Myomectomie — cœlioscopie

01 Qu'est-ce que c'est ?

Le myome, ou fibrome, est une tumeur bénigne de l'utérus, fréquente chez la femme après la quarantaine, parfois plus tôt en raison de facteurs familiaux. Il peut se trouver dans la cavité de l'utérus, dans sa paroi musculaire, ou être rattaché à l'utérus par un pédicule plus ou moins large.

Cette fiche a pour but de compléter les explications qui vous ont été données oralement lors de votre consultation, sur les principes, les avantages et les inconvénients possibles de l'intervention qui vous est proposée.

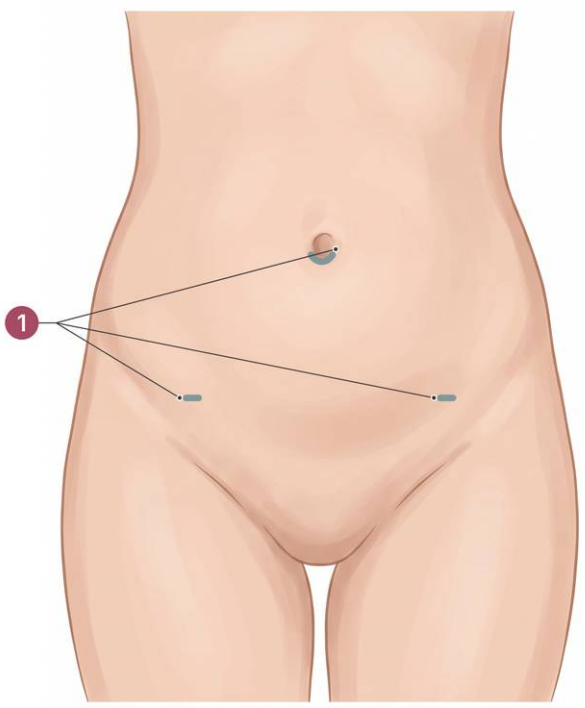


FIGURE 1 — Les petites incisions de la cœlioscopie (schéma, vue de face).

1 Petites incisions

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

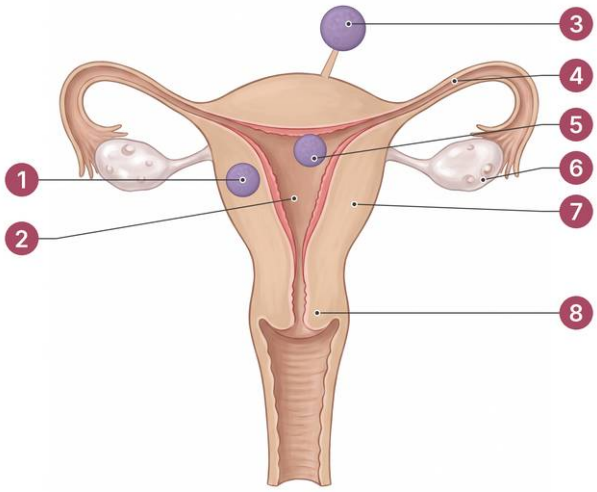


FIGURE 2 — Les places possibles du fibrome (schéma, vue de face).

1 Fibrome dans la paroi musculaire
2 Cavité
3 Fibrome rattaché par un pédicule
4 Trompe
5 Fibrome dans la cavité
6 Ovaire
7 Paroi musculaire
8 Col

En violet : le fibrome (myome), tumeur bénigne de l'utérus.

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

La myomectomie consiste à retirer chirurgicalement un ou plusieurs fibromes en conservant l'utérus. Vous gardez ainsi vos règles et, éventuellement, la possibilité d'une grossesse ultérieure. Ici, l'intervention est réalisée par cœlioscopie : par de petites incisions.

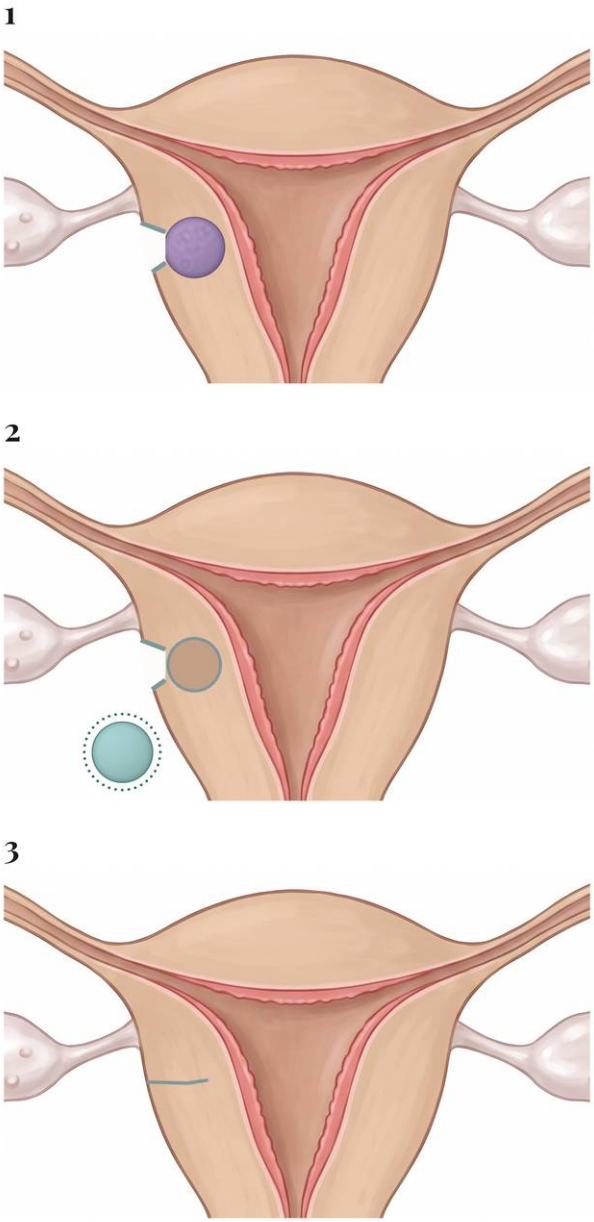


FIGURE 3 — La myomectomie : ouvrir la paroi de l'utérus, retirer le fibrome, refermer la paroi (schéma, vue de face).

1 — Paroi ouverte : le chirurgien ouvre la paroi de l'utérus

2 — Fibrome retiré, sorti en petits morceaux

3 — Paroi refermée : l'utérus est conservé

En violet : le fibrome (myome). En bleu-vert : la paroi ouverte puis refermée.

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 « Myomectomie » (2017), adaptée à la pratique du cabinet.

02 Pourquoi cette intervention ?

L'intervention est décidée en raison de symptômes (saignements, douleurs, infertilité) ou parce que le ou les fibromes sont devenus trop volumineux. Elle vise à traiter ces symptômes.

Le nombre de fibromes et leur emplacement déterminent la technique. La cœlioscopie est possible lorsque le fibrome est de taille raisonnable (moins de 8 cm) et qu'il y a moins de trois fibromes. Le chirurgien vous précise le type d'intervention qu'il prévoit pour vous.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention se fait sous anesthésie générale.

Les incisions sont petites. Le chirurgien ouvre la paroi de l'utérus, retire le ou les fibromes, puis referme la paroi de l'utérus. Le fibrome est sorti du ventre en petits morceaux.

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

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

Après plusieurs années, d'autres fibromes peuvent apparaître lorsque la maladie des fibromes est importante : cela arrive dans 20 % des cas.

La cicatrice laissée sur l'utérus peut être une zone de fragilité et, dans certains cas, imposer un accouchement par césarienne. Il est souhaitable de respecter un délai de cicatrisation entre l'intervention et une éventuelle grossesse. Le chirurgien vous précise ces points.

05 Les risques et complications

La myomectomie est une intervention courante et bien maîtrisée, dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

Pendant l'opération, un saignement venant de l'ouverture de la paroi de l'utérus peut se produire. Dans le cas exceptionnel d'une

hémorragie pouvant menacer la vie, une transfusion de sang ou de produits dérivés du sang peut être nécessaire. Très exceptionnellement, cette hémorragie ne peut être arrêtée qu'en retirant l'utérus.

De façon exceptionnelle, des organes voisins de l'utérus peuvent être blessés (intestin, voies urinaires, vaisseaux sanguins), ce qui demande une prise en charge chirurgicale spécifique.

Dans les suites, les 48 premières heures sont souvent douloureuses et demandent des médicaments antidouleur puissants. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) d'une cicatrice survient, le plus souvent traité par de simples soins locaux. Une infection urinaire, en général sans gravité, n'est pas rare.

Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant l'hospitalisation pour réduire le risque de phlébite (caillot dans une veine des jambes) ou d'embolie pulmonaire ; il est poursuivi pendant une durée qui vous sera précisée.

Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peut survenir dans les jours qui suivent et nécessiter une nouvelle intervention. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

06 Les alternatives

- Aucun médicament ne fait disparaître définitivement les fibromes.
- Les médicaments de la famille des analogues de la LHRH peuvent réduire le volume des fibromes jusqu'à 50 % environ, mais de façon passagère ; leur usage prolongé n'est pas conseillé. Votre médecin peut vous les prescrire quelques mois avant l'intervention pour la faciliter.
- L'embolisation, technique de radiologie sans chirurgie, injecte des particules dans les vaisseaux qui nourrissent le fibrome : il ne disparaît pas mais diminue de volume peu à peu. Elle est réservée à des indications très particulières.
- D'autres techniques détruisent le fibrome à travers la paroi de l'abdomen (les ultrasons par exemple) ; la plupart sont en cours d'évaluation. Si l'une d'elles vous est proposée, votre médecin vous donnera une information spécifique.
- Plusieurs de ces techniques peuvent être associées selon votre situation.
- Selon la taille, le nombre et la place des fibromes, d'autres voies d'abord existent ; le chirurgien vous précise celle qu'il prévoit pour vous.

07 Les contre-indications

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, 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 6 à 8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste.

08 Avant l'intervention

Une consultation d'anesthésie est réalisée systématiquement avant toute intervention.

Le plus souvent, vous êtes hospitalisée la veille de l'opération. Après une prémédication (un tranquillisant), vous êtes conduite au bloc opératoire ; une perfusion est posée, puis l'anesthésie réalisée. Un examen gynécologique (avec toucher vaginal) est fait sous anesthésie avant l'intervention.

09 Après l'intervention et vos consignes

Vous passez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre.

Un traitement antidouleur est prescrit systématiquement par le médecin anesthésiste. Une sonde urinaire et la perfusion restent en

général en place pendant une durée variable. Un traitement anticoagulant peut être commencé.

Un saignement vaginal modéré est banal dans les suites de l'opération.

Vous reprenez en général une alimentation normale dans les deux jours qui suivent l'opération.

Vous restez hospitalisée 2 à 3 jours.

Les douches sont possibles quelques jours après l'opération ; attendez au moins 15 jours avant de prendre un bain.

Une consultation de contrôle a lieu 3 à 4 semaines après l'intervention. Attendez cette consultation pour reprendre une activité sexuelle.

10 Quand consulter sans attendre

Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.

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.