

Chirurgie gynécologique et psyché

● I. Borten-Krivine*

Toute intervention chirurgicale entraîne un retentissement sur le psychisme, tout geste chirurgical peut avoir une charge de castration. La place que l'appareil génital occupe dans la vie et le psychisme féminins donne cependant à la chirurgie gynécologique un impact particulier. Pour le retentissement des interventions chirurgicales (1), le modèle sera l'hystérectomie. Elle reste l'intervention la plus pratiquée et condense les différentes réactions observées dans la chirurgie de l'appareil génital. Rappelons qu'aux États-Unis 37 % des femmes de 60 ans sont hystérectomisées et que le taux français serait de 10 % (2).

Dans les quinze dernières années, le développement de nouvelles techniques a bouleversé le vécu opératoire d'interventions jusque-là hautement invalidantes.

Il est néanmoins nécessaire de bien connaître le retentissement psychique qu'ont des interventions traditionnelles pour apprécier les changements, de même qu'il faut avoir une bonne expérience de la chirurgie classique pour faire de la chirurgie endoscopique.

L'HYSTÉRECTOMIE

De façon générale et chronique, l'ablation de cet organe non vital qui transmet la vie est l'objet d'indications abusives. Tous les auteurs ayant travaillé sur ce thème insistent sur l'entrave que cet abus amène pour l'étude de cet événement de vie (8, 9, 17). La constatation générale est cependant que l'hystérectomie est mieux vécue lorsque l'indication en est bonne, que la femme a une vie affective stable et des enfants (1, 7, 8, 19, 20).

Hystérectomie, blessure narcissique

Le champ de la castration anatomique n'est pas celui de la castration du registre analytique. Chez la femme adulte, la castration que représente l'hystérectomie lui enlève cet organe interne, qui fut bien là. L'utérus, par la maternité, donne aux femmes la capacité d'être enrichies narcissiquement par leurs enfants : enfants réels, enfants imaginaires. L'hystérectomie, c'est la perte brutale de ce capital-là. La perte de cet organe chargé de représentations symboliques majeures ne se fait pas sans un deuil psychique.

Perte au niveau narcissique, l'hystérectomie est une injonction brutale à séparer le maternel du féminin. Or, elle est nommée

“la totale”. La partie est prise pour le tout. Aider la femme à dépasser cette métonymie pourrait être la définition de notre travail de préparation à l'intervention.

Importance du temps

Le deuil de l'utérus, de ce qu'il porte en lui, comme tous les deuils, a besoin de temps. Bien des femmes sont opérées sans y être prêtes, même si ce phénomène est en régression de nos jours. Cette notion est aisément retrouvée dans les consultations où les femmes viennent pour des troubles depuis l'intervention. À l'opposé, une nette majorité des femmes chez lesquelles l'indication était justifiée, et qu'on a aidées à se préparer à l'intervention, nous disent : “si j'avais su, je l'aurais fait avant !” (5).

Lorsqu'il s'agit d'anciennes patientes, nous sommes dans une position privilégiée qui nous donne une idée de la façon dont la femme a vécu les événements de sa vie génitale : règles, contraception, accouchement, avortement. Nous connaissons généralement la qualité de la relation avec son compagnon, de même que sa capacité à réagir aux moments difficiles de sa vie : deuils, ruptures. Il y a là une possibilité d'établir un pronostic sur la réaction que va avoir la femme à l'hystérectomie. Il y aura toujours tristesse et chagrin de la perte de cet organe ; cela peut prendre l'aspect d'un deuil pathologique lorsqu'il y a réactivation d'un deuil resté douloureux.

Mme A. vient quatre mois après l'hystérectomie, elle est asthénique et insomniaque, elle constate une baisse intellectuelle, elle a maigri. Rapidement, elle parle de la mort de son père, deux ans auparavant, d'un cancer de l'œsophage. Il avait subi une intervention mutilante et elle avait l'impression qu'on l'avait vidée comme lui.

Importance de la préparation à l'intervention

Des consultations répétées permettent d'aborder le dommage et le vécu douloureux des symptômes et de faire émerger les bénéfices de l'intervention. Nous pouvons aider ces femmes, qui sont dans l'investissement douloureux de leur utérus, à une élaboration psychique qui leur permette de baisser la tension douloureuse. Nous pouvons les aider à réintégrer narcissiquement leur corps. Nous faisons ainsi avec elles un premier travail de séparation.

“Je ne serai plus une femme, je ne pourrai plus être aimée, désirée”, disent-elles. Ce travail de séparation du maternel et du féminin se situe à plusieurs niveaux : celui de la disparition des règles, celui de l'adieu à la fertilité.

* 41, rue de Saint-Petersbourg, 75008 Paris.

Le sang des règles, bain de féminité

La fréquence de la tolérance à des règles abondantes ou hémorragiques est d'observation quotidienne. Le sang des règles est un bain de féminité, c'est l'expression d'un possible. Sa disparition peut être vécue comme un total silence. La fonction de purification des règles se manifeste le plus souvent sous la forme de la peur de grossir.

On constate que, quel qu'ait été le protocole opératoire, *est appelée totale l'opération qui entraîne la disparition des règles*. Une intervention que nous appelons *conservatrice* ne peut conserver à la femme que ce qu'elle a intégré comme résidence de sa féminité. Ce déplacement demande du temps, c'est petit à petit que l'éclairage peut être mis, par exemple, sur le rôle majeur de l'ovaire dans le bien-être de la future opérée.

Pour rester au plus près de l'expérience clinique, prenons acte de ce qu'à distance, il n'y a pas toujours de parallélisme entre ce qui reste réellement et la fréquentation par la femme de la consultation de gynécologie : on voit des femmes sans col venir fidèlement faire un frottis de dépistage tous les ans et d'autres qui ne montrent rien, à personne. Il y a dans ces attitudes un reflet de l'image que ces femmes ont d'elles, de leur féminité. Toujours vivante chez les unes, plus ou moins envoyée chez les autres avec l'utérus.

Accepter le mélange de plainte et de tolérance aux symptômes qu'expriment les patientes est essentiel. Il témoigne de leur intense attachement à cet organe. Alors seulement pourront être évoqués les bénéfices de sa disparition. Laisser la femme éprouver les dommages de la situation, les règles perpétuelles, l'inconfort de la pesanteur, permet de mieux faire envisager des rapports sexuels plus libres après l'intervention.

L'adieu à la fertilité

Dans l'ensemble, une femme qui a eu du plaisir dans les rapports sexuels dans ses maternités est plus préparée à se séparer de son utérus qu'une femme pour laquelle cet organe, ses mouvements de flux et de reflux sont la seule trace de ce qu'elle aurait pu être et avoir.

Les femmes qui n'ont pas d'enfant vivent cette intervention plus douloureusement que les autres (1, 19, 20). Le deuil de l'enfant n'a pas d'âge. Il manque toujours un enfant à l'appel de la réalité (6). Une femme près de la ménopause vit souvent plus douloureusement cette perte qu'une femme plus jeune entourée d'enfants petits. Mais quel que soit leur statut, toutes sont blessées par les paroles médicales sur l'inutilité de garder son utérus à partir d'un certain âge, à algèbre d'ailleurs variable, ou quand on a... des enfants. Cette attitude médicale méconnaît ce que l'utérus rend possible par sa présence, rêver à sa fertilité.

Madame A. a été opérée rapidement pour un fibrome qui s'est développé alors que, stérile, elle avait fait une demande d'adoption. Après l'intervention, il lui a été impossible de soutenir sa démarche d'adoption. "J'étais brisée, anéantie." Pour adopter, peut-être avait-elle besoin de sa matrice ?

Attachement maternel, attachement matriciel

Des situations cliniques éclairent de façon privilégiée combien la relation existant entre les mères et leurs filles peut retentir sur le vécu de l'hystérectomie : la mère de la patiente à laquelle nous conseillons une hystérectomie a subi aussi cette intervention. Dans certains cas, nous sentons que la femme peut s'appuyer à *la fois* sur sa relation à sa mère et sur le passé gynécologique de celle-ci. Dans d'autres cas, on perçoit l'angoisse venant de l'héritage de ce mauvais utérus, vécue parfois comme la loi du talion. En tout état de cause, il y a un lien entre l'intégration du bon objet maternel et la capacité de faire face à l'ablation de cet organe maternel.

Une patiente a été opérée à 42 ans après une consultation unique :

"Après l'intervention, j'ai fait une dépression. Ma mère m'a prise dans sa maison, elle m'a dorlotée, m'a dit que j'allais m'en sortir. Puis ma fille a eu un fils et me l'a donné à garder. Ça m'a sauvée."

Deux femmes ont eu très tôt "mal à leur mère", pour reprendre une formulation de Françoise Dolto : elles avaient été abandonnées.

La première a été hystérectomisée quelques semaines après avoir abandonné mari et fille pour un autre homme. Cette femme, déprimée depuis l'hystérectomie, dit en pleurant à la deuxième consultation qu'elle ne comprend pas comment elle a pu laisser partir son utérus sans protester et révèle qu'elle a été abandonnée par sa mère à la naissance.

La deuxième, abandonnée par sa mère à l'âge de deux ans, a commencé sa pathologie gynécologique à la puberté : dysménorrhée, aménorrhée, douleurs pelviennes. Cela a entraîné une hystérectomie à 27 ans, suivie un an plus tard d'une ablation du col restant. Même ce reste n'était pas tolérable.

Gravité du cumul hystérectomie-ménopause

Une situation particulièrement éprouvante est celle de la femme devant affronter à la fois l'hystérectomie et la brutale ménopause chirurgicale. Celle-ci est toujours symptomatique et s'accompagne plus fréquemment d'une prise de poids. C'est pour cela qu'il peut être utile de conserver les ovaires, même chez une femme en période de préménopause. À l'inverse, la ménopause est plus clémente chez une femme antérieurement hystérectomisée. Un travail essentiel a déjà été fait.

Les dépressions

Elles se situent dans la première année, avec un pic de fréquence dans les premiers mois. Le plus souvent, c'est une dépression réactionnelle avec asthénie, insomnie, douleurs, troubles sexuels. La femme exprime un vide. La perte de l'estime de soi est-elle distincte de la blessure narcissique ?

Un élément important, déjà signalé par Barker (6) il y a plus de trente ans et qui reste pertinent, est le taux plus élevé des dépressions quand les patientes n'ont pas de vie affective

stable et n'ont pas d'enfants. Dans une série personnelle de 140 hystérectomies, sur 25 dépressions, la majorité concernait des femmes sans enfants, et les autres femmes avaient eu des antécédents de dépressions (1, 19). Mais il arrive qu'une femme consulte à distance pour des troubles dépressifs que l'interrogatoire permet de relier à une décompensation due à une hystérectomie.

Chirurgie et sexualité

Les opinions dans ce domaine ont toujours été différentes, faute de données ou d'appréciations suffisantes sur la sexualité antérieure à l'hystérectomie. Dans l'ensemble, on peut dire qu'une femme qui était satisfaite avant l'intervention retrouvera cette satisfaction dans un délai variable. Chez celles qui restent insatisfaites, on retrouve fréquemment des difficultés dans ce domaine avant l'intervention (17, 18). Dans une série personnelle de femmes que j'ai pu interroger avant et après l'intervention, sur 59 femmes ayant une satisfaction sexuelle avant l'hystérectomie, 50 ont retrouvé celle-ci, dans un délai variable, après l'hystérectomie (5). Les trente femmes qui n'avaient pas de plaisir auparavant n'en ont évidemment pas eu davantage après l'intervention.

Dans le premier groupe, on retrouve, sans surprise, une majorité de femmes au-dessous de 45 ans, ayant subi, pour affection bénigne, une intervention ayant conservé col et ovaires. Elles ont une relation satisfaisante avec un compagnon et des enfants. Mais cette tendance à récupérer la satisfaction antérieure traverse les catégories.

Les troubles sexuels sont essentiellement une diminution du désir, une dyspareunie due parfois à une sécheresse vaginale, majorée en cas de ménopause chirurgicale.

Loin de nous amener à considérer que tout est joué avant, cela doit au contraire nous amener à connaître ce qui peut favoriser une meilleure récupération de la patiente. En effet, ces femmes ne sont pas pour autant épargnées par des dépressions réactionnelles et par un temps de difficultés sexuelles.

La relation que la femme a avec son partenaire joue un rôle essentiel. Certaines femmes ont peur d'être abandonnées. Certes, il arrive que des hommes fuient. La continuation de la vie sexuelle avec lui est au cœur de leurs interrogations. Certaines souhaitent que la cavité vaginale ne change pas, d'autres vont jusqu'à souhaiter le maintien du col utérin, sans que cela soit toujours l'affirmation par elles de la certitude du lieu de leurs sensations. *"J'ai toujours senti qu'il était là dans les rapports un peu violents et je n'ai pas envie que cela change"*, dit l'une d'elles.

La reprise des rapports est toujours un moment angoissant et, pour certains couples, le maintien du col a son importance. Cette butée aide à combattre la peur du vide que chaque homme, chaque femme vit à sa manière. La virilité du partenaire peut être troublée (14). Rappelons la phrase de G. Tordjman : *"Enlever l'utérus d'une femme, c'est toucher au sexe de son partenaire"*.

Là encore, la préparation à l'intervention donne ses effets. Si, au cours de ce travail, la femme s'est préparée à la séparation, si elle a pu garder confiance, se "renarcissiser", elle sera plus à même de lui signifier que tout peut reprendre.

La rencontre avec le chirurgien

La rencontre avec le chirurgien est un temps essentiel. Son examen, ce qu'il dit sur l'intervention, sur ce qu'il va enlever, sur ce qu'il va laisser en place, tout est important. De plus, le chirurgien a davantage l'occasion de rencontrer le compagnon de vie que les gynécologues. Chacun de ses mots, de ses commentaires, va être disséqué par le couple. Dans la période peropératoire, le chirurgien occupe une place unique. Il en éprouve les bénéfices, c'est mieux s'il peut en renvoyer une partie, en signifiant qu'il est conscient de ce qu'il enlève. La parole de ce "maître après Dieu" qu'est le chirurgien est irremplaçable. Ce n'est certes pas lui demander d'avoir des états d'âme, dont les opérateurs doivent être économes.

Évolution des indications, évolution des techniques

Dans les dix dernières années, les indications de l'hystérectomie ont changé. On enlève beaucoup moins souvent l'utérus d'une femme qui a un fibrome et... plus de quarante ans. Les RMO sur l'attitude vis-à-vis des fibromes asymptomatiques ont suivi l'évolution.

En revanche, aujourd'hui, on opère plus souvent des femmes en périménopause dans le but de permettre un traitement hormonal substitutif, ce qui peut être vécu de façon positive par certaines femmes. Il est un peu tôt pour repérer si l'on assiste à une diminution en valeur absolue des hystérectomies ou à une simple migration de population des opérées.

Le développement de la chirurgie endoscopique fait qu'un certain nombre de patientes subissent des résections de myomes ou d'endomètre leur permettant d'éviter ou de surseoir à l'hystérectomie. Celle-ci n'est alors proposée que lorsque les symptômes persistent ou récidivent, permettant ainsi aux femmes de s'y préparer.

Ce ne sont donc pas les mêmes femmes qu'autrefois auxquelles sont proposées les nouvelles hystérectomies.

En matière de technique hystérectomique, il règne encore, dans la communauté des chirurgiens, une hiérarchie :

- d'un côté, les valeureux, les consciencieux font des hystérectomies totales ;
- de l'autre, les peu rigoureux, les pressés font des hystérectomies subtotaux.

La charge symbolique de cette cotation semble être un des principaux mécanismes expliquant la persistance du *dogme* de l'hystérectomie totale à l'époque où la médicalisation gynécologique des femmes a considérablement crû et où la cytodétection s'est lentement mais sûrement répandue. Le dogme de l'hystérectomie totale n'a pas empêché l'existence, dans l'ombre, d'une hérésie : l'hystérectomie subtotale se pratiquait, mais on en parlait peu et... on l'écrivait encore moins. Cette pratique semi-clandestine explique qu'il y a eu peu de travaux consacrés à la différence du vécu postopératoire des femmes ayant ou non gardé leur col utérin, à part ceux de Kilkku (13).

En ce qui concerne la voie haute, jusqu'à une période récente, l'hystérectomie subtotale avec une incision de Pfannenstiel paraissait la technique la plus adaptée au désir que les femmes ont toujours ressenti, parfois même exprimé, que les traces soient aussi peu visibles que possible.

Les nouvelles hystérectomies

En ce qui concerne la voie basse, depuis quelques années, l'hystérectomie vaginale prend une place importante, qui va croissant (3, 8, 12). Cette technique a traversé le siècle, passant de l'archaïsme à la modernité. L'expérience nous avait depuis longtemps fait observer qu'une proposition d'intervenir par les voies naturelles était très favorablement accueillie par les patientes quand elle n'était pas suggérée. Elle peut être simple, ou comporter deux temps, et être dite "cœliopréparée" (9, 16). Moins choquante sur le plan général, elle réduit notablement le temps d'hospitalisation et, surtout, elle n'entraîne pas de cicatrice (3). Elle est incontestablement ressentie comme une moindre effraction par les femmes. La période peropératoire et postopératoire comporte un allègement considérable. La récupération rapide après l'hystérectomie vaginale est remarquable, même si les femmes reconnaissent qu'il leur faut un mois pour se sentir parfaitement bien.

Une technique "outsider" : **l'hystérectomie cœlioscopique supracervicale** (*laparoscopic supracervical subtotal hysterectomy*) ou **LASH**.

Depuis les débuts de l'hystérectomie laparoscopique, initiée par Reich (16) en 1989, les publications se sont multipliées. En 1994, Donnez et coll. (11) ont publié une série de 156 LASH. Ils insistent sur la faisabilité, la moindre morbidité de l'intervention, le moindre risque de prolapsus du dôme vaginal. Il est vrai que cette technique peut avoir un attrait pour une minorité de femmes du fait de la discrétion remarquable de ses traces : pas de cicatrice, respect absolu de la cavité vaginale.

Malgré le prestige de l'"orfèvrerie cœlioscopique", des voix s'élèvent contre le retour de l'hystérectomie subtotale, invoquant le risque de cancer, ce qui est plus que contestable étant donné le développement de la cytodétection. À l'opposé, les partisans de cette technique conservatrice ne peuvent pas se revendiquer d'un plaisir sexuel plus grand pour la femme : des femmes sans col ont du plaisir, d'autres ont leur col et sont insensibles. Il y a là une équation personnelle qui n'est ni l'affaire des chirurgiens, ni celle des sexologues. Le respect maximal de l'intégrité semble la meilleure des boussoles (13). Ce manque de certitudes est une situation inconfortable pour l'esprit médico-chirurgical. Une difficulté vient peut-être de la simplicité du propos : *respecter le désir exprimé d'une femme qu'on en enlève le moins possible, entendre la voix de celles pour lesquelles le col est un lieu de leur féminité*.

Il y a ainsi aujourd'hui un choix de techniques hystérectomiques. Idéalement, la décision devrait être prise, cas par cas, en fonction des conditions anatomiques, après information complète de la femme sur les différentes possibilités. Idéalement aussi, sans que le chirurgien ne suggère trop fortement la technique qu'il préfère.

En conclusion, quand l'indication chirurgicale est bonne, que la femme a pu se préparer et que la chirurgie est le plus conservatrice possible, les éléments sont réunis pour permettre aux femmes de faire face à l'hystérectomie dans la majorité des cas.

Quand on travaille depuis longtemps sur l'hystérectomie, la confrontation avec le vécu des nouvelles techniques est pas-

sionnante, elle peut même être dans un premier temps perturbante ; on peut éprouver une résistance à intégrer la mutation qui s'opère incontestablement dans le retentissement de celle-ci. Nous pensons que l'utérus est porteur des mêmes représentations symboliques quelle que soit la voie par laquelle il quitte le corps de sa porteuse. Sans aborder en détail la relation entre absence de cicatrice et deuil de l'utérus, nous constatons que les femmes vivent cet événement sur un mode beaucoup moins dramatisé. Il y a moins de réactions dépressives. Les femmes insistent sur le repos et le temps nécessaire pour se sentir physiquement et psychologiquement bien. Le mois d'arrêt de travail des interventions traditionnelles leur convient parfaitement, même si elles quittent l'hôpital au troisième ou quatrième jour.

Répetons que le changement tient tout autant au fait que les femmes sont plus âgées, plus préparées.

Au-delà des considérations techniques, l'intervention la plus "miniaturisée", la plus esthétique qui soit doit obéir à une éthique rigoureuse en matière d'indications et de préparation à l'intervention. Comme d'autres techniques, la technique chirurgicale doit comporter des préliminaires (5). Cette chirurgie "allégée" doit s'accompagner de la même préparation avant l'hystérectomie. Dans cette préparation, on repère les femmes à risque qui auront besoin d'un soutien particulier.

UN EXEMPLE : LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Ne pouvant aborder toute la chirurgie gynécologique, nous prendrons l'exemple de la grossesse extra-utérine (GEU), pour laquelle le traumatisme subi par la femme est depuis toujours sous-estimé. Le chirurgien ressent la satisfaction d'avoir sauvé sa patiente. Pour celle-ci, c'est l'effondrement de son projet d'enfant, avec la culpabilité de ne pas l'avoir accueilli à la place où il aurait pu rester et, de plus, la peur de la récurrence. Une observation peut illustrer certains aspects paradoxaux de la chirurgie à ventre fermé.

Une patiente entrée un matin, pour subir une salpingectomie sous cœlioscopie pour grossesse extra-utérine, rentre chez elle le lendemain. Elle téléphone en pleurant, elle saigne, elle a toujours mal au ventre, c'est comme avant l'opération, est-ce normal, qu'est-ce qui s'est passé ?

Les nouvelles techniques peuvent augmenter ou diminuer la sous-estimation habituelle de ce que ressent une femme en cas de grossesse extra-utérine. Avant, dans la période postopératoire, le terrain était occupé par la douleur, les troubles du transit. Cela mettait plus à distance la souffrance profonde de la femme. Les conditions différentes créées par la coeliochirurgie devraient être mises à profit pour parler de la perte que la femme a subie et pour exprimer la compassion pour la perte du projet d'enfant, aussi forte que dans la situation de fausse-couche (10). Les sorties immédiates ne permettent pas toujours de faire face à ce problème.

Malgré l'absence de cicatrice, il ne peut y avoir de chirurgie "effacée". Il y a des événements qui doivent prendre sens. S'il y a des deuils dont on ne peut pas faire l'économie, ils peuvent cependant être adoucis.

Enfin, la “faisabilité” de ces interventions ne devrait pas augmenter de façon abusive les indications opératoires. Or ceci est un risque pour certaines patientes qui souffrent d’algies pelviennes au long cours et sont souvent demandeuses d’interventions.

LA CHIRURGIE DES ALGIES PELVIENNES AU LONG COURS

Il s’agit de patientes qui viennent consulter pour algies pelviennes et chez lesquelles est portée à tort une indication chirurgicale. Malgré les progrès techniques des méthodes d’investigation, il arrive encore de rencontrer ces héroïnes de roman noir chirurgical dont les épisodes sont : appendicectomie, cure de rétroversion, résections ovariennes, etc., pour une douleur restée en l’état. Des travaux anciens et toujours confirmés de Barker (1) ont montré que les femmes qui avaient été opérées pour des lésions non confirmées après l’intervention avaient près de trois fois plus de problèmes psychiatriques que celles dont les lésions étaient confirmées. Le même auteur a noté que les femmes qui avaient des antécédents psychiatriques ont eu cinq fois plus de problèmes que les autres. Ceci rend compte de la fréquence de l’hystérectomie chez l’hystérique (7) et doit nous rendre vigilants devant des plaintes répétées ayant entraîné des actes chirurgicaux récurrents sans aucun résultat (1, 7, 19, 20).

Ces femmes assiègent les médecins, les chirurgiens, en exprimant la conviction qu’elles portent un défaut au niveau de leurs organes génitaux. Ces femmes établissent **dans leur imaginaire** un rapport de causalité entre leur douleur et un organe génital, ovaire ou utérus. La difficulté pour nous est de ne pas établir à notre tour un rapport de causalité strict entre un substratum anatomique et l’entière du vécu douloureux de la patiente. Dans ces situations, le diagnostic d’urgence devrait être celui du manque d’amour que ces femmes ont pour le contenu de leur bas-ventre et **qu’aucune chirurgie ne pourra leur rendre** (4). Mais 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 passage à l’acte chirurgical résiste plus ou moins longtemps à l’intense sollicitation.

Après l’intervention, certaines femmes ressentent leur douleur toujours là, il y a une fixation psychique au mauvais contenu. Parfois, une certaine amélioration s’installe après l’intervention, mais elle n’est pas durable. Malgré le talent qu’ont certaines de ces patientes de pousser à l’agir médico-chirurgical, il faut cultiver une neutralité bienveillante au symptôme. Sentir assez vite ses limites devant ce type de patientes permet de les adresser ailleurs avant que ne s’installe une relation sado-masochiste. L’envoi à un autre thérapeute n’est plus vécu par le chirurgien comme un échec et surtout, pour la patiente, ce n’est plus un brutal rejet.

Passé un certain parcours chirurgical, il sera de plus en plus difficile d’accéder à la souffrance psychique initiale.

Un exemple affligeant est l’histoire suivante :

Une femme de 35 ans m’est adressée par le chirurgien hospitalier qui l’a opérée trois fois et qui ne peut plus la supporter. Cette patiente est venue le voir après avoir

subi deux cœlioscopies ayant comporté sutures ovariennes et kystectomie pour douleurs restées en l’état. Après la deuxième cœlioscopie, elle s’est plainte d’une dyspareunie intense, elle a assiégé son gynécologue chirurgien, qui a prononcé des paroles terribles pour elle : “vous n’avez rien”. De plus, il a dit à son mari : “votre femme débloque”. Devant ce désaveu, la patiente quitte son gynécologue de ville pour un service hospitalier de prestige. Commence une relation avec le chirurgien, qui la rejettera, non sans l’avoir opérée trois fois par cœlioscopie. Au cours de la cinquième cœlioscopie, une ovariectomie est faite.

Lors de la visite postopératoire, quand le chirurgien lui a appuyé sur l’abdomen, la patiente a dit ressentir la même violente douleur. Le deuxième intervenant avait, à son tour, épuisé ses limites. Dans la fureur de son échec, il a renvoyé la patiente qui, depuis, avons-nous su, a subi une hystérectomie.

Après le parcours de cette patiente dans l’orbite chirurgicale, il n’était même plus possible de la protéger d’une récurrence. La **modernité** de cette patiente tient à ce qu’elle est une **polyperforée de l’ombilic** quand ses aînées étaient des **polybalafrées de l’abdomen**. Si l’inscription sur le corps est sensiblement moins lourde, l’inadéquation de la réponse est la même.

REPÉRER LES FEUX CLIGNOTANTS ÉMIS PAR LES PATIENTES

La litanie de leurs plaintes, celle de leur consommation médicale, et leur relation avec les médecins et les chirurgiens, faite d’espoirs et de déceptions, doivent attirer notre plus grande vigilance.

Il faut savoir que ces patientes s’adaptent aux progrès de la médecine, elles déjouent les RMO. Nul doute qu’elles sont en train de se ranger sous la bannière de la fibromyalgie pelvienne...

La difficulté de résister aux pièges que tendent et se tendent ces femmes interpelle uniment généralistes, gynécologues et chirurgiens. Passé un certain stade du parcours, l’envoi à un psychothérapeute pour aborder la souffrance psychique peut être agressif, voire destructeur. C’est dire l’interêt du repérage précoce de l’origine endopsychique du symptôme (4, 19).

CONCLUSION

Rappelons à quel point certaines douleurs doivent être respectées, car elles constituent une cuirasse protectrice. Enfin, et surtout, la tendance à incriminer l’appareil génital n’est pas seulement le fait de ces grandes malades que sont les femmes à structure hystérique. L’appareil génital est chez la femme le lieu de résonance privilégié des conflits intrapsychiques et relationnels. Devant des femmes qui souffrent, nous devons nous garder d’établir un rapport de causalité strict entre le vécu douloureux de la patiente et ce que les techniques pointues d’aujourd’hui mettent à jour (4). On trouve presque toujours quelque chose... Entendre la biographie d’une douleur aide à

ne pas poser d'indication abusive. L'écoute de celle-ci laisse une chance à la souffrance psychique d'apparaître. Ces repérages permettent en outre de mettre en place un soutien particulier chez certaines femmes quand l'intervention est justifiée.

Il y aura toujours un excès d'interventions chirurgicales de par la rencontre de certaines femmes qui se plaignent du ventre et de chirurgiens au bistouri ou au trocard facile. Il est cependant plus que souhaitable que médecins, gynécologues et chirurgiens ne cèdent pas à la mauvaise conscience de la "non-intervention", enfin et surtout qu'ils tolèrent les plaintes de leurs patientes longtemps...

Si la chirurgie s'allège, notre responsabilité en matière d'indications s'alourdit. ■

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Barker M.G. *Psychiatric illness after hysterectomy*. *Br Med J* 1968 ; 2 : 91-5.
2. Blanc B. *Conclusions et Références en Gynécologie et Obstétrique* 1994 ; 2 : 247-8.
3. Blanc B., Casta M., Roge Ph. et coll. *L'hystérectomie vaginale. Références en Gynécologie Obstétrique* 1994 ; 2 : 23-31.
4. Borten-Krivine I. *Algies pelviennes et chirurgie*. *Contracept Fertil Sex* 1986 ; 14 : 473-80.
5. Borten-Krivine I. *Hystérectomies*. *Rev Méd Psychosom* 1990 ; 21/22 : 31-8.
6. Bydlowski M. *Désirer un enfant ou enfanter un désir*. In : Charvet F., Pernaud L. *Désir d'enfant, refus d'enfant*. Stock, Paris 1980 ; 85-105.
7. Cohen M.E. *Excessive hysterectomy in hysteria*. *JAMA* 1953 ; 151 : 977-86.
8. Cosson M. *L'hystérectomie, passé, présent, avenir*. Thèse de médecine, Lille, 1993.
9. Cosson M. *Voies d'abord des hystérectomies pour lésions bénignes*. *Références en Gynécologie Obstétrique* 1994 ; 230-40.
10. Cribier F. *La trompe éclatée de rage*. *Contracept Fertil Sex* 1989 ; 21/22 : 53-62.
11. Donnez J., Polet R. *L'hystérectomie cœlioscopique supracervicale*. *Références en Gynécologie Obstétrique* 1994 ; 2 : 118-24.
12. Fernandez H., Le Laidier C., Frydman R. *La fin de l'hystérectomie abdominale ? Intérêt de la cœliochirurgie*. *Gynécologie* 1992 ; 43 : 29-31.
13. Kilku P., Lehmen V., Hirvonen T., Grönroos M. *Abdominal hysterectomy versus supravaginal uterine amputation ; psychic factor*. *Ann Chir Gyn Suppl* 1987 ; 202 : 62-7.
14. Lalos A., Lalos O. *The partner's view about hysterectomy* *J Psychosom Obstet Gynecol* : 119-24.
15. Lopes P., Mensier A., Besse O., Laurent F.X. *Les complications des hystérectomies*. *Références en Gynécologie Obstétrique* 1994 ; 2 : 150-60.
16. Reich H., De Caprio J.R., Mc Glynn F. *Laparoscopic hysterectomy*, *J Gynecol Surg* 1989 ; 5 : 213-5.
17. Tordjman G. *L'hystérectomie modifie-t-elle la sexualité ?* In : *Utérus et sexualité*, 35^e Assises françaises de gynécologie, Editions Masson, Paris 1991.
18. Tordjman G. *Retentissement de l'hystérectomie*, *Impact Médecin Hebdo* 1993 ; 192 : 14.
19. Waldemar G., Werdelin L. et coll. *Neurologic symptoms and hysterectomy : a retrospective survey of the prevalence of hysterectomy in neurologic patients*. *Obstet Gynecol* 1987 ; 70 : 559.
20. Wijma K., Boecke, Janssens J. *Risk factors for hysterectomic patients*. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1982 ; 1 : 1.