Hystérectomie — laparotomie

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 laparotomie (voie abdominale), c'est-à-dire par une ouverture de l'abdomen : soit horizontale au-dessus du pubis, soit verticale entre le pubis et le nombril.

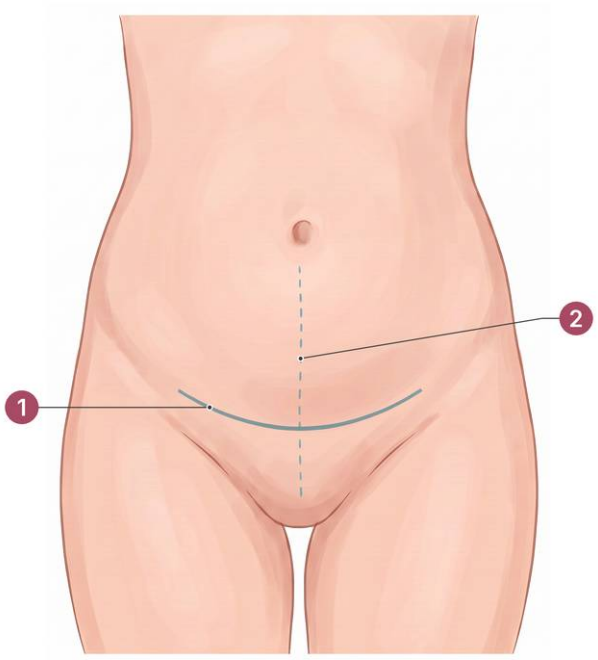


FIGURE 1 — Les incisions de l'hystérectomie abdominale (schéma, vue de face).

1. Incision horizontale au-dessus du pubis (le plus souvent, environ 10 cm)
2. ou verticale entre le pubis et le nombril

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

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).

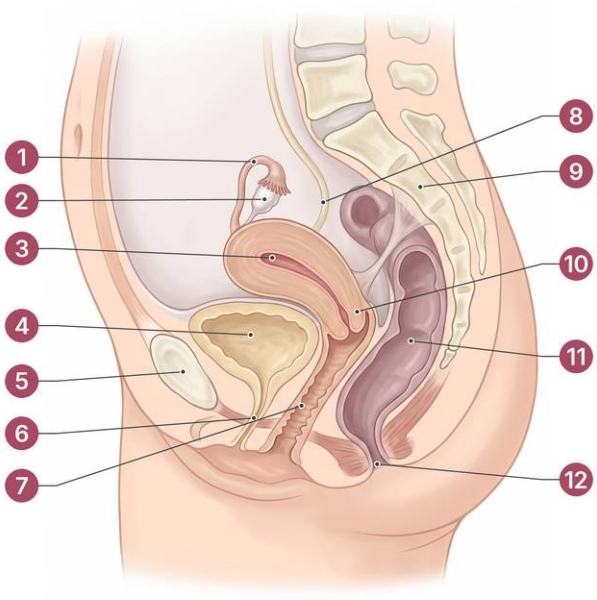


FIGURE 2 — L'utérus et les organes de voisinage (schéma, vue de profil).

1. Trompe
2. Ovaire
3. Utérus (retiré)
4. Vessie
5. Pubis
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.

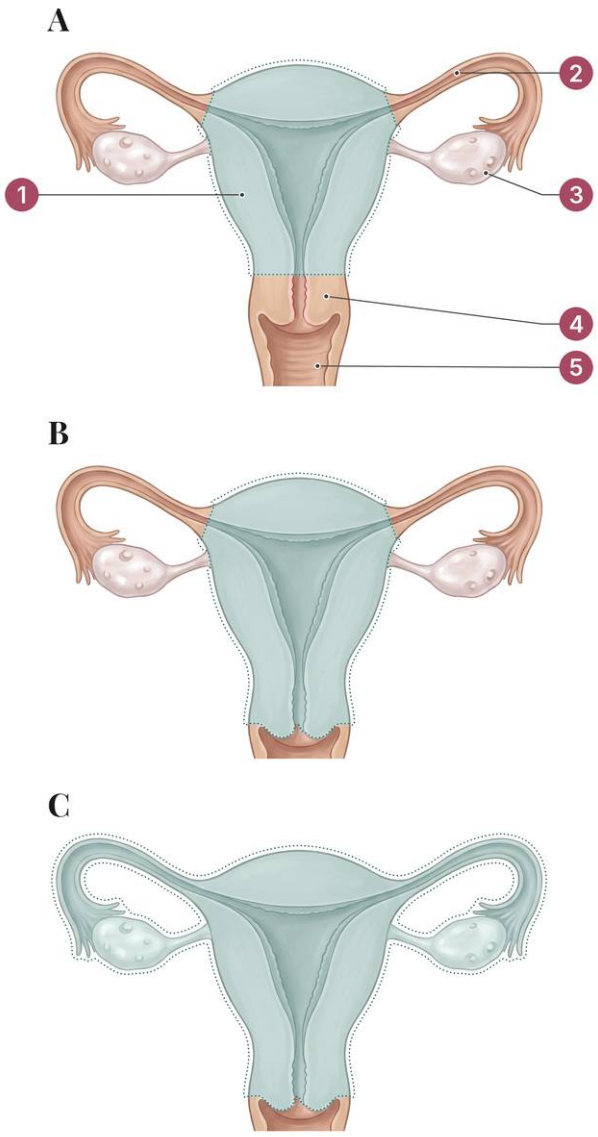


FIGURE 3 — Les différents types d'hystérectomie : A, subtotale ; B, totale ; C, avec annexectomie (schéma, vue de face).

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 abdominale » (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. L'intervention dure environ 1 h 30 à 2 heures.

Le plus souvent, la cicatrice mesure environ 10 cm et se trouve au-dessus du pubis, à l'horizontale.

La plaie est généralement refermée par des fils, la plupart du temps résorbables, ou par des agrafes.

De façon exceptionnelle, un petit drain sortant par l'abdomen peut être laissé 24 à 48 heures.

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.

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.

La cicatrice peut devenir rouge et douloureuse, parfois avec de la fièvre : cela peut être dû à un hématome, voire à un abcès. Le plus souvent, de simples soins locaux suffisent ; plus rarement, il faut repasser au bloc opératoire pour évacuer

l'hématome ou l'abcès. Cette complication est en général sans autre conséquence.

Après l'opération peut survenir une phlébite, c'est-à-dire un caillot dans une veine des jambes, qui risque d'entraîner une embolie pulmonaire. C'est pourquoi des bas de contention sont portés après l'opération et des injections d'anticoagulant peuvent être faites.

Porter des charges lourdes trop tôt peut fragiliser la cicatrice, voire provoquer une éventration.

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 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.

Habituellement, une sonde urinaire est laissée quelques heures, voire 24 heures.

Des bas de contention vous sont conseillés après l'opération. Tant que vous êtes alitée, faites tourner vos pieds pendant environ 30 secondes, plusieurs fois par jour. Des injections quotidiennes d'un anticoagulant peuvent aussi vous être faites, jusqu'à une dizaine de jours.

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 seront probablement nécessaires les premiers jours, à la clinique et à la maison.

Vous restez hospitalisée 1 à 2 jours.

Si la plaie est fermée par des fils résorbables, elle ne demande pas de soins particuliers et est rapidement laissée à l'air. Si elle est fermée par des agrafes, elles sont retirées après 8 à 10 jours.

Vous pouvez prendre une douche, en protégeant la plaie, dès que vous vous sentez capable de rester debout ; si la plaie est mouillée, séchez-la avec un tissu jetable sec. Attendez trois semaines avant de prendre un bain.

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.

Pendant quelques semaines après le retour à la maison, évitez de porter des charges lourdes.

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 ; il peut aller de 4 à 6 semaines.

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 la cicatrice devient rouge et douloureuse.

En cas de douleur dans les mollets ou de difficulté à respirer, appelez rapidement votre médecin traitant : il faut écarter une phlébite.

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.