

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2003

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Marie L'HÉNORET

Présentée et soutenue publiquement le

21 octobre 2003

**Contribution à l'étude des répercussions sexuelles et
psychologiques de l'hystérectomie. A propos de 80 cas.**

Président : Monsieur le Professeur M. BOURIN

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur M. BOURIN

BU Santé
Nantes

PLAN

INTRODUCTION

I – MATÉRIEL ET MÉTHODES

II – RÉSULTATS

II.1 La population

- 1) Âge de l'intervention
- 2) Délai entre l'intervention et l'entretien
- 3) Âge lors de l'entretien
- 4) Statut matrimonial
- 5) Nombre d'enfants
- 6) Profession de la femme
- 7) Profession du mari
- 8) Âge du mari
- 9) Nombre d'années de vie commune

II.2 Les antécédents

- 1) Antécédents familiaux
- 2) Antécédents personnels chirurgicaux
- 3) Nombre d'interventions
- 4) Mode de contraception
- 5) Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- 6) Troubles psychologiques avant
- 7) Rumeurs entendues sur l'intervention
- 8) Types de rumeurs entendues

II.3 Le vécu de l'intervention

- 1) Troubles motivant la consultation initiale
- 2) Motif de l'intervention
- 3) Type d'intervention
- 4) Informations avant

- 5) Questions sans réponses
- 6) Soulagement général
- 7) Traitement substitutif
- 8) Durée du traitement

II.4 Problèmes psychologiques et somatiques après éventuellement imputables à l'intervention

- 1) Dépression après
- 2) Troubles psychologiques après
- 3) Sentiment de perte après
- 4) Quels sentiments de perte
- 5) Troubles somatiques après

II.5 La sexualité

- 1) Fréquence des rapports avant
- 2) Fréquence du désir
- 3) Fréquence du plaisir
- 4) Dyspareunie avant
- 5) Modification de la sexualité après
- 6) Reprise des rapports après
- 7) Délai de reprise des rapports
- 8) Différence de qualité de la sexualité
- 9) Fréquence des rapports après
- 10) Modification de la fréquence après
- 11) Fréquence du désir après
- 12) Modification du désir après
- 13) Fréquence du plaisir après
- 14) Modification du plaisir après
- 15) Dyspareunie après
- 16) Type de dyspareunie
- 17) Modification de la sexualité du conjoint

III – CRITIQUE DE LA MÉTHODE

IV – ANALYSE DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

IV.1 La population

- 1) Âge lors de l'intervention
- 2) Délai entre l'intervention et l'entretien
- 3) Âge lors de l'entretien
- 4) Statut matrimonial
- 5) Âge du conjoint
- 6) Nombre d'années de vie commune

IV.2 Antécédents

- 1) Antécédents familiaux d'hystérectomie
- 2) Antécédents personnels chirurgicaux
- 3) Nombre d'intervention
- 4) Mode de contraception
- 5) Interruption volontaire de grossesse
- 6) Troubles psychologiques avant
- 7) Rumeurs entendues à propos de l'hystérectomie
- 8) Contenu de ces rumeurs

IV.3 Le vécu de l'intervention

- 1) Troubles motivant la consultation initiale
- 2) Motif de l'intervention
- 3) Type de l'intervention
- 4) Informations avant
- 5) Questions sans réponses
- 6) Soulagement général
- 7) Traitement substitutif
- 8) Durée du traitement

IV.4 Problèmes psychologiques et somatiques éventuellement imputable à l'hystérectomie

- 1) Dépression après
- 2) Troubles psychologiques après
- 3) Sentiment de perte après
- 4) Quels sentiments de perte
- 5) Troubles somatiques après

IV.5 La sexualité

- 1) Fréquence des rapports avant
- 2) Fréquence du désir
- 3) Fréquence du plaisir
- 4) Dyspareunie avant
- 5) Modification de la sexualité après
- 6) Reprise des rapports après
- 7) Délai de reprise des rapports
- 8) Différence de qualité de la sexualité
- 9) Fréquence des rapports après
- 10) Modification de la fréquence après
- 11) Fréquence du désir après
- 12) Modification du désir après
- 13) Fréquence du plaisir après
- 14) Modification du plaisir après
- 15) Dyspareunie après
- 16) Type de dyspareunie
- 17) Modification de la sexualité du conjoint

V – CONCLUSION

VI - BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Les aléas des études de médecine et de leurs réformes m'amènèrent dans un service de chirurgie générale d'un département plutôt rural et ancré dans ses traditions : la Vendée.

Dans ce service, les gynécologues adressaient de nombreuses femmes en vue d'hystérectomie, pour fibromes, synéchies utérines, métrorragies, douleurs pelviennes, etc... et si ces femmes avaient plus de 40 ans, l'ovariectomie était presque toujours proposée au chirurgien.

C'est donc au bloc opératoire, avec le chirurgien, que j'ai d'abord été sensibilisée au problème de l'hystérectomie et de l'ovariectomie.

Le chirurgien avec lequel je travaillais était un homme ouvert avec lequel le dialogue était possible. Il avait, avec ses patientes, un bon contact sécurisant. Mes réticences vis-à-vis de ces interventions l'étonnaient : simplement, en toute bonne foi, cet utérus ne lui paraissait pas si important, surtout à partir de quarante ans. En ce qui concerne les ovaires, il s'était un peu laissé convaincre, jusqu'à 50 ans il se posait la question de leur conservation. Mais l'utérus, il en était persuadé et l'expliquait d'ailleurs bien à ses patientes, n'était qu'un "sac à bébé" qui ne servait à rien lorsqu'elles ne désiraient plus d'enfant et le vagin restant permettait sans problème les relations sexuelles après un mois de convalescence.

Les femmes et les conjoints, s'ils étaient présents lors de la consultation, étaient invités à poser des questions auxquelles le chirurgien répondait en toute sincérité : *"Ce sera comme avant si vous en êtes persuadés, tout le reste est dans la tête..."*

Cette impression de perte de l'intégrité du corps qui est vraie pour l'ablation de n'importe quel organe me semblait encore plus importante pour ces symboles de la féminité que sont l'utérus et les ovaires.

Belaich (1986) est très proche du point de vue du chirurgien : "Elles (les femmes hystérectomisées) subissaient un traumatisme psychique dont l'intensité aurait pu être franchement réduite par une explication simple leur démontrant que l'utérus n'est d'aucune utilité pour la femme qui ne veut pas d'enfant". Persuadé de

cette réalité, l'utérus est, par ailleurs, une source de maladies bien désagréables sinon très dangereuses, etc., etc... Quant au plaisir sexuel, je n'ai encore aucune raison de croire que l'utérus "Per se" joue le moindre rôle.

Echanges d'articles, échanges d'arguments...

J'ai voulu rencontrer ces femmes qui avaient "subi" une hystérectomie avec ou sans conservation des ovaires, avant leur ménopause, dans ce service où je travaillais. Qu'en était-il des avantages retirés de l'intervention ? des inconvénients éventuels survenus par la suite ? qu'étaient devenues ces femmes qui s'en étaient remises aux mains d'un chirurgien pour l'ablation d'un organe aussi chargé symboliquement que l'utérus, par rapport à la féminité et donc à la sexualité ? se sentaient-elles mieux dans leurs vies après qu'auparavant ?

I - MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour cette étude, je suis d'abord partie des comptes rendus opératoires de ce service de chirurgie générale et traumatologie du centre hospitalier de la Roche sur Yon.

J'ai d'abord sélectionné les dossiers d'hystérectomies avec un recul d'au moins 3 ans, ce qui me semblait nécessaire pour que les suites opératoires immédiates soient oubliées.

Ensuite, furent éliminés les dossiers des femmes déjà ménopausées ou opérées pour des pathologies malignes.

Une lettre de convocation fut envoyée aux 160 autres personnes, ainsi rédigées :

Madame,

Il y a quelques années, vous avez subi dans le service une intervention chirurgicale.

Dans le cadre d'une recherche, effectuée par Madame le Docteur L'HÉNORET, sur des problèmes physiques et psychologiques posés par l'hystérectomie, nous aimerions vous revoir pour une visite de contrôle gratuite et avoir avec vous un entretien.

Pourriez-vous vous présenter au secrétariat de Chirurgie B pour cette visite le :

..... ? Les visites sont échelonnées dans le temps, de façon que vous attendiez le moins possible.

Si le jour ou l'heure ne vous convenait pas, pourriez-vous téléphoner au secrétariat afin de refixer une date qui vous convienne ?

Recevez, Madame, mes sincères salutations.

- 32 lettres sont revenues "inconnue à l'adresse indiquée ou décédée"
- 34 n'ont pas répondu
- 9 ne pouvaient pas se déplacer mais ont téléphoné
- 85 personnes sont venues.

Les personnes qui se présentaient étaient reçues pour un entretien semi directif de 45 min à une heure, où elles pouvaient s'exprimer librement, mais j'avais établi un questionnaire de 54 items qui servait de support à l'entretien et précisait :

- l'état civil, familial et professionnel

- les antécédents médicaux et psychologiques
- le vécu de l'intervention
- la vie sexuelle avant et après
- les problèmes psychologiques et somatiques secondaires.

Cette grille était une base à l'entretien, et les questions éventuellement posées pouvaient être modifiées selon la personne de façon à ne pas la heurter. Il m'apparaissait indispensable qu'un certain climat de confiance s'établisse avant d'aborder le domaine intime de la sexualité et des relations du couple.

Pour les mêmes raisons, les entretiens ne furent pas enregistrés mais les réponses notées par mes soins.

Il va de soi que les femmes étaient reçues seules, les conjoints qui les accompagnaient ont tous bien accepté cela, sauf un qui s'est formellement opposé à ce que sa femme soit vue seule et a constamment perturbé l'entretien, dont je n'ai d'ailleurs pas tenu compte.

Une fois les entretiens collectés avec les mots des patientes, il a fallu les dépouiller en codifiant toutes les réponses afin de pouvoir par ordinateur mettre en corrélation les différents facteurs en fonction des hypothèses.

II - RÉSULTATS

II.1 - LA POPULATION

1) Age lors de l'intervention

Âge	Nbre de femmes hystérectomisées	
- de 30	0	
30 à 34	10	12,5 %
35 à 39	9	11,25 %
40 à 44	18	22,50 %
45 à 49	29	36,25 %
50 à 54	13	16,25 %
55 à 59	1	1,25 %
+ 60	0	
total	80	

L'âge de l'intervention va de 31 à 59 ans avec une moyenne de 44 ans.
59 % ont entre 40 et 50 ans.

2) Délai entre l'intervention et l'entretien

Délai	Nbre de femmes hystérectomisées	
3 ans	5	6,25 %
4 ans	10	12,50 %
5 ans	10	12,50 %
6 ans	23	28,75 %
7 ans	20	25,00 %
8 ans	20	25,00 %
9 ans	2	
10 ans	0	
	moyenne 7 ans	

3) Age lors de l'entretien

Âge	Nbre de femmes Hystérectomisées	
30 à 34	0	-
35 à 39	8	10 %
40 à 44	7	8,75 %
45 à 49	15	18,75 %
50 à 54	30	24 %
55 à 59	17	21,25 %
60 à 64	3	3,75 %
+ 64	0	
total	80	

Les âges s'étalent de 37 à 63 ans, âge moyen : 50 ans

4) Statut matrimonial lors de l'intervention

	Nbre de femmes Hystérectomisées	
Célibataires	2	2,5 %
Divorcées	3	3,75 %
Veuves	2	2,50 %
Mariées	73	91,25 %
Pas de concubinage		

5 n'ont pas de conjoint

5) Nombre d'enfants

Nbre d'enfants	Nbre de femmes	
0	3	3,75 %
1	5	6,25 %
2	28	35 %

3	21	26,25 %
4	7	8,75 %
5	7	8,75 %
6	5	6,25 %
7	1	1,25 %
8	1	1,25 %
9	1	1,25 %
10	1	1,25 %

Moyenne : 3,14, soit 3 enfants

6) Profession de la femme

Profession libérale	0	
Cadre	1	1,25 %
Enseignante	4	5 %
Artisan,-commerçante	4	5 %
Ouvrière	9	11,25 %
Agricultrice	19	23,75 %
Employée	31	38,75 %
Sans profession	12	13 %

7) Profession du mari

Sans profession	-	
Profession libérale	-	
Enseignant	4	5 %
Cadre	4	5 %
Artisan ou commerçant	8	10 %
Ouvrier	17	21,25 %
Employé	19	23,75 %
Agriculteur	23	28,75 %
Pas de mari	7	8,75 %

8) Age du conjoint lors de l'entretien

Âge	Nbre de maris	
- de 35	0	
35 à 39	2	3,03 %
40 à 44	7	10,60 %
45 à 49	6	9,09 %
50 à 54	20	30,30 %
55 à 59	23	34,84 %
60 à 64	6	9,09 %
65 à 69	2	3,03 %
70 à 74	0	0 %
+ 74	1	1,51 %
total	66	

Les âges des maris vont de 38 à 76 ans, moyenne 53 ans.

9) Nombre d'années de vie commune

Années	Nbre de couples	
0 à 5	2	
6 à 10	0	
11 à 15	2	
16 à 20	7	
21 à 25	12	
31 à 35	19	53
36 à 40	6	
41 à 45	2	
+ 45	0	
total	72	

A part 2 couples qui ont 2 et 3 ans de vie commune, les autres ont plus de 15 ans de vie commune avec un maximum de 42 ans.

II.2 - ANTÉCÉDENTS

1) Antécédents familiaux d'hystérectomies

OUI : 27 33,75 % NON : 53 62,25 %

Nbre d'hystérectomies dans la famille	Nbre de femmes	
1	17	21,25 %
2	6	7,50 %
3	3	3,75 %
4	1	1,25 %
total	27	33,75 %

2) Antécédents personnels chirurgicaux

OUI : 57 71,25 % NON : 23 28,75 %

3) Nombre d'interventions

Interventions	Patientes	
0	23	28,75 %
1	24	30 %
2	16	20 %
3	13	16,25 %
4	1	1,25 %
5	0	
6	0	
7	3	4 %
total	80	

4) Mode de contraception

Vasectomie	1	1,25 %
Préservatif	2	2,50 %
Ligature	4	5 %
Stérilet	5	6,25 %
Température	7	8,75 %
Retrait	12	15 %
Pilule	13	16,25 %
Rien	36	45 %

5) Interruption Volontaire de Grossesse

OUI : 6	7,5 %	NON : 74	92,5 %
---------	-------	----------	--------

6) Troubles psychologiques avant

Aucun	49
Hospitalisation en psychiatrie	3
Dépression	12
Insomnie	7
Irritabilité	5
Manifestations d'allure hystérique	3
Autres (T.S.)	1

Cette rubrique donne le terrain psychologique. On retrouve à peu près à égalité la dépression et les troubles anxieux.

7) Rumeurs entendues à propos de l'hystérectomie

OUI : 38	47,5 %	NON : 42	52,5 %
Rumeurs positives : 4	5 %	Rumeurs négatives : 34	42,5 %

8) Ce qui a été entendu avant l'intervention

Tout va bien	1
Fatigue	1
Douleurs	1
Plus tranquille (fécondité)	2
Perte de vitalité	2
Dépression	3
Prise de poids	3
Bouffées de chaleur	4
Perte de féminité	4
Vieillesse	4
Asthénie	6
Convalescence longue	6
Sentiment de mutilation	10
Problèmes sexuels	13

II.3 - LE VÉCU DE L'INTERVENTION

1) Troubles motivant la consultation initiale (plusieurs possibles)

	Nbre de femmes		
aucun	2		2,50 %
douleurs	37	douleurs 44	46,25 %
dyspareunies	7		8,75 %
masse abdominale	7		8,75 %
ménorragies	30	saignements 63	37,50 %
métrorragies	33		41,25 %
pesanteur	6		7,50 %
problèmes urologiques	6		7,50 %
infections	5		6,25 %
ne sait pas	1		1,25 %
en simplifiant :			
aucun	2		2,50 %
douleurs en général	44		55 %
saignements	63		78,75 %

autre	23	
ne sait plus	1	1,25 %

douleurs : douleurs + dyspareunies

saignements : ménorragies + métrorragies

plusieurs réponses étant possibles.

2) Motifs de l'intervention

	Nbre de femmes	
Douleurs	3	3,75 %
Fibromes	58	72,50 %
Endométrioses	2	2,50 %
Kyste de l'ovaire	6	7,50 %
Polype	4	5 %
Synechies	1	1,25 %
Compression	1	1,25 %
Ne sait pas	10	12,50 %

3) Type d'intervention

Hystérectomie totale avec conservation des ovaires	6	7,50 %
Hystérectomie subtotale avec ovariectomie	7	8,75 %
Hystérectomie subtotale avec conservation des ovaires	9	11,25 %
Hystérectomie totale avec ovariectomie	58	72,50 %

Soit :

Hystérectomie + ovariectomie	65	81,25 %
Hystérectomie sans ovariectomie	15	18,75 %
Hystérectomie avec conservation du col	16	20 %

4) Informations avant l'intervention

NON : 18 22,50 % OUI : 62 77,50 %

5) Questions restées sans réponses

NON : 65 81,25 % OUI : 15 18,75 %

6) Soulagement apporté par l'intervention

NON : 18 22,50 % OUI : 62 77,50 %

7) Prise de traitement hormonal substitutif

OUI : 40 50 % NON : 40 50 %

Le traitement ne se justifiait que pour 65 femmes ovariectomisées.
Donc, avec traitement : 40/65 sans traitement : 25/65

8) Durée du traitement substitutif

	Nbre de femmes	
- 3 mois	1	2,50 %
3 à 6 mois	6	15 %
7 mois à 1 an	3	7,50 %
2 ans	3	7,50 %
3 ans	5	12,50 %
4 à 6 ans	3	7,50 %
en cours	19	47,50 %
total	40	

II.4 - PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES ÉVENTUELLEMENT IMPUTABLES À L'INTERVENTION

1) « Dépressions » après

OUI : 55

NON : 25

2) Manifestations révélatrices de problèmes psychologiques (4 possibles)

	Nbre de femmes	
Tentative de suicide	1	1,25 %
Hospitalisation psychiatrique	5	6,25 %
Psychothérapie	3	3,75 %
Dépressions vraies	19	23,75 %
Tristesse	14	17,50 %
Irritabilité	26	32,50 %
Insomnie	25	31,25 %
Fatigue	40	50 %
Pas	25	31,25 %

En simplifiant :

Troubles majeurs	25
Troubles mineurs	105 dans le registre du syndrome dépressif
Pas de troubles	25

3) Sentiment de perte après

OUI : 36

NON : 44

4) Quels sentiments de perte (3 possibles)

Féminité	12
Intégrité	10

Sexualité	9
Fécondité	9
Vitalité	7
Règles	7
Jeunesse	5
Estime de soi	4
Rien	44

5) Troubles somatiques éventuellement imputables à l'intervention

	Nbre de femmes	
Bouffées de chaleur	44	55 %
Troubles urinaires	36	45 %
Augmentation du poids	33	41,25 %
Sécheresse vaginale	33	41,25 %
Dorsalgies	10	12,50 %
Troubles cutanées	13	16,25 %
Céphalées	8	10 %
Douleurs abdominales	7	8,75 %
Troubles de mémoires	2	2,50 %
Rien	7	8,75 %

Il faut rappeler qu'il y a eu 65 ovariectomies et que 40 personnes ont pris un traitement hormonal substitutif qui a pu être arrêté avant l'entretien.

II.5 - VIE SEXUELLE

1) Fréquence des rapports sexuels avant l'intervention

	Nbre de femmes
Pas de rapports	6
> 1 par jour ou 30 par mois	1
30/mois ou > 8/mois	29
8/mois à > 2/mois	30

2/mois à > 1/mois	7
1/mois à > 1/2 mois	5
< 1 par 2 mois	0
ne sait plus	1
total	74 qui ont une vie sexuelle active

2) Fréquence du désir sexuel

	Nbre de femmes	
Jamais	5	
Rarement	32	37
Souvent	33	
Toujours (?)	4	37
Pas de rapport	6	
Ou ne sait pas		

3) Fréquence du plaisir

	Nbre de femmes	
Jamais	7	
Rarement	19	26
Souvent	38	
Toujours	10	48
Pas de rapport	6	

4) Dyspareunie avant

NON : 54

OUI : 20

5) Modification de la sexualité après l'intervention

NON : 21	26,25 %	OUI : 59	73,75 %
----------	---------	----------	---------

6) Reprise des rapports sexuels

NON : 10	12,50 %	OUI : 70	87,50 %
----------	---------	----------	---------

7) Temps entre l'intervention et la reprise des rapports

	Nbre de femmes
Pas de reprise	10
1 mois	17
1 mois 1/2	14
2 mois	22
3 mois	8
4 mois	5
5 mois	-
6 mois	1
1 an	1
2 ans	1
ne sait pas	1

8) Différence de qualité de la sexualité

	Nbre de femmes
Amélioration	9
Pas de différence	21
Détérioration	50

9) Fréquence des rapports sexuels après

	Nbre de femmes
Pas de R.S.	10
> 30 par mois (1/jour)	0
30/mois à > 8 mois (2/semaine)	8
8/mois à > 2/mois	33
2/mois à > 1/mois	10
1/mois à > 1/2 mois	14
< 1/2 mois	4
ne sait plus	1
Total	70

10) Modification de fréquence des rapports sexuels

	Nbre de femmes
Rapports plus fréquents	7
Pas de différence	23
Rapports moins fréquents	40
Total	70

11) Fréquence du désir sexuel après

	Nbre de femmes
Répulsion	6
Jamais de désir	19
Rarement	30
Souvent	18
Toujours	1
Ne sait pas	6

12) Modification de fréquence du désir sexuel

	Nbre de femmes
Moins fréquent	41
Pareil	25
Plus fréquent	8
Ne sait pas	6

13) Fréquence du plaisir dans les relations sexuelles

	Nbre de femmes
Jamais	20
Rarement	27
Souvent	21
Toujours	6

14) Modification de fréquence du plaisir

	Nbre de femmes
Moins souvent	39
Pareil	28
Plus souvent	7

15) Dyspareunie après

NON : 54	67,50 %	OUI : 26	32,50 %
----------	---------	----------	---------

16) Type de dyspareunie

	Nbre de femmes
A la pénétration	21
En cours de rapport	4
Les deux	1

17) Modification du conjoint dans la sexualité (ou du partenaire)

	Nbre de femmes
Pas de rapport	0
Augmentation du désir	1
Augmentation du plaisir	1
Pareil	47
Diminution du désir	7
Diminution de l'érection	1
Frustration	1
Impuissance	1
Sensation modifiée	1

11

IV - ANALYSE DES RÉSULTATS

IV.1 - LA POPULATION

1) Age lors de l'intervention

12 % ont moins de 35 ans

59 % ont entre 40 et 50 ans.

Les âges s'étalent de 31 à 59 ans, moyenne 44 ans. Le choix des femmes non ménopausées limite de fait l'âge maximum à 59 ans.

Dix femmes ont moins de 35 ans. Sur ces 10 femmes, on constate que 50 % ont conservées leurs ovaires contre 18,75 % dans la population totale de l'étude et que 70 % ont conservé leur col contre 20 % dans la population totale, alors que les pathologies étaient sensiblement les mêmes que la population totale :

- 70 % de fibromes
- 20 % de douleurs
- 10 % d'endométriose

On peut en déduire que le chirurgien se souciait de conserver au maximum l'intégrité corporelle de ces patientes jeunes. Est-ce à juste titre ?

Nous envisagerons ce problème à propos du type d'intervention.

Parmi les 15 femmes qui ont conservé au moins un ovaire :

Âge	Nbre de femmes
30 – 34	5
35 – 39	7
40 – 44	2
45 – 49	0
50 – 54	1 (n° 47)
55 – 59	0

Donc après 45 ans, une seule femme a conservé ses ovaires. A titre d'anecdote, c'est la dernière opérée de cette étude. Le chirurgien s'était-il laissé

convaincre, lui qui habituellement les retirait systématiquement après 45 ans pour éviter une cancérisation éventuelle.

2) Délai entre l'intervention et l'entretien

Il y a de 3 à 9 ans entre l'intervention et l'entretien.

63 personnes ont un recul de 6 à 8 ans : moyenne 7 ans, ce qui permet d'être plus objective mais aussi d'oublier.

Il faut aussi soulever le problème de la ménopause physiologique, souvent difficile à détecter chez une patiente qui n'a plus d'utérus, donc plus de règles, et les troubles éventuellement imputables à la ménopause physiologique pourront en toute bonne foi être attribués à l'hystérectomie.

3) Age lors de l'entretien

Les femmes choisies étaient non ménopausées lors de l'intervention et un délai de 3 ans minimum était requis entre l'intervention et l'entretien.

Les âges s'étalent de 37 à 63 ans dont 50 ont plus de 50 ans.

On peut donc penser que la moitié de la population, ovariectomisée ou non, est ménopausée lors de l'entretien.

Cette rubrique permet également de relativiser les réponses des patientes par rapport à leur âge : il ne paraît pas invraisemblable que des patientes âgées de plus de 60 ans voient la fréquence de leurs relations sexuelles baisser, indépendamment de tout problème relevant de leur hystérectomie.

4) Statut matrimonial

Les 2 célibataires n'avaient pas de relations sexuelles

Les 4 divorcées : 3 l'étaient avant l'intervention ; 2 d'entre elles divorcées plusieurs années avant l'intervention n'ont pas eu de relations sexuelles après l'opération ; la 3^{ème} ayant divorcé 2 ans avant son hystérectomie avait un partenaire

sexuel régulier un an avant son intervention, elle a repris avec lui les relations sexuelles après. Une seule a divorcé après.

Les 8 veuves : 1 l'était avant l'intervention et avait cessé les relations sexuelles lors de son veuvage. L'autre avait un partenaire sexuel dont elle s'est séparé après l'opération. 5 ont été veuves après avoir repris les relations sexuelles avec leur mari ; 1 a été veuve 17 jours après son hystérectomie et n'avait pas repris les relations sexuelles.

Les femmes mariées : 1 avait un partenaire sexuel régulier en plus du mari ; 1 mariée avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle (13 ans) n'avait plus de relation sexuelle depuis plus de 10 ans.

Donc sans relation sexuelle avant l'intervention :

- 6 femmes : . 2 célibataires
- . 2 divorcées
- . 1 veuve
- . 1 mariée

74 femmes avaient, avant l'intervention, des relations sexuelles avec un partenaire régulier :

- 1 avec mari + amant régulier
 - 2 avec un ami régulier mais pas concubin
 - 70 avec leur mari.
- A noter qu'il n'y a aucun concubinage.

5) Age du conjoint

Sur 66 conjoints, la moitié ont entre 50 et 59 ans, et 9, soit près de 14 %, ont plus de 60 ans donc pourraient déjà avoir quelques altérations de leur sexualité liées à l'âge.

6) Nombre d'années de vie commune

A part 2 couples qui ont 2 et 3 ans de vie commune, les autres vivent ensemble depuis plus de 15 ans avec un maximum de 42 ans. On peut imaginer qu'une certaine habitude facilite leur vie sexuelle ou que la routine ait diminué leur attrait réciproque.

IV.2 - ANTÉCÉDENTS

1) Antécédents familiaux d'hystérectomie

Près de 40 % ont des antécédents familiaux d'hystérectomie, le plus souvent sœur ou mère. 10, soit 12,5 %, ont de 2 à 4 personnes de leur famille qui ont eu cette intervention.

Outre la constatation de pathologie familiale (en général il s'agit de fibrome) on peut imaginer qu'il peut y avoir une « mythologie » familiale à propos de cette intervention qui peut majorer ou minimiser (BOUACHER-MAGUER, 1985), selon le cas, les troubles dus à l'hystérectomie « Dans certains cas, on sent que la femme peut s'alimenter, avec sa bonne relation à sa mère et dans le vécu gynécologique de celle-ci. Dans d'autres, on perçoit l'angoisse venant de l'héritage de ce mauvais utérus, vécue parfois comme la loi du Talion » (BORTEN-KRIVINE, 1993)

2) Antécédents personnels chirurgicaux

57 femmes, soit 71,25 % ont eu d'autres interventions.

3) Nombres d'intervention

Vingt patientes ont été opérées au moins 3 fois et ces interventions sont le plus souvent une appendicectomie, un stripping ou une cure d'hémorroïdes.

Mais cette rubrique avait pour but de détecter les femmes polyopérées qui présentent le plus souvent un profil nettement hystérique : 3 personnes, soit 4 % ont

eu au moins 7 interventions chirurgicales. La patiente n° 29 est tout à fait caractéristique de ce type de patiente :

Née en 1931 :

- en 1947, donc à 16 ans, dysenterie amibienne avec diverticulose résiduelle
- 1954 : abcès du sein droit
- 1956 : appendicectomie suivie d'abcès de paroi et de paraphlébite
- 1967 : hystéropexie pour syndrome de Masters Allens suivie d'un abcès
- 1969 : "fausse" occlusion intestinale sur bride suivie d'une réanimation importante
- 1973 : hémiplégie transitoire, chute et perte de connaissance, douleurs vertébrales
- 1974 : ulcère variqueux
- 1975 : stripping bilatéral
- 1977 : hospitalisation en cardiologie (RAS), colique néphrétique, cholestase à régression spontanée
- 1978 : suspicion de tumeur carcinoïde
- 1979 : curetage biopsique pour douleur pelvienne puis hystérectomie totale avec annexectomie pour douleurs sur utérus fibromateux et suspicion d'endométriose (à l'anapath : pas d'endométriose, myôme de 1 cm !!!)
- 1985 : nouvelle hospitalisation en cardiologie, suspicion de péricardite (tous les examens seront normaux)

On note encore dans le dossier : acrocyanose des doigts (doppler négatif), cystalgie etc... etc...

Je reviendrais plus loin sur le vocabulaire tragique et imagé de cette patiente racontant ses troubles avec un luxe de détails dramatiques semblant lui procurer le plus grand plaisir, comme si son corps était un théâtre où se jouaient des drames successifs.

Le motif de la consultation était des douleurs, soit abdominales ou pelviennes, soit des dyspareunies. BORTEN-KRIVINE (1993) met en évidence la fréquence de l'hystérectomie chez l'hystérique : "le plus souvent le dernier chapitre de leur roman noir chirurgical. Il y a eu avant hystérectomie, des kystectomies, des ovariectomies, des cures de rétroversion, etc... La mauvaise relation qu'elles ont avec leurs organes génitaux leur a fait établir dans leur imaginaire un rapport de causalité entre leur douleur et un organe, ici l'utérus ... Entre une femme, prête à faire le sacrifice de ses organes génitaux et un chirurgien assiégé par des plaintes répétées, la rencontre est fatale. Le désir de passage à l'acte chirurgical résiste plus ou moins longtemps à

l'intense sollicitation... Après l'intervention, certaines femmes ressentent leur douleur toujours là !!!..." Déjà BORL (1982) soulignait l'excès d'hystérectomie chez les hystériques qui « réalisent le désir inconscient de mettre un terme à leur sexualité génitale ». CHAPOULART et CHARRIET (1980) ont très bien analysé ce lien entre la personnalité hystérique et l'hystérectomie. LEMPERIERE (1968), ANANTH (1978), MARTIN et ROBERT (1977) et SICHEL et BENTATA (1980) ont déjà envisagés les rapports entre la structure de la personnalité et l'hystérique.

LEMPERIERE (1968) pose le problème de la quête chirurgicale dans l'hystérie chez ses personnalités pathologiques. "Dans le nombre des interventions chirurgicales demandées et obtenues, l'hystérectomie occupe une place de choix". L'excédant d'hystérectomies retrouvé en milieu psychiatrique par tous les auteurs s'explique en partie par des interventions abusives pratiquées chez l'hystérique. COHEN (1975) retrouve 24 % d'hystérique parmi les femmes opérées contre 6 à 7 % dans la population témoin et MARTIN et ROBERTS (1977) 27 %.

4) Mode de contraception

Le retrait et la pilule sont à égalité : 12 et 13 personnes. 36 personnes n'ont pas de contraception comme dans l'étude de MAILLET-KOEGLER (1983) les méthodes « naturelles », celles où le facteur de « risque » existe, étaient les plus nombreuses. 55 personnes avaient donc soit une contraception « aléatoire », soit pas de contraception. Quelle est dans la vie sexuelle et affective d'une femme l'importance de cette procréation possible ?

5) Interruption volontaire de grossesse

Dans ce département très rural et de culture très catholique, il n'est pas surprenant que, malgré les modes de contraception peu sûr, il n'y ait pas plus d'I.V.G.

6) Troubles psychologiques avant

Cette rubrique donne une approche du terrain psychologique. On retrouve 12 dépressions et trois hospitalisations en psychiatrie pour la même raison et 12 troubles mineurs : insomnie, irritabilité. Que dire des manifestations d'allure hystérique : à propos du nombre d'interventions, nous avons vu que 3 patientes avaient été opérées au moins 7 fois (n° 29, 17,56) et on reste perplexe en lisant leurs pathologies décrites par elles-mêmes :

(n° 17) :

- je ne peux plus érire
- j'ai perdu la mémoire à la suite de l'ablation des dents pour céphalées
- déjà ma mère a failli perdre la vie lors de son hystérectomie : le médecin lui avait écrasé l'utérus avec une pince, elle est restée estropiée et en est morte !...

Ou une autre (n° 56) qui avait des synéchies depuis l'âge de 24 ans provoquant douleurs intenses et migraines, plus de règles « sauf une goutte » avec des douleurs terribles au moment de l'ovulation et d'énormes problèmes sexuels. Elle a eu une septicémie à colibacille suivie d'une pyélonéphrite lors de sa première grossesse à 5 mois et demi et a dû être sous traitement jusqu'à l'accouchement qui a été suivi d'une hémorragie et d'une métrite (sourire). Le deuxième accouchement a été suivi d'une hémorragie 4 ou 5 jours après ou « elle a failli y rester » (sourire). Il y avait des microbes et des morceaux de délivrance qui la faisait saigner ». On lui a interdit d'avoir d'autres accouchements. Elle a fait la méthode des températures et lors du troisième accouchement hémorragique, elle a dit « c'est fini » (sourire⁺⁺⁺) pas de température, mais 15 jours après c'était empoisonné au dernier degré. Après curetage, elle avait la tension à zéro, a fait un collapsus et deux jours après température à 41° 2... pas de retour de couche même avec des médicaments. A la consultation, le chirurgien lui a dit qu'elle risquait une péritonite, qu'il y avait plein de kystes prêts à éclater et que tout était perdu !...Un docteur lui avait dit que, après l'intervention, c'était quasiment terminé au point de vue sexuel, etc..., etc...

Il serait trop facile de relier ceci à une vie sexuelle pauvre et sans plaisir, mais il faut cependant noter que sur les 3 femmes ayant eu 7 interventions, 2 ont depuis leur hystérectomie une répulsion pour les rapports sexuels et la troisième un manque total de désir.

BORG (1982) s'est intéressé à la fréquence des hystérectomies chez les hystériques de même que COHEN (1976) qui note une consommation chirurgicale de 3,8 % chez les hystériques contre 1,2 % chez les femmes normales et MARTIN et coll. (1980), BIBB et GUZE (1972) trouvent eux, 28 % d'hystérectomies chez les hystériques contre 10 % chez les déprimées. LEMPERIERE (1973) confirme la relative fréquence, non seulement de l'hystérectomie mais de toutes les interventions gynécologiques chez les hystériques, elle a retrouvé 9 hystérectomisées dans un groupe de 106 hystériques de tous âges. CHAPOULART et DARRIET (1980) soulignent l'intérêt dans un but préventif de mettre en évidence les facteurs de risque de décompensation. Pour DENNERSTEIN (1977) l'anxiété pré-opératoire jouerait un rôle primordial. RICHARDS (1978), MOORE et TOLLEY (1976) retiennent également comme facteur de risque la dépression, de même que ROESKE (1980). DULUCQ (1978) écrit « les patientes qui présentent des antécédents de dépression (c'est-à-dire qui ont tendance à répondre par un syndrome dépressif lors de menaces de leur équilibre intérieur) seront à même de répondre de cette manière à l'hystérectomie ». Une beaucoup plus récente étude de RHODES, KJERULFF, LANGENBERG et GUZINSKI (2000) montre que la dépression avant hystérectomie est associée à des ressentis tel que dyspareunie, sécheresse vaginale, baisse de libido et anorgasmie après hystérectomie.

Tandis que ANANTH (1978) et MARTIN (1980) soutiennent que les personnalités hystériques se plaindraient fréquemment de troubles fonctionnels gynécologiques (métrorragies, leucorrhées, algies pelviennes, vaginismes...) amenant à de multiples consultations et poussent en définitive à l'intervention.

7) Rumeurs entendues à propos de l'hystérectomie

8) Types de rumeurs

Quatre rumeurs positives contre 34 négatives. Il y a des histoires de l'hystérectomie et encore plus de « la totale » ou « la grande opération » ; elles vont des problèmes somatiques, de bouffées de chaleur et de prise de poids aux notions plus symboliques de perte de vitalité, de féminité ou sentiment de mutilation, depuis le « c'est plus comme avant » lourd de sous-entendu, ou « on se sent le ventre vide », « on se sent mutilée », « on met des années à s'en remettre », « on a un trou énorme et

on est complètement diminuée, la vie s'arrête là » et sur le plan sexuel : « on est cousue » « les rapports : on ne sent plus rien »...

Il est certain que les légendes véhiculées sur l'hystérectomie peuvent modifier le vécu des patientes et on imagine l'impact sur une personne un peu crédule ou influençable, du récit d'une des « hystériques » citées plus haut.

IV.3 - LE VÉCU DE L'INTERVENTION

1) Troubles motivant la consultation initiale (plusieurs possibles)

Aucun trouble	2	soit 2,50 %
Douleurs (abdominales + dyspareunies)	44	soit 55 %
Saignements (ménorragies et métrorragies)	63	soit 78,75 %
Autres	23	soit 28,8 %

vont de la sensation de pesanteur aux troubles urologiques.

Les personnes qui n'avaient aucun trouble ont soit été dépistées par un examen systématique, soit découvert elle-même une masse abdominale.

Il faut noter que certaines femmes saignaient 15 jours par mois voire plus.

Deux causes de consultations dominant :

- les saignements 78,75 %
- les douleurs 55 %

les deux pouvant aller de paire.

BORTEN et KRIVINE (1986), dans son remarquable travail sur l'hystérectomie oppose ces deux types de plaintes en soulignant que si les saignements, parfois très gênants sont longtemps bien supportés, les douleurs, au contraire, font l'objet de plaintes fréquentes et répétées auprès des nombreux praticiens que consultent ces patientes. Nous avons soulevé en partie le problème des douleurs de la sphère génitale et des dyspareunies à propos des « polyopérées » à profil hystérique. DELLEUBOCK et HAERINGER (1997) plus récemment après PRATT (1980), REAMY (1984), DON SLOAN (1978) le reprennent : « Bien souvent la douleur pelvienne chronique n'a aucun support organique aisément identifiable et/ou accessible à un traitement médical ou chirurgical. Dès lors, cette symptomatologie rebelle assortie de nombreux échecs thérapeutiques, amène les

patientes à reproposez sans arrêt leurs plaintes au médecin qu'elles consultent. Trop souvent cette plainte sert de support à « une escalade thérapeutique... » et BORTEN-KRIVINE (1986) "à partir d'une pratique gynécologique, nous soulignons que le progrès des techniques d'investigation n'a pas réduit de façon importante les interventions pour algies pelviennes. Une des explications pourrait être une tendance chronique de l'esprit médical à un excès du raisonnement de causalité : lier de façon obligatoire douleurs et substrat anatomique (...) favorise une méconnaissance de la dimension psychique de la souffrance". EXPERT (83) trouve dans son étude 35 % de douleurs pelviennes et COLSON (1994) incite à la prudence : « les hystérectomies à visée purement antalgiques sont rarement couronnées de succès et le chirurgien sera bien avisé de passer très au large de ce type d'indications. Les patientes qui en sont demandeuses arborent bien souvent un ventre déjà ponctué de cicatrices antérieures marquant l'incapacité d'autres chirurgiens à venir à bout de douleurs dont l'origine est probablement autre ». RICHARDS (1974) avait lui aussi souligné que sur 200 hystérectomies pratiquées pour indications diverses, 110 avaient des utérus normaux .

Quant à la tolérance aux règles abondantes ou hémorragiques, on peut les rapporter à la symbolique des règles, bain de féminité et fonction de purification (BORTEN-KRIVINE, 1991).

2) Motifs de l'intervention

Ici la pathologie principale est le fibrome : 58 soit 72,5 %

Il s'agit du motif donné à la patiente avant l'intervention, soit par le médecin traitant, soit par le gynécologue ou le chirurgien.

Il faut noter que 10 patientes, soit 12,5 % ne savaient pas pourquoi elles avaient été opérées.

Il se pose ici le problème de l'indication opératoire. AUBARD et coll. (1986), après PRATT (1980) abordent ce problème « le drame de cette intervention étant qu'elle résout la plupart des problèmes gynécologiques et un certain nombre des problèmes obstétricaux avec une remarquable efficacité. Ces deux arguments, associés à l'idée bien ancrée dans certains esprits, que l'utérus est un organe qui encombre inutilement le petit bassin dès que les femmes ne veulent plus d'enfants font que le nombre d'utérus injustement séparés de leur propriétaire atteint chiffres

inquiétants » et ils poursuivent en envisageant les différentes indications justifiées à leur avis : « le fibrome utérin est extrêmement fréquent et ne justifie en aucun cas une hystérectomie systématique (...). L'hystérectomie n'est licite que :

- sur les gros utérus fibromateux responsables de troubles de compression et menaçant l'uretère,
- sur les ménométrorragies non contrôlées par les traitements médicaux et le curetage biopsique ; il s'agit alors souvent de myomes sous-muqueux
- les modifications rapides du volume d'un fibrome pouvant faire craindre la rarissime transformation sarcomateuse ».

Nous avons envisagé plus haut les problèmes posés par les hystérectomies pour « douleurs pelviennes ». Il faut cependant noter que l'adénomyose peut bénéficier d'une hystérectomie conservatrice chez une femme proche de 50 ans ne désirant plus d'enfant.

Il faut aussi souligner que les résultats de l'anatomo-pathologie ne confirment pas toujours le diagnostic initial bien que les nombreuses échographies permettent de préciser ce diagnostic.

3) Type d'intervention

L'ovariectomie est pratiquement systématique : 81,3 %, 15 personnes seulement ont conservé au moins un ovaire. 16 personnes, soit 20 % ont gardé le col utérin. Donc, il y a plus de conservation du col que des ovaires. Il faut rappeler que aucune de ces femmes n'était ménopausée.

Nous avons vu plus haut que, après 45 ans, une seule femme avait conservé ses ovaires. Le chirurgien mettait en avant le risque de cancérisation ultérieure des ovaires et prévenait les patientes « s'ils ne sont pas beaux, je les enlève ».

Cela pose le problème de l'adéquation entre l'examen ou plutôt l'inspection macroscopique des ovaires et l'examen anatomo-pathologique : beaucoup de modifications de l'aspect des ovaires sont absolument physiologiques :

- cicatrices de corps jaunes anciennes
- microkystes folliculaires
- corps jaunes à centre hémorragique
- corps blancs cicatriciels
- kystes hémorragiques

et ne justifient absolument pas une ovariectomie . SERAPIAO a étudié les ovaires enlevés sur leur apparence macroscopique entre 1994 et 1998 dans trois laboratoires de Rio de Janeiro. L'analyse montre que 63,5 % des ovaires enlevés à l'hôpital public et 74,4 % de ceux enlevés dans une clinique privée étaient absolument normaux (Congrès mondial de sexologie, Paris 2002).

ROBERT (1974) soulève le problème de la castration ovarienne lors de l'hystérectomie qui soulève de graves complications psychoémotives. « Il est odieux d'avoir des bouffées de chaleur, il est odieux d'avoir une atrophie des muqueuses génitales, une vulve et un vagin secs et de subir douloureusement la pénétration du mâle, il est désastreux de voir se détendre la peau, apparaître des taches cutanées sur les mains et courir les risques de l'atrophie ovario-prive... » C'est vrai qu'il existe des médecins et des chirurgiens qui refusent de traiter les troubles de la castration, des femmes qui ne veulent pas de traitement hormonal ou qui ne peuvent en bénéficier pour des raisons médicales et cette ménopause brutale est effectivement extrêmement pénible.

Seize personnes, soit 20 % ont conservé le col utérin.

Mais ce col, presque toutes les études et les publications lui dénie tout intérêt. Robert (1974) soulève le problème : " le gros argument que m'ont proposé de nombreux collègues a été celui que l'hystérectomie totale, par la suppression du col, diminue le plaisir sexuel... Je suis convaincu du contraire et je ne manque jamais d'expliquer à mes malades que ce n'est pas le col qui est le siège du plaisir sexuel, que c'est l'allongement, la dilatation, l'étirement du vagin qui met en jeu l'excitation des formations nerveuses latérales et périvaginales et que le col, pas plus que l'utérus, n'ont de rôle à jouer dans cette affaire ".

DULUCQ et BRUN (1978) ont bien étudié ce problème : « des auteurs estiment que le col, chez certaines femmes, est doué d'une certaine sensibilité, qu'il participe activement à la lubrification vaginale ; ils insistent sur les rapports du col et du dôme vaginal ». D'autres, tels DENNERSTEIN (1976), COHEN (1975), AMIAS (1975) attribuent au col une participation tout à fait minime dans la qualité de la réponse sexuelle en dehors des problèmes de cicatrices vaginales ; mais comme le souligne AMIAS (1975), PADOVEC (1974) et d'autres, le malajustement n'est que temporaire.

Et autre avis : ZWANG (1974) " il a également été avancé que le col a aussi pour rôle celui de transmettre l'ébranlement provoqué par le contact sexuel », tandis que DENNERSTEIN (1976) n'accorde qu'une toute petite place à la lubrification vaginale d'origine cervicale.

également importante et la sexualité après l'opération doit être abordée, car certaines patientes n'osent pas poser de questions à ce sujet.

6. Soulagement apporté par l'intervention

NON : 18 22,50 % OUI : 62 77,50 %

Il faut noter que 4 personnes n'ayant aucun trouble (21-57) n'ont pu être soulagées.

Certaines ayant peu de troubles et s'étant faites opérer à contre cœur ne se disent que peu soulagées.

Pour d'autres, le soulagement a longtemps été différé et l'amélioration n'a pu se manifester qu'un an après « après tout, je ne souffre plus » (n° 49).

La majorité parle de soulagement avec la disparition des douleurs et des saignements, ce qui n'empêche pas d'autres troubles.

L'une se dit un peu soulagée « mais se serait à refaire, ne le referait pas !... » et une autre, « soulagée un peu mais après on a d'autres ennuis ».

Quelques unes se disent aussi soulagées de la crainte d'être enceinte.

7) Prise de traitement hormonal substitutif

OUI : 40 50 % NON : 40 50 %

Le traitement ne se justifiait que pour 65 personnes ovariectomisées. Donc
avec traitement : 40/65 sans traitement : 25/65.

Certaines parlent de traitement pour la circulation du sang. Celles qui n'ont pas pris de traitement hormonal substitutif : soit on ne le leur a pas proposé, ou elle ne l'ont pas compris, soit une hépatite leur interdisait un traitement per os, soit elles n'en voulaient pas.

Il faut noter que certaines ayant conservé un ou deux ovaires ont eu des bouffées de chaleur, s'agit-il de la ménopause physiologique, éventuellement précoce ou l'intervention a-t-elle modifié la vascularisation des ovaires, les rendant moins fonctionnels ?

8) Durée du traitement substitutif

	Nbre de femmes	
- 3 mois	1	2,50 %
3 à 6 mois	6	15 %
7 mois à 1 an	3	7,50 %
2 ans	3	7,50 %
3 ans	5	12,50 %
4 à 6 ans	3	7,50 %
en cours	19	47,50 %
Total	40	

Lors de l'entretien, moins de la moitié ont encore leur traitement substitutif. Il faut noter que beaucoup avaient des bouffées de chaleur malgré la prise de ce traitement.

IV-4 PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES ET SOMATIQUES ÉVENTUELLEMENT IMPUTABLES À L'HYSTÉRECTOMIE

1) « Dépression » après

Beaucoup d'auteurs : ROEKE (1978), RICHARDS et MOORE, CHAPOULAT et DARRIET (1980), FERRONI et DEEBLE (1996), DULUCQ (1978), MAY, RAPHAEL (1972), NEWTON et BARON (1977), VIGNAT (1986) notent une dépression ou au moins un syndrome dépressif dans les suites de l'hystérectomie. Lors des entretiens avec les femmes hystérectomisées, nous avons gardé le terme « dépression » dans l'acception qu'il a dans le langage courant, recouvrant aussi bien une vraie dépression nécessitant parfois une hospitalisation, avec idée suicidaire voire passage à l'acte, dévalorisation, inhibition intellectuelle et physique, mais pouvant aussi dans la bouche des patients recouvrir un syndrome dépressif avec des troubles plus mineurs : tristesse, asthénie, insomnies, « idées noires », etc... C'est plutôt dans ce sens que nous trouvons ce chiffre élevé de 55 « dépressions » soit 68,5 %.

2) Troubles psychologiques après (plusieurs possibles)

Rien : 25	soit 31,25 %
Troubles majeurs : tentatives de suicide dépressions vraies hospitalisation	25
Troubles mineurs : fatigue insomnie irritabilité tristesse	105

Il va de soi que ceux qui ont les troubles majeurs ont évidemment les troubles mineurs dans le registre Du syndrome dépressif.

ROBERT (1974) a bien étudié ces troubles psychologiques ou psychiatriques après hystérectomie. S'il remarque une diminution des psychoses aiguës post-traumatiques, il fait le point sur les conséquences psychiatriques de l'hystérectomie à partir du travail de LEMPERIERE et FELINE (1973).

En comparant les hystérectomies dans une population psychiatrique et une population « tout venant » on note de 2 à 4 % de plus d'hystérectomie dans la population psychiatrique, selon l'âge de l'échantillonnage.

Pour TRAISSAC-PERRAT et MOREAU, il y a 85 % de problèmes psychiatriques, mais, lorsqu'il y a castration, alors que MORICARD ne trouve que 3 cas sur 207 hystérectomies, de problèmes psychiatriques.

LEMPERIERE (1973) met en avant la surconsommation chirurgicale des hystériques dont nous avons parlé plus haut. La symptomatologie la plus fréquemment retrouvée par tous les auteurs est la dépression. ROESKE (1980) note que « la réaction psychopathologique tardive la plus fréquente à l'hystérectomie est une dépression sévère qui reflète la rupture grave dans la perception du rôle et de l'identité, incapacité à réintégrer son moi à travers le processus de deuil et le rétablissement imparfait dans les relations significatives... elle frappe surtout les malades à la structure de personnalité fragile, ayant déjà présentés au passé des épisodes analogues et qui se trouvent dans une situation conjugale difficile ».

Donc, parfois il peut y avoir rechute d'accès mélancolique, parfois comme le remarquent CHAPOULART et DARRIET (1980) il s'agit soit de dépression d'allure

névrotique avec anxiété, apathie, plaintes multiples, lassitude, désespoir, fatigue, sentiment d'incomplétude et inhibitions auxquels peuvent s'ajouter des troubles somatiques, soit il ne s'agit que d'un syndrome dépressif bref et passager avec pleurs brusques, idées noires et insomnies qui est en général pris en charge par le médecin généraliste. RICHARDS et MOORE en dénombrent 33 et 32 %.

LEMPERIERE, WOLF et plus récemment BOUACHOUR-MAGUER (1985) et BORTEN-KRIVINE (1993) ont mis en avant l'investissement de son utérus par la femme, tant sur le plan de la réalité que de l'imaginaire, cet utérus appréhendé dans ses différentes fonctions réelles ou fantasmatiques : menstruation, reproduction, sexualité, d'où les commentaires des femmes interrogées :

- « sentiment de ne plus être une vraie femme en n'ayant plus ses règles, on n'a plus la même image de soi » (n° 4)
- « choquée de ne plus avoir ses règles, impression de retourner petite fille (n° 53)
- « traumatisée par la perte des règles : les règles la vidaient, la nettoyaient (n° 68).

En effet, la fonction de menstruation est considérée comme nécessaire dans son rôle de nettoyage, de purification et de l'harmonie du corps en particulier du maintien du poids.

La fonction de reproduction est peut-être un peu moins présente dans notre population cependant un certain nombre de patientes parlent de rêves d'accouchement, de naissance, d'allaitement « je me suis sentie privée d'enfant, j'en aurai voulu un 4^{ème}, avant dans les rapports, j'avais toujours l'idée de maternité (76).

Beaucoup mettent aussi en avant la féminité autant que la sexualité :
 « sentiment de ne plus être une vraie femme auprès de mon mari » (n° 19)
 « sentiment d'avoir perdu la féminité, une partie de moi-même...

Nous aborderons plus loin de façon plus détaillée, ce qui concerne la sexualité.

3) Sentiment de perte après

OUI : 36

NON : 44

Nous venons de voir à propos du symbolisme de l'utérus un certain nombre de sentiments négatifs. CHAPOULART et DARRIET (1980) notent l'interrogation constante en post-hystérectomie : « serai-je encore une femme ? » car nos patientes éprouvent une sensation de « perte »... plus nettement définie, la privation de

maternité est toujours ressentie... le terme de « diminution » est rapporté à la féminité (au sens large)... surtout au vécu du « corps-femme » on perçoit très nettement l'absence, le vide, le manque, la blessure non cicatrisée.

Cette sensation de « manque » de « trou impossible à combler » est donc vécue sur un fond très dépressif ; il existe un sentiment de « ne pas être comme les autres ».

Pour BOUACHOUR-MAGUER le soulagement fait vite place à l'angoisse de ne plus être une femme à part entière. Elles se sentent vieilles, humiliées, mutilées, alors s'installe la peur de ce que va être leur vie de couple désormais.

4) Quels sentiments de perte (3 possibles)

Pour 15 % des femmes, l'hystérectomie est la perte de la féminité :

- « sentiment de ne plus être une vraie femme » (n° 4)
- « choquée de ne plus être une femme à part entière, se sent diminuée » (n° 6)
- « maintenant on est plus rien, pas une femme comme les autres, inférieure » (n° 58)

GUEYDAN (1991) pose la question : comment devient-on et reste-t-on une femme ? L'utérus serait symboliquement l'organe de la féminité : point de départ des règles qui feront de la « petite fille » une « femme » ; organe de la maternité : « la matrice » et organe sexuel au moins dans le fantasme et nous verrons plus loin le rôle de l'utérus dans la relation sexuelle.

Pour 12,5 % des femmes, l'hystérectomie leur a fait perdre leur intégrité et cela reste marqué par la cicatrice quand il y en a une.

Pour 11,25 % des femmes, la fécondité et la sexualité sont perdues à égalité, et parfois les deux en même temps : « moins de désir, par rapport en maternité, car elle ne pouvait plus faire d'enfant » (n° 76), « a fait beaucoup de rêves de naissance, d'accouchements, de bébés dans les bras... ». Par rapport à la sexualité, c'est le manque de désir qui est mis en avant, le fait de se sentir « froide ». La jeunesse, la vitalité et l'estime de soi qui ne sont nommément mises en avant que par quelques personnes sont cependant évoquées à mot couvert par beaucoup.

5) Troubles somatiques éventuellement imputables à l'intervention

Il faut rappeler qu'il y a eu 65 ovariectomies et que 40 personnes ont pris un traitement hormonal substitutif qui a pu être arrêté avant l'entretien.

Par ailleurs, des femmes qui ont conservés leurs ovaires ont pu avoir depuis une ménopause physiologique. Et d'autre part, certaines femmes ayant toujours leurs ovaires ont eu aussitôt l'intervention des bouffées de chaleur, phénomène souligné par RICHARDS et CHAPOULART et DARRIET (1980) et COPPE qui évoquent un remaniement local et une moins bonne vascularisation des ovaires. Tout ceci explique, par la carence en œstrogènes, les résultats :

Bouffées de chaleur	55 %
Troubles urinaires	45 %
Augmentation de poids	41,25 %
Sécheresse vaginale	41,25 %

Les autres troubles qu'on peut caractériser de psychosomatiques et qui, comme le constate LEMPERIERE (1973) accompagnent souvent les dépressions d'allure névrotique en particulier chez les femmes à tendance hystérique.

IV-5 LA SEXUALITE

1) Fréquence des rapports sexuels avant l'intervention

Pas de rapport : 6 femmes

74 femmes ont au moins un rapport sexuel tous des deux mois.

29 en ont de un par jour à 2 par semaine

30 en ont de 2 par semaine à 2 par mois

Donc une vie sexuelle relativement active compte tenu des douleurs et des hémorragies subies par ces femmes et de l'âge de leurs partenaires. DENNERSTEIN retient comme facteur de risque de problèmes sexuels post opératoires une fréquence de < 1 par semaine.

2) Fréquence du désir sexuel avant

jamais ou rarement 37

souvent ou toujours 37

Rappelons que les âges vont de 31 à 59 ans et que les pathologies de beaucoup de ces femmes devaient sérieusement perturber leur vie sexuelle.

3) Fréquence du plaisir sexuel avant

jamais ou rarement	25
souvent ou toujours	48

Il n'y a pas superposition du désir et du plaisir : le plaisir peut arriver même si le désir était absent au départ de la relation.

Il faut aussi noter ici que le recrutement de l'hystérectomie étant plus important chez des femmes à tendance hystérique, il est inévitable comme le souligne ISRAËL (1985) que le nombre de femmes « frigides » soit important.

Le terme de « plaisir » était sensé recouvrir celui « d'orgasme » un peu technique mais il est un fait qu'une femme peut éprouver un certain plaisir sans aller jusqu'à l'orgasme d'où une certaine ambiguïté. Contrairement à MAILLET KOEGLER (1983), nous n'avons pas précisé le type de jouissance, clitoridienne ou par la pénétration.

4) Dyspareunie avant

NON : 54

OUI : 20

Parfois les patientes refusent les rapports trop douloureux (n° 42), le plus souvent elles les acceptent (n° 43) : « à chaque rapport, saignements et douleurs en cours de rapport !... (n° 44, 49) certaines douleurs pouvaient provoquer un évanouissement (n° 58).

A noter qu'il n'y a qu'une dyspareunie superficielle pour 19 dyspareunies profondes.

5) Modification de la sexualité après l'intervention

NON : 21

OUI : 59

Les 10 personnes qui n'avaient pas de rapports n'ont pas eu leur sexualité modifiée mais certaines sans avoir de rapport se sont plaintes de se sentir « froide devant l'homme » et se sentent agressées par les plaisanteries à caractère sexuel.

Par ailleurs, étant donné le délai entre l'opération et l'entretien qui pouvait être de 9 ans, des modifications initiales de la sexualité qui ont disparu par la suite ont pu être oubliées.

6) Reprise des rapports sexuels

NON : 10

Outre les 6 personnes qui n'avaient pas de rapports avant l'opération et la femme qui a été veuve 17 jours après son hystérectomie, 3 femmes ont cessé les relations sexuelles lors de leur intervention.

N° 29 : « Depuis son opération, n'a plus de vie sexuelle, ça ne lui dit plus rien. Elle avait un ami, quand il a voulu l'embrasser après l'opération, elle l'a mis à la porte et rien depuis, n'a pas essayé d'avoir de rapport, ça la dégoûte ! »

N° 35 : Le mari a fait une tentative de pénétration 6 mois après l'opération, c'était impossible, elle a dit c'est cousu et n'a jamais eu de rapport depuis.

N° 24 : a essayé de reprendre les rapports 2 mois et demi ou 3 mois après mais a déchiré à l'entrée du vagin, son vagin était trop petit pour le sexe de son mari, a arrêté les rapports définitivement.

Donc 3 femmes sur 73 ont arrêté définitivement les rapports après leur opération. La première avec un profil hystérique pour des raisons plus psychologiques. Les deux dernières probablement pour des raisons physiologiques et anatomiques. Mais la patiente n° 35 a refusé l'examen gynécologique qui lui était proposé. Ces trois femmes ont été opérées d'une hystérectomie totale sans conservation des ovaires.

7) Temps entre l'intervention et la reprise des rapports

Sur 70 femmes :

17 ont repris les rapports avant 1 mois

14 ont repris les rapports avant 1 mois et demi

22 ont repris les rapports avant 2 mois

Les autres entre 2 mois et 2 ans

Une ne sait pas.

DULUCQ (1978) souligne après AMIAS que pour pallier ces ennuis de mal ajustement passager, nombreux sont ceux qui conseillent la reprise des rapports sexuels dès que possible (c'est-à-dire après 6 semaines en moyenne) et les plus fréquents possibles !!!

8) Différence de qualité de la sexualité

Détérioration : 50

amélioration : 9

Cette détérioration peut venir de la femme et de son vécu, mais aussi du mari et de sa réaction à l'intervention. Malgré le temps écoulé entre l'opération et l'entretien, un nombre non négligeable de femmes se plaint de douleurs au niveau de la cicatrice, retrouvées au toucher vaginal.

Dans la littérature, la détérioration globale est évaluée entre 18 %, (CHYNOWETH, 1973) et 37 % (DENNERSTEIN, 1977, HUFFMANN, 1950), 10 % (DODDS, 1961), 15 % (PATERSON et GRAIG (1963), 18 % (MAY, 1969) ; haut pourcentage : GAIG et PATERSON (1963) 15 à 20 %, CASTELZO AYALA (1973) 15,6 %, PADOVEC (1974) 17 %. Ces différences s'expliquent par la castration ou non, en plus de l'hystérectomie, qui multiplie par deux les troubles sexuels (CASTELAZO AYALA, 1973).

Notre chiffre, beaucoup plus élevé, tient compte de tous les petits problèmes somatiques ou psychologiques qui ont pu atteindre, soit le mari, soit la femme et qui vont de la peur d'avoir mal lors des rapports, à l'infidélité du mari, où le temps modifié pour obtenir un orgasme, toutes choses qui ne sont pas forcément des conséquences de l'hystérectomie.

Il faut noter aussi que chez les nombreuses femmes qui ont perdu leurs ovaires, le traitement hormonal substitutif n'a pas toujours été proposé, n'a pas toujours été bien suivi et surtout n'a souvent pas été bien adapté, les troubles de la carence en œstrogènes se poursuivant malgré le traitement.

9) Fréquence des rapports sexuels après

Il n'y a plus que 8 femmes qui ont plus de 2 rapports par semaine contre 30 avant, et 29 qui en ont moins de 2 par mois, contre 6 seulement sur 74 avant. La fréquence des rapports a très nettement diminué. Pourquoi ? dans cette population, sauf pour une femme qui a un amant en plus du mari, chaque femme a un seul partenaire et souvent depuis longtemps.

10) Modification de fréquence des rapports sexuels

Rapports plus fréquents	:	7
Rapports moins fréquents	:	40

Ces chiffres peuvent se rapprocher de ceux de PASINI, 50 % de variation de l'activité sexuelle après hystérectomie et de WOLFF, 72 % de diminution de fréquence du coït.

Différents auteurs ont montré qu'à partir de 45-55 ans la fréquence des rapports diminuait au sein du couple, cette diminution étant liée à l'âge et à l'apparition de la ménopause (De LIGUIÈRES, 1980, SIMON, 1972).

11) Fréquence du désir sexuel après

Répulsion, jamais ou rarement de désir	:	55
Souvent	:	18
Toujours	:	1

Nous avons parlé plus haut de la carence en oestrogènes (et en androgènes) liée à l'ovariectomie, la ménopause physiologique et l'inadéquation fréquente d'un traitement hormonal substitutif inadapté.

Nous avons noté que de nombreux auteurs préconisaient la reprise rapide des rapports pour favoriser un meilleur ajustement du vagin à la relation sexuelle, cependant beaucoup de patientes se sont plaintes de douleurs au niveau de la cicatrice vaginale provoquant une appréhension voire une « crispation » lors des rapports suivants et par là même, une diminution du désir par anticipation négative.

12) Modification de fréquence du désir sexuel

Moins fréquent : 41

Plus fréquent : 8

Pour toutes les raisons que nous avons soulevées ci-dessus, le désir sexuel est rarement amélioré après hystérectomie.

On retrouve dans la littérature :

ZADOVEC (1974)	amélioration 20 %
	détérioration 20 %
RICHARDS	amélioration 20 %
	détérioration 40 %
GRAIG et JACKSON	amélioration 22 %
	détérioration 32 %
DENNERSTEIN (1977)	amélioration 17 %
	détérioration 33 %
DULUCQ	amélioration 15 %
	détérioration 44 %

La technique de l'entretien a probablement accentué les effets négatifs de l'hystérectomie plus que ne l'aurait fait un questionnaire. BOUAHOUR-MAGUER souligne « les personnes qui avaient répondu au questionnaire en disant que tout était normal et comme avant, réagissaient très différemment lors de l'entretien. Elles se sont plaintes surtout de douleurs à la pénétration ... » Par ailleurs, l'étude de DULUCQ faite en France, dans une population assez similaire à la notre donne des résultats assez approchant. D'où le rôle possible du milieu ethno-socioculturel des patientes.

13) Fréquence du plaisir dans les relations sexuelles après

jamais ou rarement 47

souvent ou toujours 27

Pour mémoire, les chiffres étaient inversés avant l'hystérectomie.

Il y a lieu ici d'envisager l'influence de l'utérus dans le plaisir sexuel et plus particulièrement du col de l'utérus.

DOLTO (1987) distingue l'orgasme clitoridien, l'orgasme clitorido-vulvaire, l'orgasme vaginal et l'orgasme utéro-annexiel... » L'excitation clitoridienne ne peut être supportée seule longtemps et son orgasme, lorsqu'il survient avant le déclenchement des autres jouissances est décevant, discordant, ambigu, contradictoire au plaisir vulvaire qu'il a cependant déclenché. (...) L'excitation vaginale entraîne des sensations voluptueuses de tumescence des muqueuses vulvo-vaginales et des mouvements orbiculaires rythmés à progression ondulatoire, de l'extérieur vers l'intérieur, du corps de la femme. (...) Dans le cas d'une entente entre les partenaires dont le rythme s'accorde, les mouvements orbiculaires ondulatoires vaginaux se propagent de façon inconsciente sur l'ensemble des parois du vagin qui coaptent le pénis et entraînent une turgescence sécrétoire du col utérin qui, s'il est atteint par les chocs ou le contact du pénis provoque, au point maximum de l'excitation vaginale, ses spasmes vaginaux dont l'effet sur l'appareil sexuel masculin est l'éjaculation spermatique au point orgastique de la jouissance féminine. (...) L'orgasme utéro-annexiel est caractérisé par des mouvements du corps utérin, qui bascule d'avant en arrière et d'arrière en avant, avec une certaine articulation rythmée du col sur le corps utérin et de mouvements ondulatoires du corps utérin continuant ceux du vagin, mais à type de succion-aspiration, au point que les spermatozoïdes sont projetés en quelques secondes dans les trompes ... » Voilà qui remet en question l'inutilité de l'utérus dans la jouissance sexuelle.

Dans le même sens, MINH (1987) étudie les bases anatomophysiologiques de l'orgasme vaginal et après GRAGENBERG (1950), PERRY (1981), HELI ALZATE (1984) et ZWI HOCH (1981), il démontre que l'excitation de la partie supéro antérieure du vagin détermine l'orgasme, cela expliquerait le besoin de pénétration profonde qu'expriment beaucoup de femmes pour obtenir une transe voluptueuse complète (...) "les sensations vaginales possèdent par contre un caractère viscéral. Au-delà des parois vaginales, c'est l'ensemble du petit bassin qui diffuse le plaisir". C'est peut-être donc là l'orgasme utéro-annexiel que décrit DOLTO. Cette expérimentation confirme la théorie de Freud et réfute l'exclusivité de l'orgasme clitoridien que soutenaient les américains KINSEY et MASTERS et JOHNSON.

Quoi qu'il en soit, l'orgasme d'une femme avec un homme est quelque chose d'essentiellement personnel, de singulier et d'unique et il est impossible à quantifier dans ce cas, comme le souligne BORTEN KRIVINE (1997) « le respect maximum de l'intégrité semble la meilleure des boussoles ».

14) Modification du plaisir après

détérioration	39
amélioration	7

Les détériorations sont surtout une difficulté à avoir un orgasme : « c'est beaucoup plus long à venir » ou bien « avant avait du plaisir par caresse du clitoris, actuellement trouve qu'il n'y a plus de contact clitoridien lors des rapports, comme si son vagin était trop court » ou encore « a un petit plaisir, mais rien à voir avec ce qu'il y avait avant », la difficulté à « trouver ses marques » et bien-entendu tous les inconvénients de la carence en œstrogènes sur le tractus génital.

15) Dyspareunies après

	OUI : 26	NON : 54
contre avant :	oui : 20	non : 60

Mais ce qui est intéressant, c'est le type de dyspareunies.

16) Type de dyspareunies

Dyspareunies profondes	: 4
Dyspareunies à la pénétration	: 21
Les deux	: 1

Autrement dit, à part quelques douleurs résiduelles au niveau de la cicatrice et réveillées par les rapports sexuels, presque toutes les dyspareunies sont superficielles et dues à la sécheresse vaginale voire à l'atrophie par carence en oestrogènes.

17) Modifications de la sexualité du conjoint

Treize hommes ont leur sexualité modifiée par l'hystérectomie de leur partenaire « Son mari avait peur de lui faire mal, il a moins de désir et moins d'érection » (n° 3). « Son partenaire a été impressionné par l'intervention » (n° 14).

GANEM (1983) s'est penché sur ce problème et a retrouvé 18 % de rapports satisfaisant pour le mari contre 75 % avant. Il note que le vécu sexuel des hommes après l'intervention subit une double modification au niveau de la fréquence et au niveau de la qualité. Les rapports sont volontairement espacés dans un premier temps par crainte d'un coït douloureux mais aussi une peur réelle de « perforer » le vagin et de pénétrer dans le ventre.

Souvent apparaît une éjaculation prématurée temporaire, l'abstinence, le désir de ne pas « s'imposer » trop longtemps et la « balistique » nouvelle en sont la cause.

Une impuissance continue ou permanente a également été retrouvée liée sans doute à une peur de l'échec.

Le problème le plus durable est certainement une baisse de la libido dont les causes sont assez difficiles à définir : la disparition de l'utérus mettant fin au possible rapport sexuel fécondant en est sans doute une des causes inconscientes.

Il est donc important de rappeler ici la nécessité avant toute hystérectomie de voir le couple et d'aborder les questions que chacun peut se poser à propos de la sexualité : « enlever l'utérus d'une femme, c'est aussi toucher au sexe de son partenaire ».

CONCLUSION

L'hystérectomie pose de nombreuses questions quant à ses indications, sa technique conservatoire ou pas et les modifications positives ou non qu'elle produit dans la vie des patientes et de leurs partenaires.

Des études multiples ont été faites à ce propos, dont les résultats sont extrêmement variables selon le type d'enquête (questionnaire ou entretien), les populations, les âges et mêmes les continents...

Il est communément admis aujourd'hui que pour une femme, à cause de l'investissement symbolique de son utérus, cette hystérectomie est difficile à vivre. Nos entretiens ont bien mis en évidence que malgré le soulagement général apporté par cette intervention, les répercussions retentissent longtemps sur la vie psychique et sexuelle des femmes qui l'avait vécue.

Il n'en reste pas moins qu'une femme dont la vie quotidienne et sexuelle était gâchée par des troubles importants, qui a été bien préparée à l'intervention, par une information complète, en présence de son partenaire et a eu le temps de commencer à faire le deuil de son utérus avant l'opération, qui avait une vie affective et sexuelle satisfaisante et des maternités heureuses... Cette femme, même si elle a dû se séparer de ses ovaires, avec un traitement hormonal substitutif adapté, peut retrouver une vie parfaitement satisfaisante.

Les autres femmes, mal dans leur féminité, leur sexualité, leur couple, fragiles psychologiquement, vont nécessiter un abord extrêmement prudent et surtout la collaboration de multiples praticiens dont le médecin généraliste qui aura alors un rôle primordial.

C'est alors que la médecine ne devra pas être une médecine d'organe mais une médecine de réseau et de dialogue organisée autour de la personne dans sa totalité.

BIBLIOGRAPHIE

- ALZATE H., LONDONO H.L. Vaginal erotic sensitivity. *J. Sex Mar. Ther.*, 1984, 10, 49-56.
- AMIAS A.G. Sexual life after gynaecological operations – I. *Br. Med. J.* 1975, 2, 608-609.
- AMIAS A.G. Sexual life after gynaecological operations – I. *Br. Med. J.* 1975, 2, 680-681.
- ANANTH J. Hysterectomy and depression. *Obstet. Gynecol.*, 1978, 52, 724-729.
- AUBARD Y., DIXNEUF B., EYRAUD J.P., POUMIER-CHABANNIER C., RENAUDIE J., BAUDET J.H. Les indications de l'hystérectomie (en dehors des lésions malignes). *Gaz. Med.* 1986, 93, 49-53.
- BARKER M.G. Psychiatric illness after hysterectomy. *BRIT. MED. J.* 1968, 2, 91-95.
- BORG G. Le vécu de l'hystérectomie. *Rec. Fr. Gynécol. Obstét.* 1982, 12, 777-782.
- BORTEN-KRIVINE I. Algies pelviennes et chirurgie. *Contraception, fertilité, sexualité*, 1986, 14, 473-482.
- BORTEN-KRIVINE I. Hystérectomies. *Gynécologie et Psychosomatique* 1993, 7, 5-12.
- BORTEN-KRIVINE I. Yeux ouverts sur ventres fermés 1997, 20, 28-32.
- BOUACHOUR MAGUER N. Rentissement psychologique de l'hystérectomie totale. *Doctorat d'Etat en Médecine, Angers*, 1985.
- CASTELAZO AYALA. Sexual sensitivity and gynaecological surgery. *Gaz. Med. Mexico*, 1973, 106, 362-371.
- COHEN Le retentissement des opérations chirurgicales gynécologiques sur la sexualité. *Cahiers Sex. Clin.*, 1975, 2, 57-60.

- COLSON M.H. Affaires d'utérus , histoires de femmes. Sexologies, 1994, III, 12
- COPPEN A., BISHOP M. Hysterectomy, hormones and behaviour. A prospective study. The Lancet 1981, 17 janv., 126-
- COSSON M., RAJABALLY R., QUERLEU D., CREPIN G. Long term complications of vaginal hysterectomy: a case con study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2001, 94, 239-244.
- De LIGNIERES B. Ménopause, fécondité, sexualité. Med. Prat., 1980, 9-15.
- DELLENBACH P., HAERINGER M.T. Douleurs pelviennes chroniques : la piste psychique. Gynécologie et psychosomatique, 1997, 5-9.
- DENNERSTEIN Sexual response following hysterectomy and oophorectomie. Obst. Gyn., 1976, 3 aug., 92-96.
- DOLTO F. Libido féminine. Ed. Carrère, 1987, 358 p.
- DON SLOAN M.D. The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978, 131, 598-605.
- DULUQ M.C., BRUN M.G. Contribution à l'étude de la sexualité après hystérectomie. Bordeaux Medical 1978, 11, 1450-1461.
- FLORES CARRERAS O., MARTIN CASILLAS M., ALEMAN VANEGAS C., MARTINEZ O. S., LEPE F., SANCHEZ V. P. Evaluation clinique et psychosexuelle de la patiente hystérectomisée. Gynécologie, 1974, 25, 163-
- FREUD S. Au-delà du principe du plaisir. Essai de psychanalyse. Ed Payot, 1972.
- GALLO R. Problèmes psychologiques de la femme hystérectomisée. Gynécologie, 1974, XXV, 185-188.
- GANEM M. et GANEM M.C. L'homme et l'hystérectomie. Cahiers Sexol. Clin., 1953, 9, 53, 328-332.

- GRAFENBERG E. The role of urethra in female orgasm. *Int. J. Sexology*, 1950, 3, 145-148.
- ISRAEL L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Ed. Masson, Médecine et psychothérapie, 1976.
- KINSEY A.C. et al. *Le comportement sexuel de la femme*. Ed. Amiot Dumont
- LACHOWSKY M. Sexualité après hystérectomie. *Rev. Prat. Gynécol. et Obstetr.*, 2001, n° spécial, 33-34.
- LEMPERIERE T., FELIME A. Hystérectomie et troubles psychiatriques. *Ann. Medico-psychol*, 1973, 1, 477-492.
- MAILLET KOEGLER F. *Hystérectomie et sexualité*. Doctorat en Médecine, Aix-Marseille 2, 1983.
- MARTIN R.L., ROBERTS W.V., CLAYTON P.J. Psychiatric status after hysterectomy. A one- year prospective follow-up. *Jama*, 1980, 244, 350-353.
- MINH H.N., SMADJA A., HERVÉ DE SIGALONY J.P. Dualité orgasmique de la femme. Mythe ou réalité ? *Contraception, fertilité, sexualité*, 1987, 14, 1077-1084.
- MOORE J.T., TOLLEY D.H. Depression following hysterectomy. *Psychosomatics*, 1976, 17, 86-89.
- NEWTON N., BARON E. Reactions to hysterectomy: fact or fiction? *Prim. Care*, 1976, 3, 781-801.
- NICOLSON P., BURR J. What is "normal" about women's sexual desire and orgasm ? *Soc. Sci. Med.*, 2003, 57, 1735-1745.
- OLDENHAVE A., JASZMANN L.J., EVERAERD W.T., HASPELS A.A. Hysterectomized women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1993, 168, 765-771.

- RHODES J.C., KJERULFF K.H., LANGENBERG P.W., GUZINSKI G.M.
Hysterectomy and sexual functioning. JAMA 1999, 282, 1934-1941.
- SELWOOD T., WOOD C. Incidence of hysterectomy in Australia. Med. J. Aust., 1978,
2, 201-204.
- SICHEL J.P., BENTATA H. A propos des complications psychiatriques des
interventions gynécologiques. Psychol. Med., 1980, 12, 1247-1258.
- SLOAN M.D. The emotional and psycho-sexual aspects of hysterectomy. Am. J.
Obstet. Gynecol., 1978, 131, 598-605.
- WILLIAMSON M.L. Sexual adjustment after hysterectomy. J. OBSTET. GYNECOL.
NEONATAL, 1992, 21, 42-47.
- ZUSSMAN L., ZUSSMAN S., SUNLEY R., BJORNSON E. Sexual response after
hysterectomy-oophorectomy : recent studies and reconsideration of
psychogenesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1981, 140, 725-729.
- ZWI H. Zone érotique vaginale. Cahier Sexol. Clin., 1981, 7, 120-123.

NOM : L'HÉNORET

PRÉNOM : Marie

Titre de la thèse :

Contribution à l'étude des répercussions sexuelles et psychologiques de l'hystérectomie. A propos de 80 cas.

Nous avons reçu en entretien 80 femmes 3 à 9 ans après leur hystérectomie et avons abordé avec elles les troubles physiques et psychologiques qui ont émaillés leurs vies professionnelle et sexuelle avant et après l'opération. Le but de cette étude était de rechercher les facteurs de risque favorisant les troubles psychologiques et les perturbations de la vie sexuelle après ablation de cet organe hautement symbolique : l'utérus.

Différents facteurs entrent en ligne de compte dont l'âge, la bonne indication opératoire, la conservation ou non du col et des ovaires. Les femmes à antécédent de problèmes psychologiques, à dépression ou à profil hystérique et les "éternelles douloureuses" sont hautement à risque.

Cependant, une femme bien informée, bien décidée à l'intervention, bien dans sa féminité et sa vie sexuelle, malgré un temps de deuil et d'adaptation nécessaire sera le plus souvent satisfaite d'une intervention qui aura été la plus conservatrice possible.

MOTS-CLÉS

Hystérectomie - relations sexuelles - aspects psychologiques