Stérilisation tubaire — cœlioscopie

01 Qu'est-ce que c'est ?

La stérilisation volontaire est une intervention sur les deux trompes qui les rend imperméables : les spermatozoïdes ne peuvent plus rejoindre l'ovule. Ici, elle est réalisée par cœlioscopie.

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.

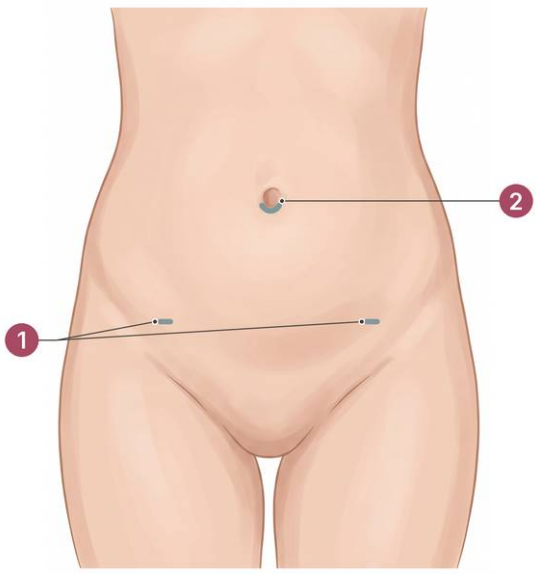


FIGURE 1 — Les incisions de la cœlioscopie (schéma, vue de face).

1. Deux ou trois autres petites incisions en bas du ventre, pour les instruments
2. Incision au nombril, pour la caméra

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

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Les trompes peuvent être retirées en partie (un fragment de chaque trompe) ou en totalité. L'efficacité contraceptive est la même ; le choix revient à votre chirurgien. Certains chirurgiens posent des clips ou pratiquent une coagulation-section des trompes.

Cette fiche est établie à partir des fiches d'information du CNGOF « Cœlioscopie » (1999, révision 2017) et du CNGOF et de la SCGP « Stérilisation volontaire à visée contraceptive » (2024), adaptée à la pratique du cabinet.

02 Pourquoi cette intervention ?

Elle vous apporte une contraception définitive, immédiate et non hormonale, sans effet sur votre cycle, votre libido ou votre équilibre hormonal.

L'effet contraceptif est immédiat : vous pouvez arrêter votre contraception le jour de l'intervention.

Il n'est pas nécessaire d'avoir eu des enfants. L'intervention peut être faite à tout âge, mais elle n'a pas d'intérêt après la ménopause.

03 Comment se déroule-t-elle ?

L'intervention est toujours réalisée sous anesthésie générale. Elle dure environ une heure.

Une incision est faite au nombril pour passer la caméra, et deux ou trois autres petites incisions en bas du ventre pour les instruments. Le ventre est gonflé avec du gaz carbonique. Les trompes sont coagulées puis sectionnées, et envoyées en analyse. Le gaz est ensuite évacué et les incisions sont refermées.

Pendant l'intervention, votre vessie peut être vidée par une sonde urinaire, retirée avant votre réveil.

En cas de difficulté opératoire, une incision plus large du ventre (laparotomie) est exceptionnellement nécessaire.

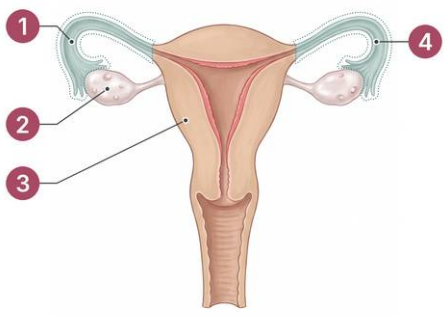


FIGURE 2 — La stérilisation tubaire : les deux trompes retirées (schéma, vue de face).

1. Une intervention sur les deux trompes
2. Ovaire
3. Utérus
4. Les trompes peuvent être retirées en totalité (comme ici) ou en partie (un fragment de chaque trompe).

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.

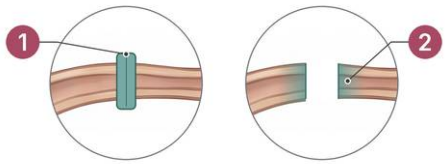


FIGURE 3 — Autres techniques sur les trompes : clip, coagulation-section (schéma, agrandissement).

1. Clip posé sur la trompe
2. Trompe coagulée puis sectionnée (coagulation-section)

Agrandissement d'un segment de trompe. En bleu-vert : le clip, et les bouts de trompe coagulés.

Schéma Wagram Clinic, 2026.

Vous rentrez chez vous le jour même (ambulatoire).

04 Ce que l'intervention ne garantit pas

C'est une intervention définitive et irréversible : une grossesse naturelle ne sera plus possible ensuite.

Les risques d'échec font partie de l'information qui vous est donnée à la première consultation.

05 Les risques et complications

En dehors d'une éventuelle complication pendant ou après l'opération, cette chirurgie n'a aucun effet sur votre corps, vos cycles, vos hormones ou votre quotidien.

Pendant l'intervention, les risques sont très rares. Ce sont ceux de toute cœlioscopie, liés aux organes voisins : plaie de l'intestin, de la vessie ou de l'uretère, ou d'un vaisseau. En cas de saignement abondant, une transfusion peut être faite ; en cas de complication majeure, le ventre peut être ouvert (laparotomie).

Au cours de l'intervention, il peut être nécessaire de faire un toucher vaginal ou rectal, d'injecter un colorant bleu, de poser dans l'utérus un tuteur pour le mobiliser, ou de laisser un moment une mèche vaginale et une sonde urinaire.

Après l'intervention peuvent apparaître un hématome, un saignement dans le ventre ou au niveau des cicatrices, ou une infection (abcès). Une nouvelle hospitalisation est parfois nécessaire ; le traitement est adapté au cas par cas (antibiotiques, transfusion ou nouvelle intervention).

Des nausées, des vomissements ou une somnolence liés à l'anesthésie sont possibles, ainsi que des douleurs du ventre qui peuvent gagner les épaules, dues au gaz insufflé.

Le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire est exceptionnel. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

06 Les alternatives

- Ne rien faire : garder une autre contraception. Les différents moyens contraceptifs adaptés à votre situation vous sont présentés lors de la première consultation.
- Changer d'avis : vous pouvez renoncer sans avoir à vous justifier, jusqu'au jour de l'intervention.

- Autres techniques sur les trompes : clips ou coagulation-section. Le choix de la méthode se fait avec votre chirurgien, après une information complète.

07 Les contre-indications

Vous devez être majeure.

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), de tous vos traitements et médicaments, et de vos allergies éventuelles.

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, au chirurgien et à l'anesthésiste, ou appelez Tabac Info Service au 3989.

08 Avant l'intervention

La loi impose un délai de réflexion de quatre mois entre votre première consultation médicale et la confirmation écrite de votre choix, où vous signez le consentement. Le consentement signé et votre confirmation écrite doivent impérativement figurer dans votre dossier.

La consultation d'anesthésie est obligatoire, au moins 48 heures avant l'intervention, sauf urgence.

Le jour de l'intervention, après une prémédication, vous êtes conduite en salle d'opération ; une perfusion est posée, puis vous êtes endormie. Un examen gynécologique est fait sous anesthésie avant la mise en place des instruments.

09 Après l'intervention et vos consignes

Vous passerez en salle de réveil, puis dans votre chambre ou votre box de l'unité ambulatoire. La perfusion est retirée, et vous rentrez chez vous avec l'accord de l'anesthésiste et du chirurgien.

Une ordonnance d'antidouleurs et, si besoin, de soins infirmiers vous est remise.

La douche est possible dès le retour à la maison. Évitez les bains et les baignades pendant 15 jours, pour une bonne cicatrisation. Vous pouvez reprendre les rapports sexuels normalement.

Selon vos antécédents, ou si l'intervention a duré plus longtemps que prévu, des injections d'anticoagulants peuvent vous être prescrites pour prévenir une phlébite ou une embolie pulmonaire.

L'arrêt de travail est de 7 à 10 jours selon votre activité, prolongeable en cas de complication.

Une consultation de contrôle a lieu dans les trois à quatre semaines, pour vérifier la cicatrisation et vous donner le résultat de l'analyse des trompes. Attendez cette consultation pour reprendre une activité tout à fait normale.

10 Quand consulter sans attendre

Après votre retour à la maison, contactez l'équipe chirurgicale, de jour comme de nuit, en cas de douleurs, de saignements, de vomissements, de fièvre, d'un écoulement purulent ou malodorant d'une cicatrice, ou de toute autre anomalie.

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.