

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—  
**volume 2004  
publié le 1.12.2004**



*VINGT-HUITIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2004*

## Le vécu de l'hystérectomie

M. LACHOWSKY\*  
(Paris)

En 1543, à Bâle, un Bruxellois ayant étudié à Paris et enseigné à Padoue – déjà l'Europe – publie « *De humani corporis fabrica* », le premier atlas du corps humain avec 300 planches dessinées par un élève du Titien. Et en couverture, Vésale était représenté en train d'ouvrir un ventre, mais pas n'importe lequel : celui dénudé d'une belle femme.

Le corps des femmes, ce que renferme leur ventre a de tout temps inquiété les hommes et fasciné les médecins qui, selon Fédida, renouent, en apprenant l'anatomie, avec le désir archaïque de pénétrer le corps d'autrui, de l'ouvrir, de se promener dans le corps de la mère. Et Dieu sait si les chirurgiens s'y sont promenés, et s'y promènent encore... en général, à juste titre, et forts de leur bon droit, le droit de celui qui a le savoir, donc le pouvoir, le droit de celui qui réellement sonde les reins et les cœurs, et peut même les enlever s'il le juge bon, ou plutôt s'il les juge mauvais. Or l'utérus est pour les femmes l'organe majeur, **leur** organe par excellence. C'est la cause et la conséquence de leur féminité, le lieu de son affirmation et l'espace de sa démonstration. Scientifiquement erronées, ces affirmations ? Certes, mais intuitivement ressenties par la plupart des propriétaires, quel que soit leur niveau intellectuel ou même leur âge. Si elles savent

\* Service de gynécologie-obstétrique – Hôpital Bichat – 75877 PARIS CEDEX 18

que cet utérus est (n'est que ?) l'habitable de leur enfant, s'en séparer les trouble, même en dehors de tout désir d'enfant.

Dans la tête des femmes, le chirurgien est encore souvent un homme, le bel athlète bronzé qui, au milieu d'une nuée de belles assistantes dont seuls les beaux yeux parlent au-dessus du masque, opère avec dextérité, mais avec une certaine lassitude, des corps endormis qui lui livrent tous leurs secrets. Endormis par l'aiguille magique de l'anesthésiste, mais rendus à la vie par ses mains expertes, si expertes qu'il ne leur manque que la parole. Car cela aussi, dans l'esprit de nos patientes fait partie de la mythologie : le chirurgien, comme l'homme des westerns, est homme d'action et non de paroles. La patiente persuadée qu'il ne saurait faire l'effort de lui rendre les choses intelligibles ou, a contrario, qu'elle serait bien incapable de les comprendre, va littéralement se mettre en veilleuse et les explications qu'essaie parfois de lui donner le chirurgien, elle ne les entend pas. Mais il est vrai que l'anatomie des dissections et des précis qui les rapportent sont bien éloignés de la géographie imaginaire des femmes, leur corps n'est pas celui de la médecine, les mots ne soulèvent pas les mêmes images. Et très vite, le dialogue ne passe plus, ce sont deux monologues parallèles, parfois trois, si le mari ou le compagnon sont présents, car leur représentation de l'intérieur des femmes est aussi très différente. Et c'est sur ces registres de plus en plus éloignés que les protagonistes embarrassés et peu satisfaits vont se séparer dans l'incompréhension toujours et dans l'inquiétude souvent. On l'aura compris, il ne convient pas d'écarter d'un sourire ni de redresser d'un schéma ces incompréhensions, il convient encore moins d'insister sur l'âge ou l'absence de désir d'enfant, il serait vain d'attendre les suites pour penser à colmater la brèche. Le temps de l'avant est capital, et sans doute l'approche la plus fructueuse est-elle la prévention : formuler les questions avant même qu'elles ne soient posées par la patiente, l'aider à y voir plus clair dans ses attentes, à préciser ce qu'elle redoute, à parler de sa sexualité actuelle, de la présence ou de l'absence d'un partenaire, mais aussi de sa vision personnelle de son corps, de son intérieur comme de son extérieur. Il s'agit là d'un nouvel espace-temps, un moment où la décision s'impose non seulement au médecin mais à la patiente devant la durée ou l'importance des troubles, moment essentiel dans lequel elle va pouvoir inscrire son parcours avec le moins de dommage possible (1). En d'autres termes, elle aura les moyens d'en moduler le stress, cette réponse de son organisme aux facteurs d'agression psychologiques et physiologiques ainsi qu'aux émotions, qui nécessitent une adaptation.

Et après, après l'intervention ? « Docteur, on m'a tout enlevé. »

*LE VÉCU DE L'HYSTÉRECTOMIE*

N'est-ce pas ce que l'on entendait dans un passé encore assez proche ? « T o u t », est-ce vraiment ce petit organe de la taille d'une poire, guère plus lourd, que nos malades ont longtemps appelé MATRICE, et que nous nommons aujourd'hui utérus ?

« Docteur on m'a fait la TOTALE », voilà qui exprime tout simplement ce que les femmes pensent de l'hystérectomie. Elles ne parlent pas en techniciennes, elles ne se préoccupent pas ou peu de savoir ce qu'on a en réalité enlevé ou laissé, s'il reste un col, un ou deux ovaires, elles déplorent en fait la disparition non pas d'un organe, mais plus qu'un morceau d'elles mêmes, un TOUT qui fondait leur féminité. Comment rester femme après cette perte ? Toutes les angoisses se ramènent à cette interrogation sur une sexualité de l'après, mise en péril par l'acte chirurgical donc sans rien de commun avec celle de l'avant. Ce vide dans mon ventre, comment l'oublier, comment le combler ? Serai-je la même, désir et plaisir seront-ils toujours au rendez-vous, n'aurai-je rien perdu ? Perdu de ma séduction aussi puisque ma féminité en sort diminuée, comment les hommes me verront-ils, et quant au mien, aura-t-il aussi peur que moi ou peur de moi ? On entend moins la demande de garder le col de l'utérus, longtemps considéré comme garant du plaisir et surtout de l'orgasme. Mais l'inquiétude va plus loin, elle est surtout plus globale. Il y a presque toujours un moment où il importe peu que leur corps fonctionne aussi bien sans utérus qu'avec, peu importe que, de toutes façons, elles aient dépassé l'âge de la reproduction ou que, plus jeunes, elles ne souhaitent plus d'enfant, peu importe qu'elles n'aient déjà plus de règles ou encore trop de règles, peu importe en fait la réalité : ce qui compte c'est l'image amputée qu'elles ont maintenant d'elles-mêmes, l'image qu'elles projettent sur l'homme de leur vie récent ou futur, l'image d'une perte irréparable, l'image d'un creux que rien ne peut combler. Il leur faut faire le deuil du sang qui ne coulera plus, de l'enfant qu'elles ne porteront plus, et ceci quel que soit leur âge, et surtout le deuil du désir et de l'amour auquel elles s'imaginent n'avoir plus droit. « Docteur, je me sens comme une outre vidée ». Cette idée du vide est toujours présente avec l'impossibilité à se représenter une quelconque harmonie dans ce nouvel arrangement qui leur paraît contre nature. Curieusement, avant une gastrectomie, par exemple, peu de patients se posent la question de l'adaptation palliative à ce nouveau système pourtant bien plus difficile à comprendre et à établir. Nos patientes se font souvent mieux à l'idée d'une maladie des ovaires qu'à celle qui toucherait cette matrice attribut essentiel de leur fonction non seulement de mère mais de femme. De femme et d'amante car là est leur questionnement, là est leur difficulté d'appréhension.

« Que va-t-il se passer, comment mon mari saura-t-il où il faut s'arrêter ? » m'a demandé une de mes patientes qui se voyait non seulement vide mais sans limites. « Qu'y a-t-il maintenant, au fond de moi ? » m'a demandé une autre, en ajoutant, « De toute façon, mon mari ne me touche plus depuis l'opération, il a trop peur ». Peur de quoi, de lui faire mal, de se faire mal ? Cette mystérieuse féminité que le geste chirurgical va modifier de tout aussi invisible façon n'est-elle pas dangereuse ?

« Bien sûr, je n'ai plus du tout de plaisir puisqu'il n'y a plus rien là dedans, d'ailleurs ma mère qui a aussi été opérée, et au même âge, me l'avait bien dit ; c'est à ce moment là que ton père m'a quittée... » Et voilà, le scénario est en place pour que tout se passe aussi mal que possible, même si dans le dossier on a écrit « Suites opératoires simples ». En effet, si toute intervention chirurgicale induit un stress, l'hystérectomie occupe là une place majeure, comme la prostatectomie d'ailleurs.

À la sortie, encore un peu étonnée de ce qui lui est arrivé, la femme « malade » et souvent guérie de ses troubles ira revoir son interlocuteur privilégié, son médecin, son ou sa gynécologue (4). Mais celle-ci aura alors beau lui dire que ce n'est pas avec son utérus qu'elle faisait l'amour, que ce n'est pas grâce à son utérus qu'elle était désirable ou désirée, elle aura même du mal à lui faire comprendre qu'une hystérectomie simple interannexielle n'entraîne que l'absence de règles mais nullement les effets fâcheux d'une carence hormonale. Voilà qui n'est souvent pas assez souligné, toute aménorrhée paraissant suspecte et évoquant le spectre d'une ménopause, synonyme de malaises et de vieillissement. Punition ou prix à payer pour n'avoir pas su, pas pu, résister aux agressions de la médecine ? Alors que la vie sexuelle de nos patientes est souvent améliorée par la guérison de leurs troubles – n'est-ce pas là le but de l'hystérectomie ? – elles sont en général persuadées du contraire.

Donc, afin que ces vérités soient entendues après, il nous faut parler avant.

Ce temps de l'AVANT, c'est celui-là qui est notre allié, c'est celui-là qui fera toute la différence pour nos patientes. Il faut, en dehors de l'hystérectomie d'urgence, de plus en plus rare heureusement, se garder de toute précipitation, ou plutôt les garder de toute précipitation. Rien ne presse. Une de nos collègues (3) l'a relevé en étudiant sur une centaine de cas la relation entre le délai préopératoire et la qualité de vie post-opératoire. Toutes les femmes qui avaient eu le temps et la possibilité de discuter non pas de l'indication opératoire mais de son importance pour elles-mêmes avec le chirurgien mais surtout avec leur médecin (en l'occurrence une femme gynécologue) ont vécu diffé-

## LE VÉCU DE L'HYSTÉRECTOMIE

remment et l'intervention et l'après coup, elles en parlent tout autrement. Bien sûr, ce qui ne marchait pas avant ne marchera pas mieux après et on sait bien que si certaines femmes retrouvent un confort de vie grâce à la disparition de saignements ou de douleurs, d'autres utilisent l'intervention comme prétexte à interrompre une vie sexuelle déjà décevante ou conflictuelle. Ce temps de l'avant (*time is honey* ici plutôt que *money*), il est précieux et ne peut se rattraper. C'est ce temps qui va permettre à la femme d'entendre ce que le médecin lui dit de son corps, de le réapprendre et de faire coïncider ses représentations symboliques avec la réalité de ses organes du dedans, donc de redonner à sa féminité sa juste place, cette féminité dont l'exérèse n'aura pas été faite par le chirurgien en même temps que celle de son utérus. Elle pourra ainsi réaliser le véritable état des lieux – ce qui a été effectivement enlevé, ou effectivement laissé – ce qui n'est peut-être pas tout à fait la même chose, ni pour elle ni pour le chirurgien. Seule l'urgence extrême coupant alors la parole fait passer la survie avant la vie, mais un temps d'explication sera tout aussi nécessaire devant une femme ou un couple déjà choqués par l'atmosphère du fait accompli.

Certes nous avons tous connu des femmes pour qui l'ablation de l'utérus correspondait à leur demande, demande d'être soulagée de leurs troubles mais aussi de leurs traitements médicamenteux. Même dans ces cas, la précipitation peut se révéler néfaste, et prendre le temps de comprendre les motivations de la patiente, lui en laisser le temps, assure un volant de sécurité vis-à-vis des suites de l'intervention.

Quand l'hystérectomie est indispensable, geste jamais banal mais parfois garant d'une santé qu'hémorragies incoercibles ou myomes douloureux détériorent, elle peut être acceptée, intégrée et bien vécue si elle a été réfléchie et préparée dans une relation de confiance où médecin et patiente sont à l'écoute l'un de l'autre. La qualité de vie ne devrait plus de nos jours en souffrir, elle devrait au contraire en sortir améliorée, grâce à un effet bénéfique sur cet échange et ce langage particuliers qu'est la sexualité, surtout quand elle « fait » l'amour. Malgré le goût actuel pour les hauts niveaux de preuves, ce n'est pas avec des statistiques que nous convaincrions nos patientes ou plutôt que nous les rassurerons, mais bien avec le temps que nous leur consacrerons et l'intérêt que nous leur témoignerons (4).

Le chirurgien ne lui veut que du bien puisqu'il laisse de moins en moins de marque sur son corps, ce corps qu'elle voit et qu'elle donne à voir. Une hystérectomie par voie basse ne laisse en effet aucune trace sur l'abdomen, et sans doute moins dans la tête, surtout si on a parlé plutôt de voies « naturelles », ce sésame en réaction sans doute à notre société si technocrate. Le revers de la médaille est parfois un

LACHOWSKY

certain manque d'attentions ressenti par la patiente à son retour : a-t-on le droit de se plaindre de fatigue ou de douleurs sans même une cicatrice, sans fil ou agrafes agressivement visibles ? À nous de prendre encore le temps d'expliquer, et de démontrer par l'arrêt de travail une réalité : il s'est passé dans le corps de cette femme un événement important, cause d'un stress défavorable dont on sait les effets à la fois psycho-affectifs et neurophysiologiques possibles (1).

D'où notre rôle et notre place dans cette « cicatrisation ». N'oublions pas le pouvoir des mots, ici bénéfiques et réparateurs mais qui toujours pèsent lourds et marquent longtemps, résonnant tout autrement parfois que nous ne l'imaginons. Le sens qu'ils prennent dans notre bouche n'est pas toujours le même dans l'oreille de l'autre et le temps aussi va les modifier dans les mémoires de nos patientes.

Montaigne n'a-t-il pas écrit : « La parole est moitié à celui qui parle, moitié à celui qui écoute ».

#### Résumé

*L'utérus est pour les femmes l'organe interne majeur, leur organe par excellence. C'est la cause et la conséquence de leur féminité, le lieu de son affirmation et l'espace de sa démonstration. Autrefois l'ablation de cette matrice se nommait bien évidemment la « totale », la catastrophe selon le vocabulaire actuel. Scientifiquement erronées, ces affirmations ? Certes, mais intuitivement ressenties par la plupart des propriétaires, quel que soit leur niveau intellectuel ou même leur âge. Si elles savent que cet utérus est (n'est que ?) l'habitable de leur enfant, s'en séparer les trouble, même en dehors de tout désir d'enfant.*

*Comment rester femme après cette perte ?*

*Il ne convient pas de croire redresser d'un schéma ces incompréhensions, il serait vain d'attendre les suites pour colmater la brèche. Le temps de l'avant est capital, et sans doute l'approche la plus fructueuse est-elle la prévention... Formuler les questions avant même qu'elles ne soient posées par la patiente, l'aider à y voir plus clair dans ses attentes, à préciser ce qu'elle redoute, à parler de sa sexualité actuelle, de la présence ou de l'absence d'un partenaire, mais aussi de sa vision personnelle de son corps, sa géographie imaginaire. Seule l'urgence extrême coupant alors la parole fait passer la survie avant la vie, mais un temps d'explication sera encore plus nécessaire pour cette femme ou ce couple choqués par l'atmosphère de ce « fait accompli ».*

*Quand l'hystérectomie est indispensable, geste jamais banal mais garant d'une santé et d'une qualité de vie qu'hémorragies incoercibles ou myomes douloureux détériorent, elle peut être acceptée, intégrée et bien vécue si elle a été réfléchie et préparée dans une relation de confiance où médecin et patiente sont à l'écoute l'un de l'autre.*

## LE VÉCU DE L'HYSTÉRECTOMIE

*Cette intervention ne devrait plus, sauf cas particuliers, être vécue par les patientes comme un drame souvent lié à une dévalorisation mais comme une nécessaire amélioration de leur vie quotidienne et sexuelle, une prise en compte de leur valeur de femme.*

### Bibliographie

1. Thurin JM. Définition et effets du stress: aigu, répété, chronique. Communication au Colloque INSERM interdisciplinaire "Stress et immunité: de la recherche à la clinique" Octobre 1999, Carré des Sciences, Paris.
2. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual Functioning. JAMA 1999; 282(20): 1934-1941.
3. Borten-Krivine I. Retentissement psychique de la chirurgie gynécologique. In Traité de Gynécologie Obstétrique Psychosomatique (éd. Mimoun S.) Paris Flammarion 1999: 303-306.
4. Lachowsky M. Gynécologie psychosomatique ou gynécologie et psychosomatique. Gynécologie Obstétrique Fertilité Déc. 2003; 31-N°12 : 1043-1046.

