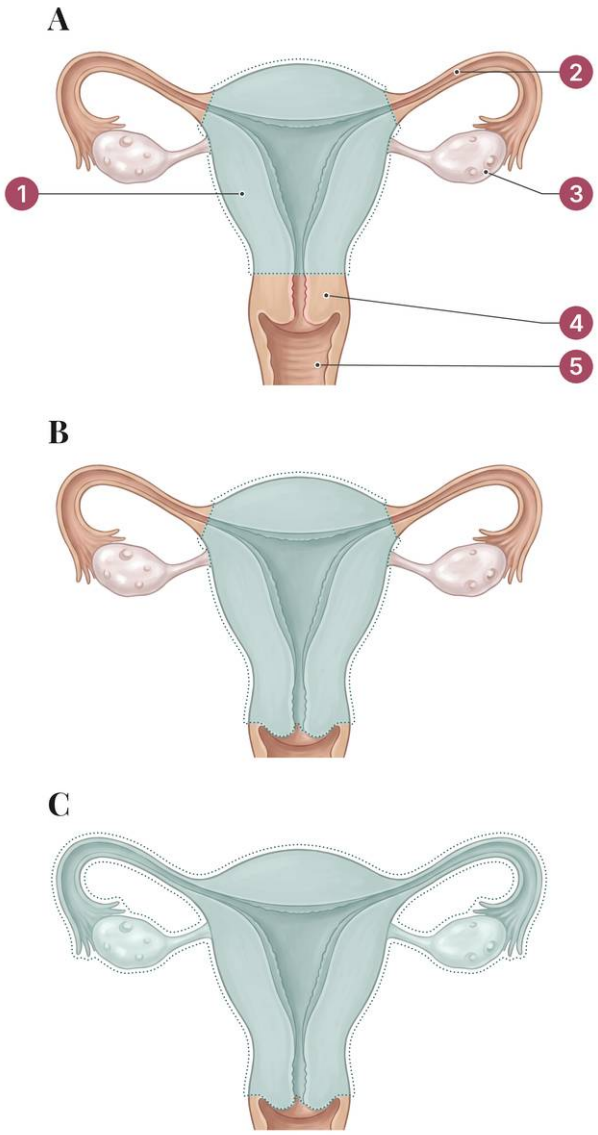


FIGURE 3 — Les différents types d'hystérectomie : A, subtotale ; B, totale ; C, avec annexectomie (schéma, vue de face).

A — subtotale : l'utérus est retiré, le col reste en place

1. Corps de l'utérus
2. Trompe
3. Ovaire
4. Col
5. Vagin

B — totale : le corps et le col de l'utérus sont retirés

C — avec annexectomie : ovaires et trompes, d'un côté ou des deux

En bleu-vert, entourée de pointillés : la partie retirée pendant l'opération.

Vue de face : la droite de l'image est le côté gauche de la patiente.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Cette fiche est établie à partir de la fiche d'information du CNGOF « Hystérectomie par voie laparoscopique » (2017, mise à jour 2025), adaptée à la pratique du cabinet.

02 Pourquoi cette intervention ?

Votre médecin vous a expliqué lors de la consultation pourquoi il vous propose cette intervention.

Le type d'hystérectomie dépend de votre situation personnelle ; il est discuté avec votre chirurgien avant l'opération.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention se fait sous anesthésie générale et dure environ 1 h 30 à 2 heures.

Une optique de quelques millimètres, reliée à une caméra, est introduite par une petite incision, le plus souvent au nombril. Deux à trois autres incisions, en général de 5 mm et parfois jusqu'à 10 ou 12 mm, permettent de passer les instruments (pinces, ciseaux, matériel de coagulation et de lavage). Un gaz (gaz carbonique) est introduit dans l'abdomen pour bien voir.

L'hystérectomie est ensuite réalisée comme par une ouverture de l'abdomen, mais avec ces instruments.

En cas d'hystérectomie totale, l'utérus est retiré par le vagin, puis le fond du vagin est refermé par des fils résorbables ; cette cicatrice ne demande pas de soins particuliers.

En cas d'hystérectomie subtotale (le col reste en place) et en cas de doute sur la bénignité d'un fibrome, l'utérus peut être fragmenté après avoir été placé dans un sac étanche, pour ne disperser aucun fragment dans l'abdomen ; ce sac est retiré par l'une des petites incisions, qui peut être agrandie.

Les petites incisions de l'abdomen reçoivent un point de fil résorbable et sont rapidement laissées à l'air.

De façon exceptionnelle, un petit drain sortant par l'abdomen peut être laissé 24 à 48 heures. Certains chirurgiens laissent une mèche de gaze

dans le vagin pendant 24 heures pour réduire le risque de saignement.

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

L'hystérectomie est une intervention courante et bien maîtrisée, dont le déroulement est simple dans la plupart des cas. La voie prévue peut toutefois être changée : en cas de difficultés pendant l'opération, de particularités anatomiques ou de complication, le chirurgien peut être amené à ouvrir l'abdomen par une incision adaptée, alors que l'intervention était prévue par cœlioscopie.

05 Les risques et complications

Pendant l'opération, de façon exceptionnelle, un organe voisin de l'utérus peut être blessé (intestin, voies urinaires, vaisseaux sanguins), ce qui demande une prise en charge chirurgicale spécifique. En cas exceptionnel d'hémorragie pouvant menacer la vie, une transfusion de sang ou de produits dérivés du sang peut être nécessaire.

Après l'opération, en plus des effets possibles de l'anesthésie (nausées, vomissements, somnolence), des douleurs peuvent apparaître, surtout dans l'abdomen ; elles peuvent s'étendre aux épaules et sont dues au gaz introduit dans le ventre. La prise en charge actuelle de la douleur tend à les réduire.

Les petites cicatrices peuvent devenir rouges et douloureuses, parfois avec de la fièvre : cela peut être dû à un hématome, voire à un abcès, qui demande le plus souvent de simples soins locaux.

Si vous n'êtes pas ménopausée, vous n'aurez plus de règles et une grossesse ne sera plus possible. Cela ne veut pas dire que vous serez ménopausée : si les ovaires sont laissés en place, ils continuent de fonctionner jusqu'à la ménopause naturelle, sans bouffées de chaleur ni autre signe de ménopause ; si les ovaires sont retirés, l'intervention entraîne une ménopause, avec par exemple des bouffées de chaleur, et vous pourrez parler avec votre médecin d'un traitement hormonal substitutif. Si vous êtes déjà ménopausée, rien ne change de ce point de vue.

Si les ovaires ont été retirés, une sécheresse vaginale peut apparaître ; elle peut être compensée par des lubrifiants ou par un traitement hormonal substitutif prescrit par votre médecin.

Dans tous les cas, l'hystérectomie ne change ni la possibilité ni la qualité des rapports sexuels.

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

06 Les alternatives

Le type d'hystérectomie dépend de votre situation personnelle ; il est discuté avec votre chirurgien avant l'opération. N'hésitez pas à lui poser toutes vos questions.

07 Les contre-indications

Certains risques peuvent être favorisés par votre état de santé, vos antécédents ou un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents personnels et familiaux et de tous les traitements et médicaments que vous prenez.

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

08 Avant l'intervention

Une consultation d'anesthésie est obligatoire avant l'opération.

Le plus souvent, vous êtes hospitalisée la veille ou le jour même de l'intervention. Après une prémédication, vous êtes conduite au bloc opératoire ; une perfusion est posée, puis l'anesthésie générale est réalisée.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste, ou appelez la ligne Tabac Info Service au 3989 pour vous aider.

09 Après l'intervention et vos consignes

Vous passez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre. Pendant les 24 premières heures, vous pouvez vous sentir plus endormie que d'habitude et votre jugement peut être diminué.

Une sonde urinaire peut être laissée quelques heures, voire 24 heures, mais le plus souvent il n'y en a pas.

Des bas de contention vous sont conseillés les premiers jours, tant que vous ne bougez pas normalement. Tant que vous êtes alitée, faites tourner vos pieds pendant environ 30 secondes, plusieurs fois par jour. Des injections quotidiennes d'un anticoagulant peuvent vous être prescrites, jusqu'à une dizaine de jours selon les cas ; elles sont discutées avec l'anesthésiste.

Dès que vous pouvez boire et après quelques gaz, la perfusion est retirée et vous pouvez manger léger. Votre transit peut être un peu ralenti, ce qui peut être inconfortable ou douloureux de façon passagère ; mangez des fruits et des fibres pour éviter la constipation. Des antalgiques peuvent être nécessaires les premiers jours, à la clinique et à la maison.

Vous restez hospitalisée 1 à 2 jours.

Vous pouvez prendre une douche dès le lendemain. Les bains sont à éviter pendant trois semaines.

Des saignements sont attendus pendant une à deux semaines ; l'évacuation de petits caillots n'est pas rare et sans gravité si elle ne dure pas. Utilisez des serviettes périodiques plutôt que des tampons, qui augmentent le risque d'infection.

Vous pouvez rester fatiguée quelques jours, voire une à deux semaines ; la récupération est d'autant plus rapide que vous restez active. Le retour au travail ou au sport dépend de votre activité ; par cette voie, la récupération est rapide et la convalescence dépasse rarement 15 jours.

Les rapports sexuels sont autorisés 4 à 6 semaines après l'intervention, le temps que la cicatrice du fond du vagin soit assez solide.

Une consultation de contrôle a lieu en général dans les trois à quatre semaines après l'intervention.

10 Quand consulter sans attendre

Des brûlures en urinant ou des envies fréquentes d'uriner peuvent être dues à une infection urinaire : consultez votre médecin traitant pour une analyse d'urine.

Un saignement vaginal anormal ou malodorant, ou une fièvre, peuvent être le signe d'une infection ou d'un hématome infecté : consultez votre chirurgien. De même en cas de nausées ou de vomissements avec de la fièvre, ou si les petites cicatrices deviennent rouges et douloureuses.

En cas de douleur dans les mollets ou de difficulté à respirer, appelez rapidement votre médecin traitant.

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.