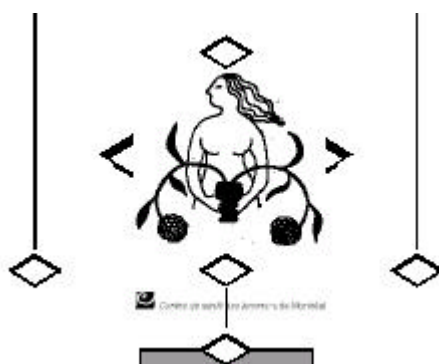


**MON UTERUS
ET MES OVAIRES
M'APPARTIENNENT
LA DECISION AUSSI**

**HYSTERECTOMIE ET OVARIECTOMIE :
REGARD SUR LA PROBLEMATIQUE
ET LES ALTERNATIVES**



Ce guide fait l'objet d'une subvention du ministère de l'Enseignement supérieur et de la science, en vertu du Programme de soutien aux activités de développement de la culture scientifique et technique.

Les vues exprimées dans ce guide sont uniquement celles du Centre de santé des femmes de Montréal et n'engagent pas la responsabilité du ministère de l'Enseignement supérieur et de la science.

Rédaction: **Lynda Gadoury**
Recherche : **Sylvie André**
Lynda Gadoury
Josée Langelier
Supervision: **Minerva Gutierrez**
Comité de lecture: **Lyne Dessureault**
Minerva Gutierrez
Johanne Marcotte
Sophie Martin
Karen Messing
Karol O'Brien
Lucie Vaillant
Collaboration spéciale: **Maria De Koninck**
Francine Léger
Karen Messing
Eileen Young
Production, diffusion et
traitement de texte: **Karol O'Brien**
Révision: **Lucie Marchessault**
Illustration: **Lynda Gadoury**
Conception graphique
et illustration: **Christiane Bédard et Sylvie Daigle**
de Folio Garetti
Impression: **Imprimerie P.L.**
Distribution: **Centre de santé des femmes**
de Montréal
16 boul. St-Joseph est
Montréal (Québec)
H2T 1G8

Tous les droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous les pays.

© Centre de santé des femmes de Montréal

ISBN 2-9802013-5-9

Dépot légal: 1er trimestre 1994

Bibliothèque Nationale du Québec

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----|--|
| 5 | INTRODUCTION |
| 8 | L'APPAREIL GÉNITAL ET SON FONCTIONNEMENT |
| 10 | Description technique |
| 12 | Fonction hormonale |
| 15 | Fonction reproductrice |
| 16 | Fonction sexuelle |
| 18 | LES PROBLÈMES ET LES MALADIES DE L'UTÉRUS |
| 18 | Fibromes |
| 25 | Endométriose |
| 29 | Prolapsus utérin |
| 32 | LES PROBLÈMES ET LES MALADIES DES OVAIRES |
| 32 | Problèmes du cycle menstruel |
| 36 | Kystes |
| 40 | LES CANCERS |
| 41 | Cancer du col utérin |
| 45 | Cancer de l'endomètre |
| 47 | Cancer des ovaires |
| 50 | LES CHIRURGIES MAJEURES |
| 50 | Hystérectomie |
| 54 | Ovariectomie |
| 56 | Chirurgies mixtes |
| 61 | L'HYSTÉRECTOMIE ET L'OVARIECTOMIE: AVANT ET APRÈS |
| 61 | Pour pouvoir décider |
| 67 | Comment se préparer à l'hystérectomie |
| 69 | Après l'hystérectomie |

73 LES MÉDECINES DOUCES

74 Acupuncture

75 Homéopathie

76 Phytothérapie

77 Autres thérapies

78 CONCLUSION

80 BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

Appareil génital féminin

Utérus, couches de l'utérus

Cycle menstruel

Phases de la conception

Types de fibromes

Myomectomie

Chirurgie réparatrice des fibromes

Chirurgie hystéroscopique

Sites d'endométriose

Prolapsus utérin

Endocol

Conisation

Hystérectomie totale et subtotale

Hystérectomies abdominales

Hystérectomie vaginale

Ovariectomie et salpingo-ovariectomie

Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie

Hystérectomie radicale

Le Centre de santé des femmes de Montréal est un organisme féministe à but non lucratif dont l'objectif premier est de promouvoir la santé des femmes/lesbiennes.¹ Pour réaliser cet objectif, nous tentons depuis 19 ans d'offrir aux femmes/lesbiennes un lieu de réflexion et d'information sur nos conditions de vie et sur notre santé. Il est essentiel que nous partagions nos connaissances, nos expériences et nos questionnements si nous voulons être en mesure de prendre des décisions éclairées et d'exercer un certain contrôle sur notre santé. Nous serons également plus en mesure de nous préparer à vivre la ou les solutions retenues.

Le document sur l'hystérectomie et l'ovariectomie suggère de questionner les diagnostics et les traitements proposés par les spécialistes concernant nos utérus, nos trompes et nos ovaires; de demander des précisions; d'exiger des réponses claires lors des rencontres et enfin de choisir ce qui correspond le plus à nos besoins.

Cette démarche de prise en charge suppose une connaissance de nos organes génitaux et de notre système reproducteur, de son mode de fonctionnement, des maladies qui peuvent se manifester; endométriose, fibromes, prolapsus, cancer et des solutions qui peuvent être envisagées. Voilà l'exercice proposé par ce document. L'absence ou le manque d'information complète et objective obligent trop souvent les femmes/lesbiennes à s'en remettre uniquement aux discours et aux solutions des «spécialistes».

¹ Nous tenons à différencier et à nommer dans nos écrits et dans nos ateliers les femmes et les lesbiennes. Cette façon de faire nous permet de reconnaître et d'identifier plus clairement l'oppression et le contrôle particuliers à chacun des groupes.

L'utérus, lieu de procréation, organe unique et indispensable à la survie de l'humanité a suscité depuis des siècles bien des controverses. On a attribué à cet organe méconnu divers rôles le rendant ainsi responsable de plusieurs maux. On a longtemps imaginé que l'excitabilité, les émotions excessives, la folie et l'incapacité intellectuelle de certaines femmes/lesbiennes étaient provoquées par l'utérus.

Plusieurs philosophes dont Platon croyaient que l'utérus était une bête enfouie dans le ventre des femmes/lesbiennes, bête qui nous dictait notre conduite et avait le contrôle de nos



émotions. A la Renaissance, les débuts de la gynécologie mirent un terme à ces croyances erronées. Toutefois, d'autres croyances toutes aussi inquiétantes firent leur apparition. L'utérus devint alors responsable de tous les désordres dont souffraient les femmes/lesbiennes, en particulier de l'hystérie.

L'invention du spéculum, au 19^{ème} siècle, permit d'examiner l'intérieur du vagin et le col de l'utérus. C'est à la fin de ce siècle, avec les débuts de la chirurgie, que les organes génitaux internes des femmes/lesbiennes devinrent accessibles aux spécialistes. Au même moment, l'ablation de l'utérus et des ovaires fut pratiquée de plus en plus couramment. Plusieurs raisons justifiaient cette pratique. Entre autres, les chirurgiens associaient l'utérus aux dangers d'infection. A leurs yeux, l'utérus n'était utile que dans la mesure où il y avait procréation, il fallait donc à tout prix l'enlever lorsqu'il ne servait pas. Le mot «hystérectomie» provient de deux mots grecs: «hustera» qui veut dire utérus et «ektomê» qui signifie ablation.

Aujourd'hui encore, on a parfois l'impression que les croyances n'ont pas beaucoup changé. Plusieurs chirurgiennes et chirurgiens entretiennent un discours semblable sur l'utilité et sur les fonctions de l'utérus, réduisant ainsi son rôle à la procréation. Considérant les autres fonctions de l'utérus comme étant secondaires, presque inutiles; les spécialistes enlèvent souvent très rapidement l'utérus et les ovaires des femmes/lesbiennes. Cela constitue une autre manifestation de l'abus du pouvoir médical à l'égard des femmes.

Tout le système médical contribue à nous maintenir sous la coupe des experts et de leur savoir. Ce n'est pas en 10 minutes que nous avons le temps de poser nos questions. Il n'est donc pas surprenant de constater que plusieurs femmes/lesbiennes ne connaissent pas ou connaissent peu le fonctionnement de leur corps et plus particulièrement de leur appareil génital externe et interne. Combien de questions concernant nos organes génitaux, notre sexe, notre sexualité sont restées sans réponse dès l'enfance? Tabous, religion, éducation, peur, autant de facteurs qui ont contribué à nous maintenir dans l'ignorance.

Les pressions et les remises en question amorçées par les féministes dans les années 70 ont largement contribué à nous redonner du pouvoir sur notre santé. La création de pratiques innovatrices en auto-santé (examen des seins, du col de l'utérus et des organes internes) la mise sur pied d'ateliers et d'échanges collectifs en contraception, MTS, avortement et sexualité nous ont incitées à questionner le discours médical et à ne plus tolérer d'être considérées comme des «cas».

Dans ce mouvement, des chercheuses ont dénoncé l'opinion médicale voulant que l'utérus, une fois son travail reproducteur terminé devienne inutile, voire même nuisible. Les experts proposaient alors aux femmes de les débarrasser de leur utérus et du même coup de leurs menstruations «douloureuses et salissantes». Heureusement que les chercheuses féministes ont protesté. Elles ont démontré que l'utérus est indispensable au bon fonctionnement du corps féminin. Étant relié directement aux ovaires, à l'hypothalamus² et aux organes génitaux internes, il s'harmonise aux autres membres d'un vaste et complexe réseau.

² Hypothalamus: Région du cerveau qui se prolonge vers l'hypophyse. Il agit sur la régulation du sommeil, le comportement sexuel, l'humeur et les émotions.

La médecine traditionnelle nord-américaine a longtemps minimisé les rôles joués par l'utérus, restreignant celui-ci à sa seule fonction d'appareil reproducteur. Il est vrai que l'utérus est l'un des principaux intermédiaires dans le processus de la reproduction mais il influence aussi des domaines non négligeables comme la sexualité et les fonctions hormonales.

Les ovaires quant à eux, sont les principaux acteurs dans la production des hormones et dans le bon fonctionnement du système hormonal et reproducteur. Jusqu'au début de notre siècle, tous les maux qui étaient incompris par la médecine officielle étaient attribués à un mauvais fonctionnement des ovaires. Pour tout et pour rien, les femmes/lesbiennes devaient se voir amputées de ces glandes très utiles. Aujourd'hui d'autres mythes ont remplacé les croyances folkloriques de nos aînés.

On croit souvent à tort que les ovaires ne servent qu'aux femmes/lesbiennes qui veulent avoir des enfants et que si le désir de procréer est absent, on pourrait tout aussi bien vivre sans eux. Ce que l'on néglige, c'est toute l'activité hormonale des ovaires qui régularise non seulement le cycle menstruel servant à la reproduction mais aussi tous les organes, tous les tissus de notre corps. De plus, les ovaires sont en relation étroite avec des glandes comme l'hypophyse³ et des régions du cerveau comme l'hypothalamus.

Aujourd'hui encore certaines chirurgiennes et certains chirurgiens ont tendance à proposer aux femmes/lesbiennes qui vont subir une hystérectomie de procéder à l'ablation des ovaires en même temps. La justification que l'on nous fournit en est une de prévention. Si nous n'avons plus nos ovaires nous ne risquons plus de cancer des ovaires. Toutefois, nous nous retrouverons en ménopause précoce avec tous les problèmes que cela entraîne. L'information suivante vise à expliquer le plus simplement possible toutes les fonctions de ces organes qui réalisent un travail indispensable.

³ Hypophyse: Glande endocrine située sous le cerveau. Règle et contrôle les activités des autres glandes endocrines et de nombreux processus corporels.

DESCRIPTION TECHNIQUE

Les principaux organes de l'appareil génital féminin sont l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires.

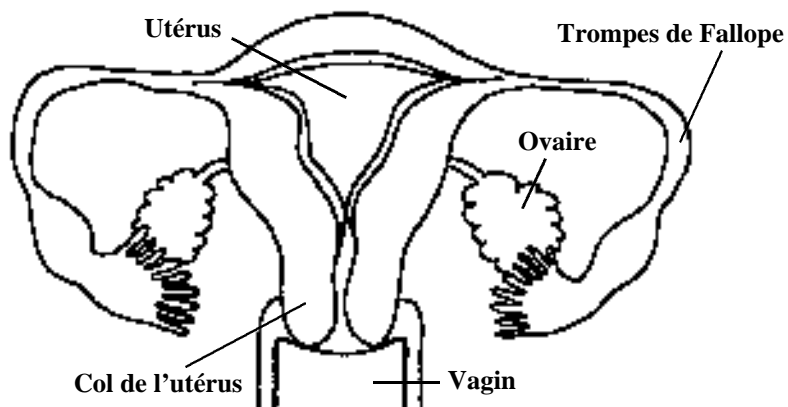


FIGURE 1 - APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

L'utérus est un organe musculaire qui a un peu la forme d'une poire renversée. Il est situé dans la cavité pelvienne entre la vessie (devant) et le rectum (derrière). En dehors de la période de grossesse, l'utérus mesure environ 7 à 8 cm de long, 4 à 5 cm de large et 2 à 3 cm de profond. C'est un organe creux fait de trois parties principales soit:

- le **fond**: la partie supérieure de l'utérus, qui est bombé;
- le **corps**: l'intérieur de l'utérus, qui a la forme d'un triangle;
- le **col**: un cylindre de plus ou moins 3 cm à l'extrémité inférieure qui est en quelque sorte l'entrée de l'utérus. Cette partie descend un peu dans le vagin (1/3), il est donc possible de le voir et de le toucher.

Lors de l'examen gynécologique il est facile de palper l'utérus. La technique est très simple. On place un doigt ou deux dans le vagin pour soutenir le col de l'utérus, l'autre main est posée sur le bas du ventre de façon à palper l'utérus. On pourra vérifier sa forme, sa grosseur et détecter des anomalies s'il y a lieu. On examine les ovaires avec une technique presque identique.

La paroi utérine a environ 1 cm d'épaisseur et se compose de trois parties bien distinctes:

- le **péritoine**: partie extérieure de l'utérus qui le recouvre complètement;
- le **myomètre**: partie musculaire centrale;
- l'**endomètre**: partie muqueuse tapissant l'intérieur de l'utérus qui se renouvelle à chaque cycle menstruel.

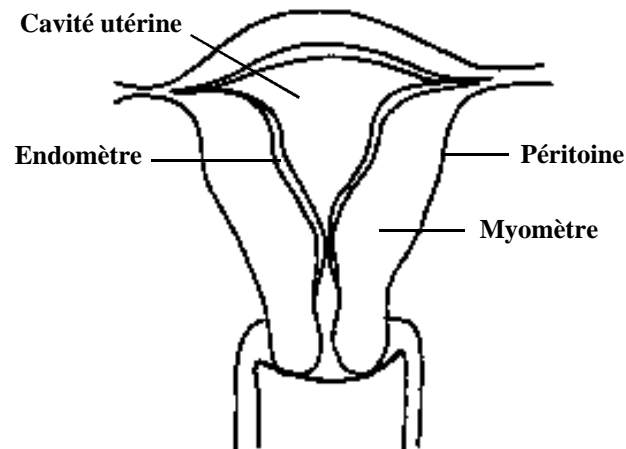


FIGURE 2 - UTÉRUS, COUCHES DE L'UTÉRUS

L'utérus est relié directement aux trompes de Fallope à son extrémité supérieure. Il y a 2 trompes, une de chaque côté. Ce sont des tubes musculaires en forme de trompette qui mesurent environ 12 cm de long avec un pavillon frangé au bout. Ce pavillon effleure les ovaires qui sont tout près. La principale fonction des trompes de Fallope est de relier l'ovaire à l'utérus ce qui permet à l'ovule et aux spermatozoïdes de se rencontrer dans la trompe (fécondation) et de se mouvoir jusqu'à l'utérus, pour se fixer à sa paroi (nidation de l'oeuf fécondé).

Les ovaires sont des glandes qui ont un peu la forme d'une amande mesurant 2 ou 3 cm de circonférence. Ils sont placés de chaque côté de l'utérus auquel ils sont reliés par un ligament appelé le ligament

large. Ce sont ces glandes qui contrôlent la production des hormones féminines et la production de l'ovule servant à la reproduction. Un réseau complet de ligaments soutient l'utérus, les trompes et les ovaires et maintient le tout dans la cavité pelvienne.

FONCTION HORMONALE

Le corps tout entier se nourrit d'hormones. Celles-ci sont produites par plusieurs organes dont les ovaires et l'utérus qui, en relation avec certaines glandes, sécrètent les hormones que nous appellerons les hormones sexuelles. Nous croyons qu'il est très important de connaître le fonctionnement du système hormonal car celui-ci contrôle le cycle menstruel, la reproduction et le bon fonctionnement de tout le corps, de la qualité de la peau à la libido. Le système hormonal est un des plus complexes du corps des femmes/lesbiennes.

Définition

Une hormone, c'est une substance produite par une glande qui circule dans le corps tout entier, en empruntant le sang comme moyen de transport. C'est pourquoi on peut retrouver les effets d'une hormone à une distance considérable de son lieu de production. Les hormones qui nous intéressent tout particulièrement sont nommées les hormones sexuelles. On pourrait croire que celles-ci n'ont pour rôle que la fonction reproductrice mais elles influencent tout le corps. Elles sont responsables de l'élasticité de notre peau, de la qualité de nos muscles, de nos os et de notre énergie. De plus, elles participent activement au cycle menstruel.

Tout commence par l'hypothalamus qui agit comme centre de contrôle des messages hormonaux. L'hypothalamus envoie un message à l'hypophyse. L'hypophyse est une glande qui se trouve à la base du cerveau et n'est pas plus grosse qu'un pois. Cette glande sécrète deux hormones essentielles, l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et l'hor-

mone lutéinisante (LH). Une fois ces hormones produites, elles vont jusqu'aux ovaires pour y stimuler la production d'autres hormones plus connues, l'oestrogène, la progestérone et une petite quantité d'une hormone mâle appelée la testostérone. L'utérus est aussi responsable de la production d'hormones, soit de l'endorphine et de la progestérone.

L'oestrogène: Pendant toute la période de la puberté jusqu'à la ménopause, cette hormone contribue à stimuler l'hypophyse pour que celle-ci produise l'hormone FSH qui elle, favorise la production d'autre oestrogène par les ovaires. L'oestrogène est responsable de la nidification de l'oeuf dans l'endomètre, en épaississant les parois de celui-ci à chaque cycle menstruel. Il influence notre taille, notre poids mais aussi notre régularité cardiaque. Ce ne sont que quelques exemples des multiples fonctions de cette hormone qui agit sur tout le corps.

La progestérone: Cette hormone est produite par les ovaires mais aussi par l'utérus. La principale fonction de cette hormone consiste à préparer l'endomètre à la nidification. Avec l'action combinée des oestrogènes, la progestérone épaissit cette muqueuse pour qu'elle nourrisse l'oeuf fécondé. Elle permet aux muscles utérins de devenir plus souples pour favoriser une grossesse éventuelle. Quand il n'y a pas de fécondation, la production d'oestrogène et de progestérone chute et les menstruations commencent.

La testostérone: C'est une hormone mâle qui est produite par les ovaires mais surtout par les glandes surrénales. Elle est responsable de ce que l'on appelle communément les caractères sexuels secondaires, soit les poils et le tonus musculaire. Elle est aussi en partie responsable du désir sexuel.

L'endorphine: C'est une hormone sécrétée entre autres par l'utérus. Sa principale fonction est d'être un anti-douleur naturel.

Le corps des femmes/lesbiennes produit des hormones tout au long de leur vie. Bien entendu cette production n'a pas les mêmes qualités et les mêmes fonctions tout au long du processus de vieillissement. Le fœtus de 15 semaines produit déjà des oestrogènes. On sait qu'à la puberté le mécanisme de la fonction hormonale se déclenche, apportant les principaux changements physiques et psychologiques. A partir du début de la vingtaine, tout le système a atteint sa pleine maturité et peut fonctionner régulièrement jusqu'à l'apparition des premiers signes de la ménopause

Le cycle menstruel

L'ovaire est le principal acteur dans le cycle menstruel. Il n'est pas le seul à y participer cependant. Reportons-nous à la phase du cycle hormonal où l'hypophyse envoie une grande quantité d'hormones FSH aux ovaires. Cette hormone a pour fonction de stimuler les follicules emmagasinés dans les ovaires. Ces follicules sont des grappes de cellules renfermant chacune un oeuf immature que les ovaires ont produit et gardent en réserve même avant la naissance. A la naissance, chacune d'entre nous en avait déjà quelques 400,000. Sous l'effet des hormones FSH, plusieurs follicules vont donc se développer. D'un même coup, la production d'oestrogène augmentant, la paroi utérine (endomètre) va épaissir et se préparer à recevoir un oeuf fécondé. Nous sommes entre le jour 6 et le jour 13 du cycle menstruel.

A chaque cycle menstruel, sous l'effet de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH), un des follicules éclate et laisse échapper un oeuf, c'est l'ovulation. Celle-ci se produit de façon alternée dans l'ovaire gauche et dans l'ovaire droit. Le follicule éclaté se transforme en «corps jaune» et devient une manufacture à hormones soit d'oestrogène et de progestérone essentielles au maintien de la grossesse. Les autres follicules qui ne sont pas utilisés disparaissent graduellement. Cet ovule flotte à l'extérieur de l'ovaire et est récupéré par la trompe de Fallope. Il voyage dans la trompe pendant 3 ou 4 jours et c'est pendant cette période qu'il peut être fécondé. S'il n'y a pas fécondation, les niveaux d'hormones

châtent, et le corps jaune cesse sa production d'hormones. Sans cet apport, l'endomètre se décomposera et c'est l'arrivée des menstruations.

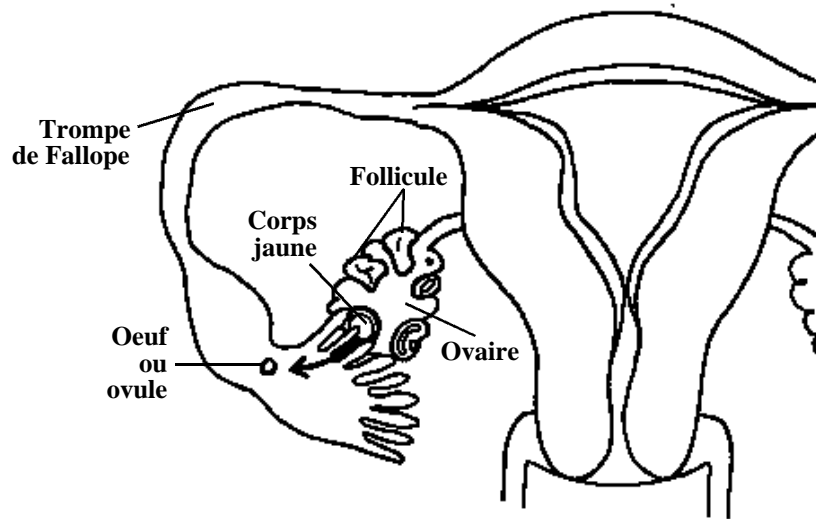


FIGURE 3 - CYCLE MENSTRUEL

FONCTION REPRODUCTRICE

Phases de la conception

La conception commence à la rencontre de l'ovule (cellule évacuée par l'ovaire) et du spermatozoïde. Cette réunion a lieu, la plupart du temps, dans la trompe de Fallope. Aussitôt le spermatozoïde entré dans l'ovule, la division des cellules débute tranquillement. C'est là le début de la formation de l'embryon. Cet embryon s'implante dans la membrane intérieure de l'utérus (endomètre) vers le 7ème ou le 8ème jour après la fécondation. A partir de ce stade, on peut parler de développement du placenta plutôt que de l'endomètre.

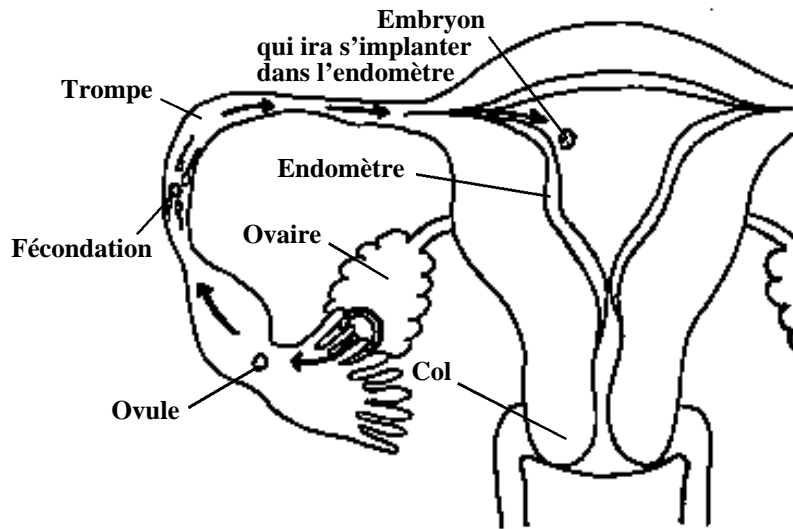


FIGURE 4 - PHASES DE LA CONCEPTION

Une nouvelle hormone appelée HCG est sécrétée par le placenta pour maintenir l'embryon en vie. Quand nous faisons un test de grossesse, c'est la présence de cette hormone que l'on vérifie. On ne la retrouve que chez les femmes/lesbiennes enceintes. Aux environs de la 12e semaine de grossesse, le placenta produit de la progestérone qui aide à nourrir l'embryon, puis le fœtus. La progestérone sert aussi à rendre les muscles de l'utérus plus souples pour permettre la croissance du fœtus.

Pendant toute la durée de la grossesse, l'utérus et plus spécifiquement le placenta produisent les hormones nécessaires à la gestation. Quand arrive le moment de l'accouchement, c'est encore sous l'action de d'autres hormones que le travail peut s'effectuer.

FONCTION SEXUELLE

Les hormones et la sexualité

Certaines femmes/lesbiennes ont tendance à croire que seulement les organes génitaux externes jouent un rôle dans la sexualité. Il n'en est rien. Les ovaires et l'utérus sécrètent des hormones qui alimentent notre désir sexuel. De plus, l'utérus est un muscle qui contribue à nous

stimuler sexuellement. Les hormones qui jouent un rôle dans la sexualité sont l'oestrogène et la progestérone produites par les ovaires et par l'utérus. C'est par les effets de ces hormones jumelés à d'autres facteurs (état psychologique, environnement, partenaires, etc...) que les femmes/lesbiennes ont du désir, et prennent plaisir aux jeux sexuels. La lubrification du vagin est aussi dûe à l'apport d'oestrogène et de progestérone dans le sang. Cette lubrification favorise la pénétration du pénis, du doigt ou d'un objet dans le vagin.

La testostérone, hormone produite par les ovaires et surtout par les glandes surrénales, contribue à éveiller le désir sexuel. Des études effectuées par des spécialistes ont démontré que les femmes/lesbiennes ayant subi une ovariectomie (ablation des ovaires) ont une baisse du désir sexuel parce que le taux de testostérone dans le sang chute beaucoup après cette intervention.

L'utérus

En plus de son apport en hormones, l'utérus est un muscle qui joue un rôle dans le plaisir que peuvent ressentir certaines femmes/lesbiennes lors des rapports sexuels. Au niveau du col utérin, des femmes/lesbiennes disent aimer la sensation du pénis ou d'un objet poussant le col de l'utérus pendant la pénétration. A l'intérieur de l'abdomen, lors des relations sexuelles, l'utérus change souvent de position et se contracte. Ces contractions sont ressenties agréablement par certaines femmes/lesbiennes de sorte qu'elles leurs permettent d'avoir un orgasme.

Dans ce chapitre, nous décrirons les 4 principales maladies ou maladies responsables des hystérectomies pratiquées au Canada. Nous indiquerons les causes et les symptômes les plus fréquents.

De plus, nous présenterons les traitements proposés par les divers intervenants et intervenantes de la santé. Selon un rapport publié en 1990, plusieurs femmes/lesbiennes âgées entre 15 et 49 ans ont eu une hystérectomie à cause de fibromes utérins (32,6 %) et d'endométriose (15,7 %). Par ailleurs, chez les femmes/lesbiennes âgées de 50 ans et plus, le prolapsus utérin souvent appelé descente de l'utérus est la première cause d'hystérectomie (38,0 %) suivi des différents cancers des organes génitaux (19,5 %).⁴

FIBROMES

Définition et formation des fibromes

Les fibromes (appelés également leiomyomes ou myomes) sont des tumeurs (bosses) non cancéreuses faites de tissus musculaires qui ont souvent une forme arrondie et peuvent avoir l'apparence d'un faisceau tourbillonnant. Il y en a de toutes les grosseurs variant du petit pois jusqu'à des masses pouvant atteindre plusieurs kilos. On peut les retrouver à tous les niveaux de l'utérus.

Les fibromes utérins sont ceux que l'on rencontre le plus souvent chez les femmes/lesbiennes. 20 % de celles-ci auront un ou plusieurs

⁴ Rochette, Louise et al. p.1.

fibromes durant leur vie.⁵ Que ce soit nous-même, une soeur ou une collègue de travail, il y a souvent près de nous une femme/lesbienne qui a reçu le diagnostic alarmant du «fibrome» .

Personne ne sait vraiment ce qui cause ces masses indésirables. Elles seraient sensibles à la présence des oestrogènes puisque l'on a pu vérifier leur apparition et leur développement pendant toute la période où les femmes/lesbiennes sont fertiles alors que souvent elles vont rétrécir voire même disparaître une fois la ménopause arrivée. Si notre mère a eu des fibromes, il y a plus de chances que nous en développi-
ons à notre tour car il est établi que les antécédants familiaux peuvent favoriser chez les descendantes, la formation de fibromes.

Types de fibromes et leurs symptômes

Fibrome sous-muqueux: Il se développe dans la couche intérieure de l'utérus (endomètre) et avance vers la cavité utérine. C'est celui qui apporte le plus de problèmes, même quand il est tout petit. L'utérus se contracte, essayant en vain de l'expulser, ce qui provoque des douleurs intenses. En grossissant il peut devenir pédiculé, c'est à dire qu'il ressort de l'utérus sur un support allongé (voir figure 5).

Fibrome sous-séreux: On le retrouve à la surface extérieure de l'utérus. Il est souvent sans symptôme sauf s'il se pédicule et se tord, ce qui peut devenir très douloureux. Sa grosseur et les endroits où il peut être situé sont très variables.

Fibrome interstitiel: Le fibrome interstitiel se développe dans l'épaisseur du muscle utérin (myomètre). Il refoule les fibres normales à la fois vers l'extérieur et vers l'intérieur. Il se développe souvent sans que l'on ne s'en aperçoive parce qu'il est loin de l'endomètre, responsable des saignements. Malheureusement il arrive qu'en grossissant, ce fibrome obstrue une trompe de Fallope ce qui empêche la fécondation.

⁵ Cutler, Winnifred B.(1988). Hysterectomy: before and after, New York: Harper and Row. p. 89.

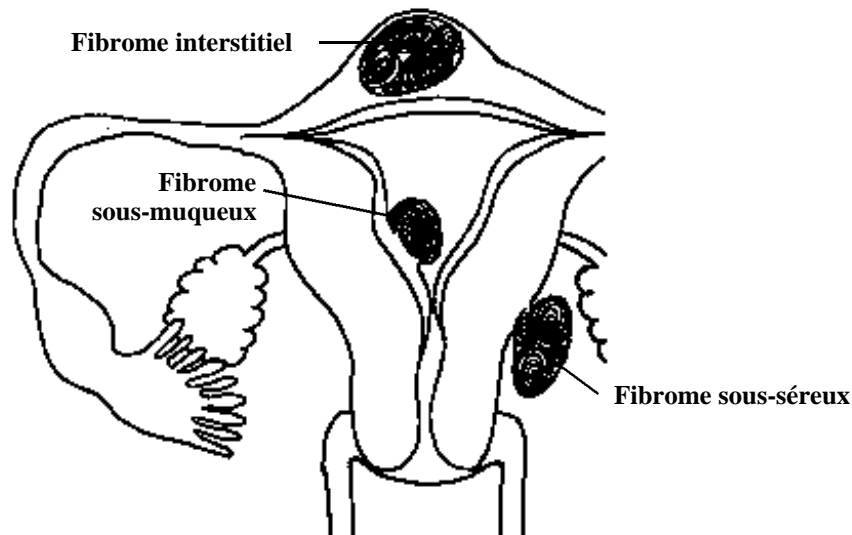


FIGURE 5 - TYPES DE FIBROMES

Habituellement les premiers symptômes des fibromes sont des saignements inhabituels. On consultera une ou un médecin ou une ou un gynécologue parce que nos règles sont devenues très longues, plus abondantes et que l'on a la sensation d'être plus fatiguée. La perte de sang anormale peut entraîner de l'anémie. D'autres femmes/lesbiennes vont consulter parce qu'elles ont une sensation de lourdeur au bas du ventre, des problèmes de constipation ou l'impression d'avoir constamment envie d'uriner. Les fibromes en grossissant peuvent faire pression sur la vessie ou sur l'intestin.

Lors de l'examen gynécologique, la ou le médecin peut, au toucher, déceler la présence d'un ou de plusieurs fibromes. Elle ou il examine également la forme et la fermeté de l'utérus. En complément à cet examen, il est possible d'utiliser l'échographie pour vérifier la présence de fibromes. L'échographie est faite à l'aide d'ultrasons qui renvoient des images de l'intérieur de l'utérus sur un écran de télévision, permettant de prendre des mesures et de situer exactement l'emplacement des fibromes. Il est aussi possible de vérifier l'état de l'utérus par laparoscopie⁶.

⁶ Laparoscopie: technique d'examen ou de chirurgie dans la cavité abdominale faite à l'aide d'un laparoscope (tube muni d'une caméra miniature) qui permet de faire des chirurgies avec de minuscules incisions et des convalescences rapides.

Traitements

Si le ou les fibromes ne sont pas douloureux et ne causent pas de problèmes d'infertilité aux femmes/lesbiennes désirant des enfants, on proposera simplement d'en surveiller l'évolution périodiquement soit 2 ou 3 fois par année. Il y a aussi des médecins qui d'emblée proposent une hystérectomie surtout chez les femmes/lesbiennes de plus de 40 ans (trop vieilles pour avoir des enfants) ou qui ont manifesté clairement ne pas ou ne plus vouloir d'enfants. Au contraire, d'autres médecins se disent confiants de voir disparaître les fibromes à mesure que l'âge de la ménopause approche. On croit que les fibromes sont alimentés par les hormones sécrétées jusqu'à cette période. Chacune doit prendre le temps de questionner sa ou son médecin sur les conséquences de l'une ou l'autre des options et se questionner aussi sur ses besoins, sur comment elle se sent à l'idée de vivre avec ces tumeurs ou encore sans utérus.

Dans les cas de fibromes occasionnant des douleurs ou des problèmes, il existe plusieurs méthodes pour s'en débarrasser.

Thérapies hormonales

Il existe des thérapies hormonales permettant de diminuer les tumeurs; toutes en sont encore au stade de l'expérimentation. Une en particulier retient notre attention. Cette approche utilise la leuprodine, qui est une hormone diminuant la production d'oestrogène des ovaires créant par ce processus une « fausse » ménopause. Les effets secondaires de la leuprodine sont les bouffées de chaleur et possiblement l'ostéoporose puisque l'apport en calcium dans l'organisme est considérablement diminué. Le traitement se fait sous forme d'injections sous-cutanées quotidiennes ou intra-musculaires mensuelles.

Le problème avec ces thérapies, c'est qu'il ne faut pas les arrêter sous peine de voir les fibromes revenir à leur grosseur initiale. Les femmes/lesbiennes proches de leur ménopause naturelle sont sûrement

les meilleures candidates pour ce genre de traitement. Elles pourront l'utiliser quelque temps jusqu'à ce que leur corps prenne la relève.

Myomectomie

La myomectomie, c'est l'ablation des myomes (fibromes). Cette chirurgie consiste donc à enlever seulement les tumeurs sur l'utérus au lieu d'enlever l'utérus lui-même. Encore là, la myomectomie ne peut résoudre tous les types de problèmes de fibrome tel que les fibromes sous-muqueux ou intersticiels. On utilisera cette chirurgie pour les tumeurs qui se trouvent sur la paroi



FIGURE 6 - MYOMECTOMIE

extérieure de l'utérus ou encore les fibromes pédiculés. Les fibromes à l'intérieur du muscle ou dans la cavité utérine ne peuvent pas être supprimés par cette technique. Cette chirurgie consiste à enlever chaque fibrome par une incision sur la surface de l'utérus. Ensuite on referme les incisions avec des grands points. Des cicatrices demeurent aux endroits où étaient les tumeurs et les bosses.

La plupart des chirurgiennes ou des chirurgiens proposent cette opération aux femmes/lesbiennes qui désirent avoir des enfants. Ils sont plus réticents, voire tout à fait contre pour des femmes/lesbiennes âgées de 40 ans et plus sous prétexte que « tant qu'à faire une chirurgie vaut mieux enlever l'utérus à cet âge ». Les mentalités changent mais lentement, il faut encore beaucoup d'efforts pour trouver la praticienne ou le praticien convaincu du bien-fondé de garder son utérus après l'âge de la procréation. La myomectomie peut, dans certain cas, être pratiquée par laparoscopie.⁷

⁷ voir note 6.

Dans chaque cas, une évaluation de la situation doit être faite. Avant de dire oui à une chirurgie, il faut en mesurer la nécessité et déterminer nos besoins.

Chirurgie réparatrice⁸

Cette technique est encore très peu utilisée. Elle consiste à faire l'ablation des fibromes utérins mais avec une approche visant à conserver le plus possible la forme de l'utérus. On pratique une seule incision sur l'utérus et par cette ouverture, on enlève toutes les tumeurs ne laissant ainsi qu'une seule cicatrice. Moins de cicatrices veut aussi dire moins de saignements et

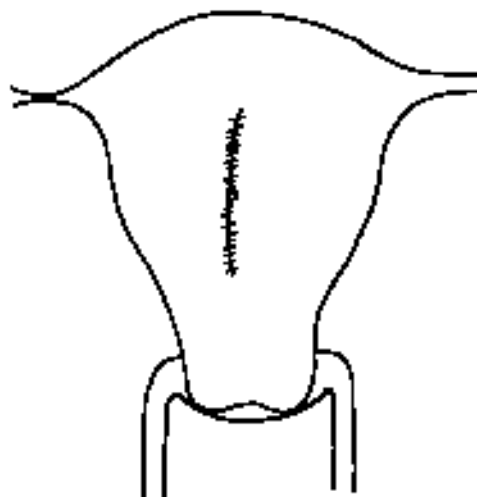


FIGURE 7 - CHIRURGIE RÉPARATRICE DES FIBROMES

moins de chances d'infection. Les ablations sont pratiquées à l'aide de rayon laser plutôt que d'un scapel. Une rigoureuse médication d'appoint est prescrite pour aider la cicatrisation. Cette chirurgie est très spécialisée et requiert plus de temps, elle est donc plus coûteuse. Malheureusement, encore peu de médecins la pratiquent au Québec.

Chirurgie hystérectopique

Cette chirurgie est révolutionnaire. Avec cette technique il n'y a pas d'incision donc pas de cicatrices et un temps d'hospitalisation minimal. En plus, la convalescence se fait en un temps record. Cette chirurgie ne peut être employée que pour les cas de fibromes qui sont situés à l'intérieur de l'utérus.

⁸ «Chirurgie réparatrice des organes génitaux des femmes» est un terme fréquemment utilisé par Dr. Vicki Hufnagel dans son ouvrage: Pour en finir avec l'hystérectomie, (1990). New York: Ed. Le Jour.

La technique est la suivante: par le vagin et ensuite par le col de l'utérus, on introduit un instrument très sophistiqué appelé l'endoscope. Cet instrument est un bistouri électronique muni d'une caméra. On pourra donc voir à l'intérieur de l'utérus. Après avoir cerné les sites des fibromes, on procède à leur curetage en grattant la paroi de l'utérus où se trouve le fibrome. Cet instrument est muni d'un système de drainage qui permet d'aspirer le sang. Cette chirurgie peut se faire sans hospitalisation et sous anesthésie locale. Dans d'autres cas, elle nécessite une courte hospitalisation et parfois une anesthésie générale.

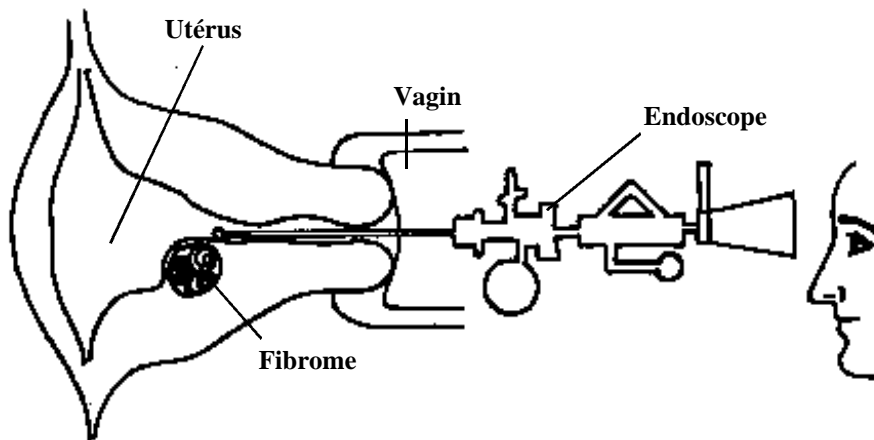


FIGURE 8 - CHIRURGIE HYSTÉROSCOPIQUE

L'hystérectomie reste une option non négligeable. Pour certaines femmes/lesbiennes cette solution reste la plus valable. C'est une chirurgie majeure qui a l'avantage de régler définitivement le problème des fibromes. Il existe maintenant de nouvelles techniques de chirurgie, elles seront exposées en détail au chapitre 5.

Définition

L'endométriose est la présence du tissu de l'endomètre (intérieur de l'utérus) ailleurs qu'à son emplacement habituel. On peut retrouver ce tissu sur les trompes de Fallope, les ovaires, les parois intestinales et dans d'autres sites de la cavité pelvienne. Plus rarement, on peut retrouver des traces d'endométriose aussi loin que dans les poumons, en fait un peu partout dans l'organisme. L'âge moyen des femmes/lesbiennes souffrant d'endométriose est de 35 ans, ce qui n'empêche pas de diagnostiquer cette maladie chez des femmes/lesbiennes plus jeunes, voire même des adolescentes.

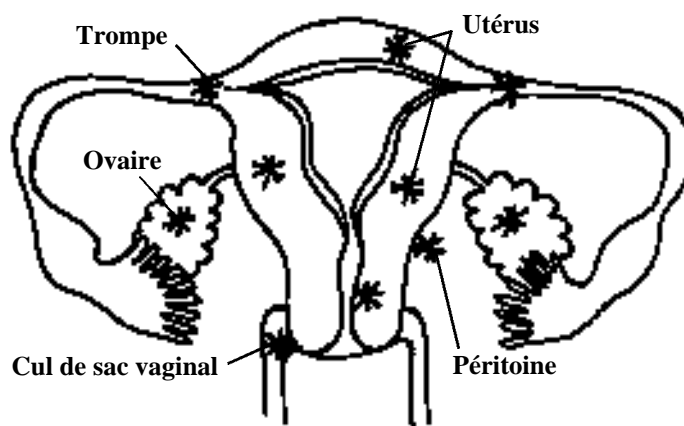


FIGURE 9 - SITES D'ENDOMÉTRIOSE

Toutes ces croissances endométriales ne sont pas cancéreuses. Le problème c'est qu'elles se comportent comme l'endomètre qui tapisse la cavité utérine. Donc, chaque mois, lorsqu'il y a stimulation hormonale, tous ces tissus saignent et se décomposent. Le processus normal va faire que les saignements et la décomposition de l'endomètre vont être évacués lors des menstruations par le vagin tandis que l'endométriose causera de l'inflammation, des hémorragies et la formation d'adhérences⁹ partout dans la cavité utérine.

⁹ Adhérences: Tissu cicatriciel qui unit des organes les uns aux autres quand ceux-ci doivent normalement être séparés.

On ne connaît pas encore les causes de cette mystérieuse maladie. Quelques théories ont été avancées, mais aucune n'est concluante jusqu'à aujourd'hui. Il est probable qu'une partie du tissu endométrial qui n'est pas évacué pendant les menstruations remonte vers les trompes de Fallope et s'implante dans la cavité pelvienne. On croit aussi que la lymphe¹⁰ et le sang sont des voies de transport de tissus de l'endomètre vers l'extérieur.

Ce qui complique le diagnostic de l'endométriose, c'est que la plupart de ces symptômes ressemblent à ceux de plusieurs maladies. Les douleurs menstruelles (dysménorrhée) font partie de la liste de ces symptômes. Si ces douleurs durent toute la période des menstruations ou encore commencent une semaine avant celles-ci, si elles sont accompagnées d'un flux menstruel plus abondant qu'avant, alors il faudra faire une évaluation complète avec notre médecin.

De la même façon, les douleurs pendant la pénétration lors de relations sexuelles peuvent être dues à l'endométriose. Lorsque le pénis ou le doigt ou un objet fait pression sur le col, celui-ci fera bouger les ligaments soutenant l'utérus. Ces ligaments sont souvent touchés par l'endométriose. La douleur provoquée par les implants endométriaux (morceaux d'endomètre qui vont se localiser à l'extérieur de l'utérus) est très variable d'une femme/lesbienne à l'autre. Ce n'est pas la taille des implants qui fait la différence mais bien leur position. Ainsi, la douleur est parfois ressentie dans le bas-ventre, dans le dos et même dans les jambes. L'examen gynécologique de routine ne suffit pas à diagnostiquer l'endométriose. Il faut effectuer une laparoscopie¹¹ pour confirmer le diagnostic et cibler les sites atteints.

L'endométriose provoque parfois la stérilité. Les tissus endométriaux comme les adhérences peuvent causer des lésions aux ovaires et aux trompes de Fallope et empêcher la fécondité. Selon les sources du Dr.

¹⁰ Lymphe: Liquide blanchâtre qui circule dans les vaisseaux lymphatiques et entre toutes les cellules du corps.

¹¹ voir note 6.

Vicki Hufnagel, 30 % des femmes/lesbiennes stériles souffriraient d'endométriose.¹²

Traitements

Le traitement standard pour l'endométriose jusqu'à tout récemment était l'hystérectomie. Comme dans le cas des fibromes, on nous propose d'emblée cette chirurgie si l'on considère que nous ne sommes plus en âge d'avoir des enfants. Ce qui n'est pas une raison suffisante, vous en conviendrez. Cette solution radicale devrait être la dernière envisagée.

Hormonothérapie

Comme l'endométriose est entretenue par les hormones sécrétées par les ovaires, on prescrit diverses thérapies à base d'hormones. Ainsi, certaines thérapies à base d'oestrogène ou à base d'oestrogène et de progestérone ont pour conséquences de stopper la menstruation, l'ovulation ou les deux. Ces thérapies ne peuvent servir toutes les femmes/lesbiennes souffrant d'endométriose. A cause de certaines contre-indications, mentionnées ci-dessous, des femmes/lesbiennes doivent se tourner vers la chirurgie.

- Caillots ou embolie aux jambes, aux poumons, dans les yeux ou ailleurs associés à l'utilisation d'oestrogène y compris la pilule.
- Grossesse ou risque de grossesse.
- Cancer connu ou présumé du sein ou de l'utérus.
- Saignements vaginaux inexplicables ou anormaux.
- Jaunisse, maladies du foie ou hépatite.
- Problèmes cardiaques.

La prescription de la pilule anticonceptionnelle constitue une autre de ces thérapies. Son effet est d'amincir la couche de l'endomètre donc d'amincir du même coup les implants endométriaux.

¹² Hufnagel, Vicki, et al. p.115.

Un traitement plus récent propose l'utilisation du Danazol. Ce médicament est un dérivé de la testostérone. Le Danazol est le nom générique d'une hormone mâle synthétique qui est utilisée de plus en plus fréquemment dans le traitement de l'endométriose. Cette drogue semble agir en inhibant l'oestrogène et la progestérone de même que la glande pituitaire, provoquant une pseudo-ménopause et agissant en faisant diminuer le tissu endométrial. Selon l'état de chaque femme/lesbienne, le Danazol peut être prescrit pour 3 à 4 mois et même jusqu'à 8 mois. Des études ont démontré que cette drogue soulage dans 70 % des cas et que 50 % des femmes/lesbiennes ont réussi à concevoir après le traitement.

Environ 80 % des femmes/lesbiennes qui utilisent le Danazol ont des effets secondaires incluant l'acné, une peau grasse, des chaleurs, une sécheresse du vagin, des humeurs changeantes et une augmentation du poids.

Ces deux thérapies ne sont pas parfaites et les effets secondaires ne sont pas négligeables. Toutes les femmes/lesbiennes ne réagissant pas de la même façon, il faut un suivi très strict. Il n'est pas exclu que quelques années après un traitement hormonal, l'endométriose réapparaisse.

Chirurgie réparatrice

Le principe de la chirurgie réparatrice est d'enlever tous les tissus endométriaux sans pour autant enlever les organes touchés. La technique utilisée variera d'une chirurgienne ou d'un chirurgien à l'autre. Le laser comme l'électrocoagulation¹³ servent à brûler les tissus indésirables et permettent une coagulation immédiate, ce qui empêche l'hémorragie. Cette chirurgie se pratique la plupart du temps par laparoscopie mais dans certains cas où les sites d'endométriose seront difficiles à atteindre la chirurgie abdominale devra être pratiquée. Il est recommandé de suivre une thérapie hormonale avec la chirurgie réparatrice pour enayer toute apparition de nouveaux implants.

¹³ Electrocoagulation: Technique chirurgicale utilisant un courant électrique à haute fréquence qui brûle les tissus.

Cette chirurgie ne dépossède pas les femmes/lesbiennes de leur utérus ni de leurs ovaires. Il n'y a pas l'inconvénient d'une ménopause précoce et la grossesse reste possible pour les femmes/lesbiennes intéressées.

Certaines femmes/lesbiennes préféreront une chirurgie radicale. Nous exposerons les différents types d'hystérectomie dans le chapitre 5.

PROLAPSUS UTÉRIN

Définition

Le terme «prolapsus» est un terme générique qui signifie: le glissement d'un organe vers le bas, la descente d'un organe. En langage courant, on utilise souvent l'expression «descente d'utérus, descente de vessie etc...» . Le mot scientifique pour désigner ce phénomène est utéroécèle mais nous emploierons le terme prolapsus pour les fins de ce chapitre.

Chaque organe du corps humain a sa place désignée. L'utérus, tout comme la vessie et le rectum, ont leur position respective dans la cavité pelvienne. Ils y sont maintenus par un réseau de tissus appelés faisceaux, ligaments et muscles. Il arrive donc dans certains cas qu'il y ait relâchement de ces tissus de soutien et l'organe (l'utérus) descend jusqu'à pendre dans le vagin.

Les causes du prolapsus utérin sont multiples. La qualité des muscles de chacune détermine sa tendance au prolapsus. Les femmes/lesbiennes dont les tissus de soutien sont faibles y seront prédisposées. «Les accouchements difficiles, l'obésité et la constipation chronique affaiblissent également les supports pelviens».¹⁴ Les femmes/lesbiennes qui travaillent debout plusieurs heures par jour sont plus susceptibles d'en

¹⁴ Alix, Suzanne (1986). L'hystérectomie, Québec: Les Editions de l'Homme, p.48.

souffrir. Celles de cinquante ans et plus sont les plus vulnérables. Lorsque la production d'oestrogène des ovaires diminue, la situation semble s'aggraver. Comme nous le rappelle l'étude de Louise Rochette et Pierre Allard (1990),¹⁵ la cause première pour pratiquer l'hystérectomie chez les femmes/lesbiennes de ce groupe d'âge, est le prolapsus utérin.

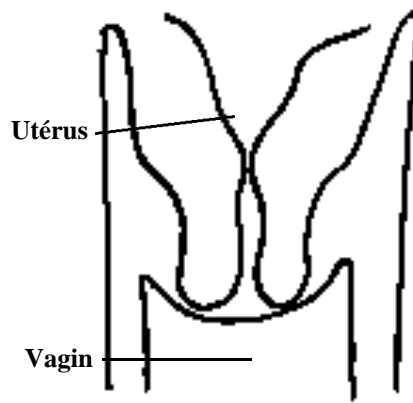


FIGURE 10 - PROLAPSUS UTÉRIN

Les symptômes d'une descente d'utérus ne se manifestent que très rarement au début. Lorsque la situation s'aggrave les douleurs commencent. La plupart des femmes/lesbiennes disent avoir la sensation désagréable que leur utérus tombe. Des douleurs au bas-ventre ou dans le bas du dos sont ressenties selon que le prolapsus entraîne l'utérus vers l'avant (la vessie) ou vers l'arrière (le rectum) dans la cavité pelvienne. Pour les mêmes raisons, plusieurs auront des problèmes d'incontinence urinaire ou de constipation. Lorsque la descente de l'utérus est avancée et que le col et même une partie de l'utérus se retrouvent dans le vagin, la pénétration lors des relations sexuelles s'avère presque impossible. Le prolapsus utérin peut être diagnostiqué par un examen gynécologique habituel.

Traitements

On a souvent parlé d'exercices et d'alimentation dans le traitement du prolapsus utérin. Il faut bien comprendre que ces moyens contribuent à prévenir les descentes d'organes et non à replacer les organes descendus. Tous les exercices de raffermissement des muscles pubococcygiens ne font pas remonter un utérus dans la cavité pelvienne,

¹⁵ Rochette, Louise et al. p.1.

s'il est déjà à l'entrée du vagin. De même, nous savons toutes qu'une saine alimentation peut nous procurer des muscles en meilleure forme. Encore là, cette mesure est préventive et ne sert pas à elle seule à replacer un utérus descendu.

Comme pour les autres problèmes de l'utérus dont nous avons fait mention précédemment dans ce chapitre, la solution la plus souvent proposée au prolapsus utérin reste l'hystérectomie. Dans le cas des prolapsus, celle-ci sera vraisemblablement pratiquée par voie vaginale (voir chapitre 5 pour la description technique). Il faudra évaluer les besoins de chacune avant de prendre une telle décision. Évidemment les femmes/lesbiennes qui ne veulent pas ou plus d'enfants seront les premières à qui cette chirurgie sera offerte. Il ne s'agit pas seulement de procréation, il s'agit aussi d'intégrité physique. Il faudra se demander si nous sommes prêtes à vivre sans utérus.

Chirurgie réparatrice

Cette chirurgie permet de remettre à sa place dans la cavité utérine l'utérus descendu. La technique consiste à couper et à rapprocher les ligaments ou muscles de soutien devenus lâches pour leur permettre de soutenir à nouveau l'utérus. Il y a plusieurs avantages à cette chirurgie. En plus de conserver l'utérus, elle conserve aussi le fond du vagin intact. Cette chirurgie nécessite une période d'hospitalisation très courte et les femmes/lesbiennes peuvent reprendre leurs activités normales très vite. Cependant, il n'est pas exclu que le prolapsus se reproduise avec cette méthode.

La pratique de la chirurgie réparatrice est de plus en plus répandue aux États-Unis mais comme nous sommes toujours un peu en retard sur nos voisins, il faudra insister auprès de notre médecin pour qu'elle ou il nous réfère à une chirurgienne ou à un chirurgien pratiquant cette chirurgie.

PROBLÈMES DU CYCLE MENSTRUEL

Plusieurs femmes/lesbiennes connaissent des problèmes reliés à leur cycle menstruel. A partir de la puberté jusqu'à la ménopause, chacune d'entre nous a connu les angoisses des menstruations trop abondantes ou encore inexistantes, les douleurs avant, pendant et après les menstruations; enfin le syndrome pré-menstruel qui mine l'existence de plusieurs d'entre nous. Certaines femmes/lesbiennes en viennent à considérer l'option d'une hystérectomie pour régler définitivement leurs problèmes menstruels. Les hémorragies génitales sont une des causes importantes (19,8%) d'ablation de l'utérus chez les femme/lesbiennes de 15 à 49 ans.¹⁶

Ménorrhagie et autres saignements anormaux

La définition médicale de la ménorrhagie est «une menstruation durant plus de 7 jours ou une perte menstruelle de plus de 60 à 80 ml».¹⁷ Nous ne sommes pas toujours en mesure de pouvoir quantifier le flux de nos menstruations, mais nous pouvons assurément dire au médecin que nos menstruations ne sont pas comme avant. De plus, les femmes/lesbiennes souffrant de ménorrhagie vont souvent consulter parce qu'elles se sentent très fatiguées, qu'elles sont étourdies. Il y a aussi des femmes/lesbiennes dont les menstruations ne sont pas plus abondantes mais plus fréquentes. Les principes de gynécologie de Jeff Coate répertorient plus de 30 causes de saignements utérins anormaux allant des infections au cancer et à l'insuffisance cardiaque.¹⁸

¹⁶ Rochette, Louise et al. p. 1.

¹⁷ Long, Cecil A. et Gast, Michael J. (1990). Menorrhagia, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Vol. 17, No. 2, p. 343.

Il est donc important que notre médecin fasse avec nous un bilan de santé complet.

La plupart du temps cependant, un déséquilibre hormonal est la cause de ces saignements. Rappelons-nous un peu le fonctionnement du système hormonal tel que décrit précédemment. Chaque mois, les ovaires préparent un ovule à être fécondé et l'endomètre se prépare à recevoir cet œuf. Une fois celui-ci évacué par l'ovaire, il reste l'enveloppe appelée le corps jaune (corpus lutéum) qui secrète de la progestérone. C'est la phase lutéale.

Il arrive quelquefois que les ovaires fonctionnent un peu trop vite entraînant une prolifération de l'endomètre à toutes les deux ou trois semaines au lieu de toutes les quatre ou cinq semaines. Il peut aussi arriver que le corps jaune restant ne fonctionne pas comme il se doit, produisant de la progestérone au mauvais moment. Ce processus entraîne une augmentation du flux menstruel et de la durée des saignements.

De la même manière, un cycle menstruel où il n'y a pas d'ovulation entraîne une augmentation de l'oestrogène, donc un épaississement de l'endomètre qui n'est pas arrêté par la production de progestérone comme c'est le cas normalement. Dans cette situation, les menstruations peuvent durer plusieurs semaines et être abondantes. Il faudra probablement se soumettre à une biopsie endométriale. Cet examen consiste à prélever un échantillon de l'endomètre et à le faire analyser en laboratoire. Il existe aujourd'hui plusieurs traitements pour soigner ce type de désordre menstruel. Les nouvelles recherches concernant la ménorrhagie ont permis de mettre au point des thérapies médicales efficaces. Certaines sont à base d'hormones, d'antifibrinolytiques ou d'anti-inflammatoires. Il existe plusieurs combinaisons de ces substances.

¹⁸ Goldfarb, Herbert A. (1990). *The No-Hysterectomy Option, U.S.A.*: John Wiley and sons, p. 98. Traduction libre: Centre de santé des femmes de Montréal.

Plusieurs nouvelles interventions peuvent remplacer l'hystérectomie quand les thérapies médicales échouent ou sont inappropriées. L'hystéroscopie¹⁹ permet des interventions sur l'endomètre sans avoir à ouvrir l'abdomen, ce qui requiert une hospitalisation et une convalescence moins longues.

L'intervention classique pour les saignements de l'utérus est ce que l'on appelle communément D&C: dilatation et curetage. Il s'agit de dilater le col de l'utérus pour aller gratter l'endomètre afin de prélever des échantillons. Ces prélèvements sont envoyés au laboratoire pour analyse. L'ablation au laser est aussi utilisée pour enrayer la ménorrhée. Par cette technique qui consiste à pulvériser l'endomètre, on réussit à rendre celui-ci complètement inopérant, les menstruations cessent.

Évidemment, toutes ces solutions ne nous conviennent peut-être pas. Elles ne sont pas infaillibles et nous pourrions connaître de nouveaux épisodes de dérèglement menstruel. Mais avant de dire oui à une intervention aussi radicale que l'hystérectomie, il faut prendre le temps nécessaire pour bien s'informer.

Aménorrhée

L'aménorrhée, c'est l'absence de règles. Les règles surviennent à chaque cycle menstruel afin de permettre à notre organisme d'évacuer l'endomètre, en l'absence de grossesse. Or, si nous ne sommes pas enceinte ou en ménopause, l'absence de règles est le symptôme d'un manque. L'insuffisance alimentaire en protéines et en matières grasses peut être responsable de l'absence de règles car celles-ci provoquent une carence d'oestrogène. Dans ce cas, le traitement consiste à rééquilibrer l'alimentation avec des suppléments et à utiliser pour un certain temps une thérapie hormonale à base d'oestrogène et de progestérone.

¹⁹ Hystéroscopie: Technique permettant de regarder et d'intervenir à l'intérieur de l'utérus à l'aide d'une sonde munie d'une caméra.

Dysménorrhée

C'est un phénomène très courant, celui des menstruations douloureuses. Beaucoup de femmes/lesbiennes consultent pour cela, et pour cause. Rester au lit un ou même plusieurs jours par mois entraîne des problèmes de tout ordre. La douleur n'est pas un signe de pathologie grave. Cependant lorsqu'elle est trop intense, elle perturbe sérieusement notre qualité de vie.

Les crampes menstruelles peuvent être diminuées, souvent enrayées complètement par plusieurs thérapies non chirurgicales. Il existe sur le marché une panoplie de médicaments contre les douleurs menstruelles. Certains sont efficaces d'autres moins et ils ont des effets secondaires. Demandez l'avis d'une professionnelle ou d'un professionnel avant d'en faire l'essai. Notre médecin peut également nous prescrire certaines thérapies qui seront ajustées à nos besoins.



Des petits trucs simples peuvent rendre cette période du mois plus supportable. L'exercice régulier a comme effet de diminuer la dysménorrhée. Certaines vitamines ainsi que des plantes médicinales peuvent enlever la douleur. Encore là, il faut se référer à des intervenantes ou des intervenants de la santé ayant une expertise en ce domaine avant de nous y aventurer. Les Centres de santé de femmes comme les Centres de femmes sont souvent des références utiles pour ces questions.

Il existe plusieurs sortes de kystes de l'ovaire: du kyste folliculaire qui se développe tous les mois aux tumeurs dermoïdes qui peuvent causer beaucoup de problèmes. Nous ne voulons pas ici retracer de façon exhaustive toutes les formes de kystes ovariens. Nous nous limiterons à ceux le plus fréquemment rencontrés.

Kystes folliculaires

Comme son nom l'indique, ce kyste tire son origine du follicule. Rappelons-nous le cycle menstruel; tous les ovaires contiennent plusieurs centaines de follicules. A chaque cycle menstruel, un seul de ces follicules éjectera un ovule à être fécondé. Les autres vont se désintégrer.

Il arrive parfois, et sans raison apparente, que l'un de ces follicules continue de grossir et se remplisse de liquide. Il peut aussi arriver que le follicule ne libère pas l'ovule. Celui-ci grossit, nourri par les hormones ovariennes. Ces types de kyste sont qualifiés de «fonctionnels», parce qu'ils apparaissent lors d'un dérèglement du fonctionnement ovarien. Les femmes/lesbiennes qui souffrent de ces problèmes sont souvent âgées de moins de quarante ans. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont:

- le retard dans les menstruations;
- des saignements légers ou abondants au milieu du cycle menstruel;
- des douleurs et des crampes.

Habituellement, ces kystes se détectent par la palpation des ovaires lors d'un examen gynécologique. Pour confirmer le diagnostic, les médecins demandent souvent de passer une échographie pelvienne.²⁰ S'il s'agit bien d'un kyste folliculaire, la ou le médecin nous proposera

²⁰ Echographie pelvienne: Examen fait à l'aide d'ultrasons qui permet de voir les contours des organes à l'intérieur de la cavité pelvienne. Cet examen est sans danger et sans douleur.

possiblement de le surveiller. La plupart du temps, les kystes folliculaires régressent et disparaissent dans les 3 mois suivant leur apparition. Lorsque le kyste est douloureux et très volumineux, il peut être nécessaire d'intervenir soit par une thérapie hormonale, soit par une intervention chirurgicale.

Thérapie hormonale

Cette thérapie est à base de progestérone. Très souvent il s'agit d'une prescription de contraceptifs oraux. Quelques mois plus tard, un second examen avec ultrasons permettra de voir si le kyste a disparu et si l'ovaire a repris son volume normal. Si tel n'est pas le cas, il faudra examiner l'ovaire de plus près.

Traitement chirurgical

Pour en savoir plus long sur ce kyste, on procède à un prélèvement du liquide contenu à l'intérieur de celui-ci. C'est à l'aide du laparoscope²¹ que la chirurgienne ou le chirurgien peut regarder notre ovaire. En introduisant une aiguille dans l'abdomen, elle ou il retire le liquide qui est analysé en laboratoire. Si l'examen démontre qu'il n'y a pas trace de cancer, on peut alors procéder au drainage du liquide contenu dans le kyste. Avec la même technique, la chirurgienne ou le chirurgien aspire tout ce qui se trouve dans le kyste et l'ovaire reprend immédiatement sa forme normale.

Il existe une autre solution pour faire disparaître un kyste volumineux ou douloureux. Si les conditions ne se prêtent pas au drainage, il faut enlever le kyste de l'ovaire. Pour ce faire, la chirurgienne ou le chirurgien peut pratiquer une laparotomie²² ce qui entraîne une convalescence un peu plus longue.

²¹ Laparoscope: Appareil muni d'une caméra servant à faire la laparoscopie. Voir note 6.

Kyste lutéinique

Ce kyste, comme le kyste folliculaire, est un kyste fonctionnel. Il apparaît à la phase du cycle menstruel où le corps jaune se forme. C'est la phase lutéinique. Parce qu'il y a des saignements dans ce corps jaune, un kyste se développe. Ce kyste est rarement dangereux. La plupart du temps, il disparaît à l'intérieur de quelques semaines. Les principaux symptômes qui laissent entrevoir la présence de ce kyste sont le retard des règles et l'apparition de pertes sanguines en dehors de la période menstruelle. Le kyste lutéinique se traite de la même façon que le kyste folliculaire soit par la thérapie hormonale, soit par l'intervention chirurgicale.

Kyste dermoïde

«Les tumeurs dermoïdes constituent environ 10 % de toutes les tumeurs des ovaires et on les trouve couramment chez des femmes/lesbiennes jeunes». ²³ Ce sont les kystes les plus bizarres. Ils comportent du tissu, des cheveux, des dents, etc... On ne sait pas de quelle façon se forment ces tumeurs. Ces kystes sont durs et faits de tissus épais. Comme ils s'accrochent à l'ovaire, celui-ci verra sa forme modifiée et il pourra atteindre le volume d'un pamplemousse.

Les symptômes des tumeurs dermoïdes sont assez subtils. De légers malaises et des douleurs abdominales. C'est souvent lorsque la crise aïgue se déclare que l'on diagnostique le kyste. Comme celui-ci est solide, il est possible de le localiser à l'aide de rayons x ou d'ultrasons.²⁴

Traitement

Aussitôt le diagnostic confirmé, notre médecin nous proposera de procéder à l'ablation de la tumeur. Ce traitement est le seul qui existe. Il est impossible de drainer le contenu de ces tumeurs. Malheureusement, plusieurs chirurgiennes ou chirurgiens vont offrir d'en-

²³ Hufnagel, Vicki et al. p. 238.

²⁴ Voir note 20.

lever l'ovaire en même temps. Cela n'est pas du tout nécessaire. Les kystes dermoïdes sont facilement détachables du tissu ovarien. Il n'y a pas de raison d'enlever un ovaire sain. Même lorsque la tumeur est implantée dans le tissu de l'ovaire, la chirurgie réparatrice peut permettre d'enlever la seule partie atteinte de l'ovaire pour en conserver la partie encore bonne.

Il arrive quelquefois que les kystes (peu importe le type) apportent des complications. Entre autres, il peut survenir une torsion du ligament due à un kyste volumineux. C'est souvent de cette façon que l'on connaît l'existence d'un kyste. Les douleurs sont insoutenables et les femmes/lesbiennes se retrouvent souvent à l'urgence de l'hôpital, ne comprenant pas ce qui leur arrive. Il peut aussi arriver qu'un kyste se rompe, provoquant soit une infection ou une hémorragie. Ces cas sont exceptionnels, mais ils demandent une intervention rapide.

Le cancer fait très peur, l'idée de l'avoir nous hante parfois. Il est encourageant de savoir que plusieurs cancers peuvent se guérir s'ils sont pris à temps; d'où l'intérêt d'être bien informée et d'être vigilante. Il est également rassurant de savoir que les cancers ne sont responsables que de 10 % des hystérectomies pratiquées au Québec.²⁵

Afin d'être plus familière avec certaines notions, nous avons regroupé plusieurs renseignements concernant les différents cancers et les traitements qui peuvent être envisagés. Au départ, il faut savoir que toutes les tumeurs ne sont pas des cancers. La plupart d'entre elles d'ailleurs ne le sont pas. Que l'on parle de fibromes ou de kystes, ce n'est qu'une infime partie de toutes ces masses qui seront diagnostiquées cancéreuses.

Qu'est-ce que le cancer?

C'est une croissance anormale des cellules. Les cellules étant ce qui composent les tissus qui forment les différents organes du corps humain. Quand ces cellules commencent à se développer trop rapidement, elles deviennent vite incontrôlables et altèrent le fonctionnement normal des autres cellules. C'est à partir de ce moment qu'apparaissent les premiers symptômes du cancer.

²⁵ Lambert, Monique (1992). Nécessaire, la "grande opération"? La Gazette des femmes, nov-déc. 1992, Conseil du statut de la femme,

Le cancer du col de l'utérus est l'un des plus communs. Heureusement, ce cancer se soigne facilement s'il est diagnostiqué assez tôt. En fait, le taux de guérison est de presque 100%.

On a associé longtemps les maladies transmissibles sexuellement et le cancer du col. Certains auteurs ont suggéré que l'herpès génital agit comme initiateur ou promoteur au sein d'un épithélium (surface externe du col) infecté. Cette hypothèse est controversée. Les contraceptifs oraux ont aussi éveillé des soupçons quant à leur rôle dans l'apparition de ce cancer. Les femmes/lesbiennes dont les mères ont utilisé du D.E.S.²⁶ pendant leur grossesse seraient plus à risque. Mais ce ne sont que des hypothèses, nous ne pouvons déterminer avec certitude la ou les causes de ce cancer.

Le cancer du col utérin, quel qu'en soit le stade, peut ne présenter aucun symptôme pendant très longtemps. Toutefois, les hémorragies entre les périodes de menstruations, après la ménopause ou encore après une relation sexuelle avec pénétration peuvent être un signe avant-coureur de cellules anormales. Les écoulements vaginaux anormaux, c'est-à-dire qui n'ont pas la même couleur, odeur ou texture qu'à l'habitude peuvent aussi donner des indices. Il ne faut toutefois pas comprendre que ces symptômes sont nécessairement dûs au cancer, une infection mineure peut aussi les causer.

Le cancer du col commence souvent par une modification des cellules d'une partie bien spécifique de l'utérus: l'endocol. Cette partie du col utérin est celle qui relie le vagin et l'utérus. Cet endroit est propice aux malformations cellulaires parce que c'est un endroit de transition où deux sortes de cellules se rencontrent.

²⁶ D.E.S.: Diethylstilbestrol. Oestrogène synthétique qui fut prescrit aux femmes enceintes pour prévenir les fausses-couches entre 1941 et 1971. Ces femmes et leurs filles sont plus susceptibles de développer une forme particulière de cancer du col.

Lorsque la ou le médecin effectue notre examen gynécologique de routine, elle ou il fait ce qu'on appelle communément un «test Pap». Ce test consiste à prélever quelques échantillons de cellules sur notre col et dans l'endocol pour les faire examiner en laboratoire. Le test Pap existe depuis la fin des années trente. Cette découverte a permis de dépister les cancers en début de croissance. Il peut arriver que par ce test, on diagnostique la

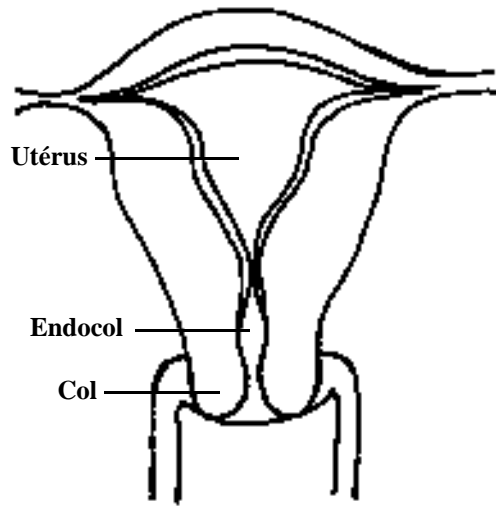


FIGURE 11 - ENDOCOL

présence de cellules anormales sans pour autant que celles-ci soient cancéreuses, on appelle ce phénomène la dysplasie. La dysplasie apparaît le plus souvent chez les femmes/lesbiennes entre 35 et 60 ans.

Chez certaines, la dysplasie évoluera vers un cancer, chez d'autres non. Il est quand même important de la traiter dès son apparition afin d'enrayer tous les risques. En plus de la dysplasie, deux autres diagnostics peuvent survenir à la suite d'un test Pap. Le premier est un diagnostic de cellules cancéreuses que l'on qualifie de cancer non invasif ou «carcinome in situ». Ce cancer est dû à la production de cellules anormales concentrées dans l'épithélium.²⁷ Elles n'ont pas encore atteint les autres couches de tissus du col utérin. Ce cancer peut être guéri dans presque 100% des cas si le traitement est commencé dès le diagnostic. La moyenne d'âge des femmes/lesbiennes chez qui fut diagnostiqué ce cancer se situe entre 35 et 45 ans.

L'autre type de cancer rencontré est le cancer dit invasif. Comme son nom l'indique, ce cancer se propage dans toutes les couches de tissus

²⁷ Épithélium: Tissu formé de cellules juxtaposées qui recouvre le col de l'utérus.

de l'utérus. Cette forme de cancer peut évoluer assez rapidement puisque, ayant traversé les couches de l'utérus, il est en contact avec des vaisseaux sanguins et le système lymphatique. Ce cancer se produit en général chez les femmes/lesbiennes âgées entre 40 et 60 ans. Il est important de passer à chaque année un examen gynécologique.

Parfois, il peut arriver que la présence d'une maladie transmissible sexuellement apporte des modifications aux cellules du col utérin. Des tests d'appoint doivent alors être effectués pour vérifier ce fait. Si un second test indique encore la présence de cellules anormales, notre médecin devra procéder à une colposcopie pour avoir une idée plus précise. Cet examen est fait à l'aide du colposcope, instrument qui permet d'obtenir une image agrandie de la surface du vagin et du col. Celui-ci permet de mieux cerner les tissus endommagés et aussi de procéder à une biopsie²⁸ pour une analyse au microscope en pathologie.

Traitements

Nous allons faire l'inventaire des traitements utilisés pour les cas de dysplasie et de cancer. Il n'y a pas de recette-miracle et les informations données ne sont que le recensement des techniques les plus souvent utilisées. Confrontées à ces problèmes, nous devons nous asseoir avec notre médecin traitant et poser toutes les questions afin de prendre les décisions qui s'imposent. Par la suite, notre médecin nous proposera des traitements différents selon la profondeur et l'emplacement des cellules atteintes et selon l'état de notre condition physique générale. Plusieurs autres facteurs seront pris en considération.

Traitements de la dysplasie

Le but des traitements est d'éliminer les cellules anormales. Il existe deux types de traitements fréquemment utilisés.

²⁸ Biopsie: Prélèvement d'un morceau de tissu pour examen microscopique.

1er: La cryothérapie, communément appelée traitement à l'azote liquide, est un procédé par lequel on élimine les cellules atteintes en les gelant à une très basse température. Lorsque ces cellules sont détruites, les cellules saines peuvent prendre la place. Cette intervention peut avoir lieu dans le cabinet de la ou du médecin. Il est parfois nécessaire de recevoir un 2^e traitement.

2^e: La chirurgie au laser permet de pulvériser les cellules anormales à l'aide d'un rayon laser. Cette chirurgie est habituellement peu douloureuse et assure une guérison dans 80 à 90% des cas.

Traitements du cancer

Si notre médecin diagnostique la présence de cellules cancéreuses sur notre col et que celles-ci sont localisées (cancer in situ), elle ou il nous proposera de pratiquer une conisation. Dans ce cas, la chirurgienne ou le chirurgien prélève tous les tissus du col comportant des cellules dangereuses. Cette conisation peut être faite à l'aide du bistouri ou encore avec le laser. 85% des cas de cancer in situ seront totalement guéris par cette chirurgie.

L'hystérectomie demeure la seule solution dans les cas de cancers invasifs. Il faut que cette opération soit effectuée dans les plus brefs délais. Les chirurgiennes ou les chirurgiens ont encore tendance à vouloir enlever les ovaires en même temps par prévention. Rien ne justifie cette action si les ovaires sont en santé. Il y a plusieurs types d'hystérectomie, nous en parlerons au chapitre 5.

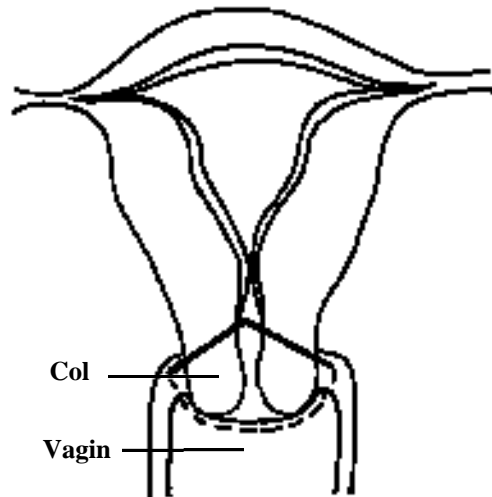


FIGURE 12 - CONISATION

L'endomètre, comme nous l'avons décrit précédemment, est la couche intérieure de l'utérus. Cette partie de l'utérus se renouvelle à chaque cycle menstruel et est évacuée lors des menstruations.

Le cancer de l'endomètre est de loin le cancer de l'utérus le plus fréquent. D'après les statistiques américaines qui sont aussi révélatrices de la condition des canadiennes, 1 femme sur 45 risque d'en souffrir.^{29,30} Nous ne pouvons déterminer les causes exactes de cette maladie mais certains points communs ressortent des recherches effectuées, entre autres que les femmes/lesbiennes souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle sont plus à risque. Les déséquilibres hormonaux peuvent aussi constituer un terrain fertile pour ce type de cancer.

Un peu comme dans le cas du cancer du col étudié précédemment, il existe deux types d'anomalie de l'endomètre, soit: l'hyperplasie et le cancer. L'hyperplasie de l'endomètre est le nom scientifique donné au développement incontrôlé de ce tissu. Pendant plusieurs mois, les tissus de l'endomètre s'accumulent de sorte que celui-ci devient de plus en plus épais. Ce phénomène se produit lorsqu'il y a déséquilibre hormonal, c'est-à-dire lorsqu'il y a une trop grande production d'œstrogènes. Les symptômes qui se manifestent vont des petits saignements jusqu'à l'hémorragie. Il semble que les femmes/lesbiennes âgées de 20 à 30 ans qui n'ovulent pas tous les mois ou celles qui sont proches ou en période de ménopause soient plus sujettes à l'hyperplasie. Il faudra quand même être très vigilante car l'hyperplasie peut dégénérer et créer un lieu propice au développement d'un cancer.

Il existe une classification des stades de l'hyperplasie qui se divise en quatre étapes. Les deux premières (endomètre prolifératif et hyper-

²⁹ Goldfarb, Herbert A. p. 112.

³⁰ The Boston Women's Health Book Collective (1990). *The New Our Bodies, Ourselves*, Boston. p. 627.

plasie) sont bénignes mais nécessitent quand même un traitement pour régulariser la production hormonale. La troisième, l'hyperplasie adénomateuse grave est un diagnostic de prémalignité, soit le stade avant le cancer bien installé. Le dernier de ces stades est le cancer.

Pour diagnostiquer l'hyperplasie ou le cancer de l'endomètre, notre médecin devra pratiquer une biopsie³¹ de l'endomètre ou une dilatation et un curetage (D & C) pour analyser les tissus. Une hystéroscopie³² peut aussi être pratiquée afin de voir l'état de l'endomètre. Le test Pap comme l'examen gynécologique, ne peuvent servir à diagnostiquer ces problèmes.

Traitement

Si l'examen des cellules de notre endomètre révèle que nous souffrons d'hyperplasie, il faudra se soumettre à un traitement hormonal pour recréer une production normale d'oestrogène. Ce traitement doit être dosé en fonction de chaque femme qui en a besoin. On devra prendre en considération plusieurs facteurs et créer sur mesure le traitement adéquat. On nous proposera aussi comme alternative ou comme supplément à notre traitement hormonal une D & C (dilatation et curetage). Cette opération se pratique à l'hôpital et consiste à agrandir le col de l'utérus (dilatation) pour pouvoir y introduire un instrument (curette) qui ira nettoyer en grattant les parois de l'utérus (curetage). Certains médecins se servent de cette technique pour confirmer un diagnostic.

Si nous souffrons d'un cancer de l'endomètre ou si nous sommes au stade précancéreux, la meilleure recommandation de traitement sera sans nul doute l'hystérectomie. On pratiquera l'hystérectomie et une ovariectomie en même temps car les problèmes de déséquilibre hormonal viennent des ovaires. Selon l'étendue et la progression du cancer, un traitement de radiation nous sera proposé. Cela pour

³¹ Voir note 28.

³² Voir note 19.

empêcher la prolifération du cancer à d'autres organes du petit bassin (intestin, vessie, etc...).

CANCER DES OVAIRES

Le cancer des ovaires est le cancer le moins fréquent mais le plus dangereux. En fait, une femme/lesbienne sur 70 sera victime de cette maladie³³ dans sa vie. Comme tous les cancers, il doit être pris au sérieux mais peut-être doit-on y porter une attention particulière. Cette maladie est responsable de plus de décès à elle seule que tous les autres cancers génitaux réunis. En anglais, il y a une expression pour désigner le caractère particulier de cette maladie. On l'appelle «silent but deadly». Dans la version française de l'ouvrage du Dr Vicki Hufnagel, on l'appelle «l'assassin silencieux».³⁴

La première caractéristique de ce cancer est qu'il est difficilement repérable. De plus, il a une progression très rapide. Ces deux facteurs réunis en font un ennemi redoutable. Il ne réagit pas très bien aux traitements utilisés jusqu'à maintenant pour le combattre.

L'ovaire est un organe très complexe où se retrouvent plusieurs sortes de cellules. Connaissant toutes les fonctions différentes de cet organe, nous supposons que celui-ci, de par sa nature, est un lieu de prédilection pour le développement de cellules anormales.

La moyenne d'âge des femmes/lesbiennes touchées par le cancer des ovaires se situe autour de 60 ans, soit après la ménopause. Certaines femmes/lesbiennes sont plus susceptibles que d'autres de le développer. Voici une liste non-exhaustive des facteurs augmentant les risques possibles du cancer des ovaires:

³³ Sheppard, Bruce, Sheppard, Carroll, (1990) The Complete Guide to Women's Health, 2nd rev. ed., U.S.A.:Ed. Plume, p. 262.

³⁴ Hufnagel, Vicki. p.241.

- cancers des ovaires, du sein ou de l'endomètre dans notre famille;
- peu ou pas de grossesse;
- utilisation de la poudre de talc sur les parties génitales;
- contact avec des produits industriels toxiques;
- tous problèmes de l'ovaire (règles, kystes etc...);
- alimentation riche en matières grasses;
- hypertension ou diabète.

Se reconnaître à travers cette liste ne fait pas de nous une candidate certaine au cancer de l'ovaire. Nous devons toutes être attentives aux signaux de notre corps et ne pas hésiter à en parler avec notre médecin.

Ces signaux ne sont malheureusement pas particuliers au cancer de l'ovaire. Ils sont en fait assez anodins. Une pression dans le ventre, des ballonnements, des gaz, l'impression d'avoir l'abdomen plus gros sont quelques-uns de ces symptômes. Les menstruations irrégulières et les troubles pulmonaires (ex: difficulté à respirer) sont aussi des signes à surveiller.

Mais les cancers de l'ovaire ne donnent pas tous des signaux. Un tiers des femmes/lesbiennes atteintes n'ont aucun symptôme. Il n'existe pas encore de moyen efficace de le dépister, ce qui en fait vraiment un «assassin silencieux» .

Le seul outil qui peut aider à vérifier un diagnostic de cancer est l'échographie.³⁵ Si notre médecin croit que nous souffrons de cette maladie, elle ou il nous proposera cet examen pour confirmer ou infirmer ses soupçons. Mais avant tout, il faudra faire une histoire familiale complète, un bilan de santé complet avec analyse sanguine, dont le CA-125. Cette nouvelle technique de dépistage est encore peu utilisée. Elle permet par une analyse de biologie moléculaire de calculer le taux de CA-125 dans notre sang. On retrouve une concentration très élevée

³⁵ Voir note 20.

de cette substance chez les femmes/lesbiennes souffrant du cancer des ovaires et d'endométriose.

Traitement

Le traitement d'un cancer aussi dévastateur est sans contredit la chirurgie. Comme la plupart du temps le cancer a envahi un ou plusieurs organes avoisinants, il arrive assez fréquemment que l'hystérectomie et l'ovariectomie s'accompagnent de l'ablation de l'appendice ou d'une portion d'intestin. Si le cancer est diagnostiqué au tout début, qu'il n'a touché que l'ovaire, il est possible de ne procéder qu'à l'ablation de celui-ci. La plupart des chirurgiennes et des chirurgiens nous recommanderont une hystérectomie et une ovariectomie complète en guise de prévention. Avant de prendre une décision, il serait préférable de faire vérifier le diagnostic par une ou un deuxième médecin. La décision appartient à chaque femme/lesbienne se retrouvant devant ce choix. Il faudra mesurer les impacts de l'une et de l'autre de ces options.

Avec la chirurgie, il arrive assez fréquemment que la radiothérapie avec ou sans la chimiothérapie soit recommandée. La radiothérapie est une technique qui consiste à tuer les cellules cancéreuses à l'aide de rayons qui sont dirigés directement sur les cellules à détruire. La chimiothérapie utilise des médicaments pour arriver à ces mêmes fins. Les deux techniques ont des effets secondaires assez handicapants (nausées, vomissements, perte de cheveux, faiblesses etc...). Chaque personne doit avoir un plan de traitement individualisé correspondant à ses besoins physiques, mais aussi à ses besoins psychologiques.

Ce chapitre a pour but de nous aider à comprendre ce qu'est l'hystérectomie et l'ovariectomie ainsi que les répercussions de ces interventions sur nos corps et notre santé.

HYSTÉRECTOMIE

L'hystérectomie, c'est l'ablation de l'utérus. C'est une chirurgie majeure en ce sens qu'elle implique que l'on enlève un organe de notre corps. Cette chirurgie nécessite l'emploi de l'anesthésie générale.

L'hystérectomie est l'intervention chirurgicale des organes génitaux la plus pratiquée. En 1990, au Québec seulement, 15,667 femmes/lesbiennes ont subi cette chirurgie. Au Canada, on estime que près de 60,000 hystérectomies sont pratiquées annuellement.³⁶ La moyenne d'âge de ces femmes/lesbiennes est 45,7 ans.³⁷ Les raisons pour la pratiquer sont multiples mais peu souvent justifiées. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, il existe des alternatives de traitements et seuls les cas de cancers invasifs devraient aboutir à des hystérectomies comme premier traitement. Ces cas de cancers ne représentent que 10 % des indications d'hystérectomies. Nous devons donc conclure que dans 90% des cas, des choix autres que l'hystérectomie se présentent.

Certaines femmes/lesbiennes préfèrent quand même l'hystérectomie aux alternatives proposées, soit pour que l'intervention soit définitive, soit par peur d'avoir à recommencer un traitement plus tard ou pour toute autre raison bien personnelle. D'autres se voient devant un seul

³⁶ Abramson, Zelda, (1990) Don't ask your gynecologist if you need a hysterectomy. Healthsharing, Summer 1990, p. 12.

³⁷ Rochette, Louise et al. p. 1.

choix: l'hystérectomie pour sauver leur vie. Si l'on décide de subir ou si l'on doit subir cette intervention, il est utile de connaître les types de chirurgies possibles.

Types d'hystérectomies

Il y a deux types d'hystérectomies. Celle que l'on appelle totale et l'autre qui est appelée subtotale.

L'hystérectomie totale consiste à enlever tout le corps de l'utérus ainsi que le col utérin. La raison la plus souvent invoquée pour justifier l'ablation du col en même temps que le corps de l'utérus est la prévention du cancer. Plusieurs chirurgiennes et chirurgiens vont donc conseiller cette chirurgie. Si après avoir fait les tests de dépistage, il n'y a pas trace de malformation cellulaire, il n'y a pas de justification à cette ablation supplémentaire. Une autre école de pensée chez les chirurgiennes et les chirurgiens est tout à fait à l'opposé de la première: laisser le col de l'utérus et pratiquer ce qu'on appelle une hystérectomie subtotale. Ce procédé permet de garder les autres organes en place et ainsi éviter le prolapsus.

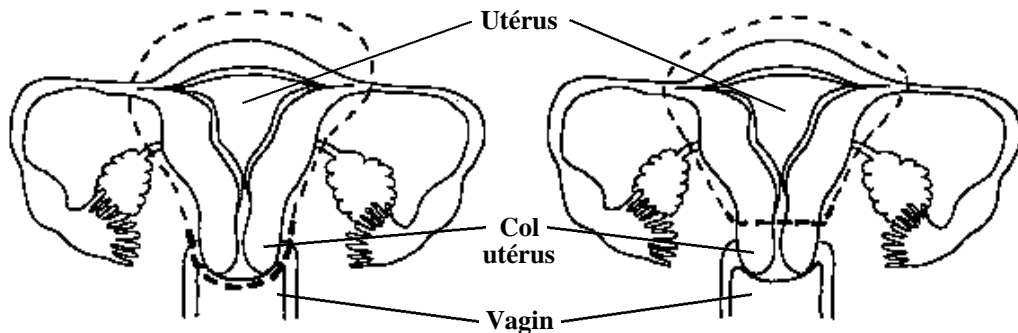


FIGURE 13 - HYSTÉRECTOMIE TOTALE (à gauche)
ET SUBTOTALE (à droite)

L'hystérectomie subtotal, en plus de maintenir des organes en place, a l'avantage de garder un vagin de dimension habituelle. Quand la chirurgienne ou le chirurgien procède à l'ablation du col utérin, elle ou il doit refermer le vagin sous cette coupure, ce qui en raccourcit considérablement la longueur. Plusieurs femmes/lesbiennes aiment les sensations procurées par la pénétration du pénis, du doigt ou d'un objet dans leur vagin pendant les relations sexuelles. Le fait d'avoir dorénavant un vagin plus court et de ne plus avoir de col (celui-ci est particulièrement excitable chez certaines femmes/lesbiennes) peut changer nos habitudes sexuelles. Il faut prendre en considération ces facteurs si nous avons à négocier avec notre chirurgienne ou chirurgien quel type d'hystérectomie nous désirons.

Techniques chirurgicales

Il existe deux types d'hystérectomies et trois façons de procéder. La technique la plus utilisée est celle appelée laparotomie.³⁸ Il s'agit d'une incision de 18 à 20 centimètres faite du nombril jusqu'aux poils pubiens ou une incision dans l'autre sens sous la ligne des poils du pubis. Cette pratique est communément nommée «bikini». C'est la plus utilisée. C'est aussi la plus vieille. Elle permet d'atteindre facilement l'utérus et les annexes (trompes de Fallope), même s'il y a des adhérences ou si l'utérus est très gros.

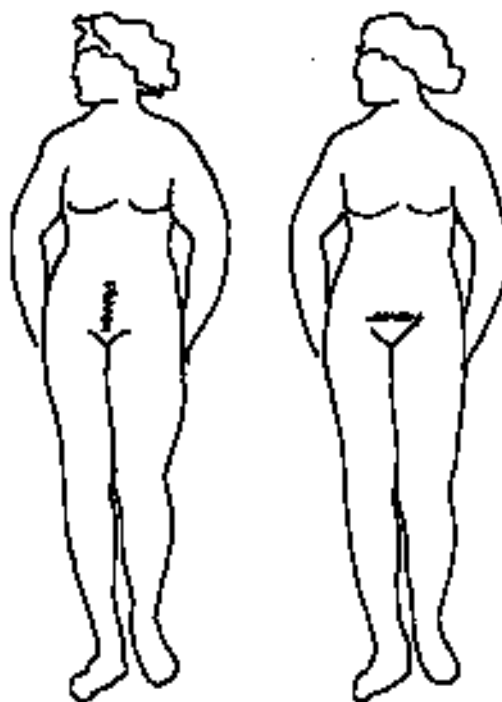


FIGURE 14A -
HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

³⁸ Voir note 22.

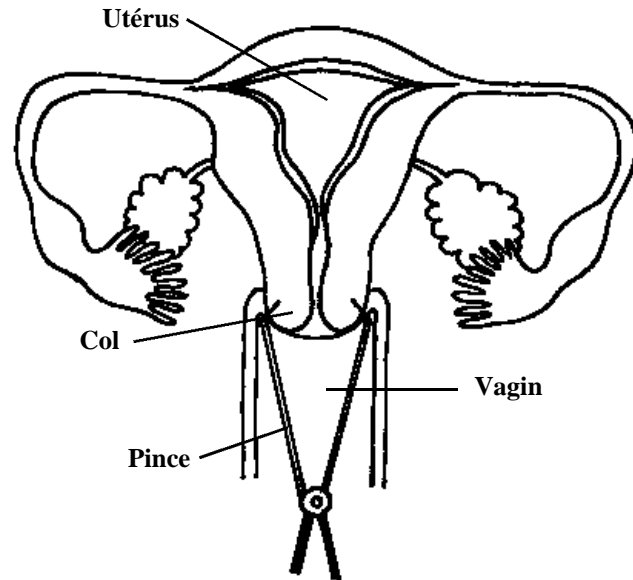


FIGURE 14B - HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

La 2e technique est l'hystérectomie par voie vaginale. Dans ce cas, la chirurgienne ou le chirurgien fait une incision dans le fond du vagin et retire l'utérus par ce conduit naturel. Toutes les hystérectomies ne peuvent pas être pratiquées par voie vaginale. Si l'utérus est trop gros, à cause d'un fibrome par exemple, il faut utiliser la méthode classique. La plupart des cas où l'on utilise le vagin comme voie d'accès à l'utérus sont des cas de prolapsus utérin. L'utérus étant souvent déjà descendu dans le vagin, ou près de là, il est plus facile de procéder à l'ablation de cette façon. Au Québec, en 1990, seulement 19 % des hystérectomies pratiquées l'ont été par voie vaginale.³⁹ Cette pratique augmente progressivement puisque dans les années précédentes seulement 15 à 17% des hystérectomies ont été pratiquées par voie vaginale. La convalescence est beaucoup moins longue si l'on subit une chirurgie par voie «naturelle» que par voie abdominale. En plus, il n'y a pas de cicatrice apparente. Il est important de demander à notre chirurgienne ou à notre chirurgien s'il est possible d'avoir cette opération.

³⁹ Rochette, Louise et al. p. 1.

La 3e technique est la laparoscopie. Elle est faite à l'hôpital sous anesthésie locale ou générale. Avant d'insérer le laparoscope, le médecin gonfle l'abdomen avec du gaz carbonique pour soulever les intestins et explorer les organes du petit bassin. Une douleur à l'abdomen ou à l'épaule suivant la chirurgie peut être ressentie. Cette douleur est attribuée à l'irritation causée par la pression sur le diaphragme en raison du gaz carbonique qui remplit l'abdomen. C'est pour cette raison que l'on est en position semi-assise à notre retour à la chambre. Une compresse chaude et humide est appliquée sur l'épaule pour aider à diminuer la douleur post-opératoire.

Les avantages éventuels de cette procédure comparativement à la chirurgie traditionnelle sont:

- un séjour à l'hôpital écourté de 1 à 2 jours suivant la chirurgie;
- un retour complet aux activités courantes et au travail plus rapidement;
- une diminution significative des douleurs post-opératoires;
- un résultat esthétique amélioré.

OVARIECTOMIE

L'ovariectomie est l'ablation d'un ou des deux ovaires. Cette chirurgie est souvent pratiquée dans les cas de kystes volumineux que les autres méthodes de traitement ne peuvent faire disparaître. On pratique aussi l'ablation de l'ovaire dans les cas de cancers.

L'ovariectomie unilatérale (un seul côté) ne comporte pas ou peu de problèmes hormonaux. L'autre ovaire prendra la relève et notre système n'y verra pas de changements. Si par ailleurs nous devons subir une ovariectomie bilatérale (les deux côtés), il faut savoir qu'immédiatement après l'intervention, nous sommes en ménopause.

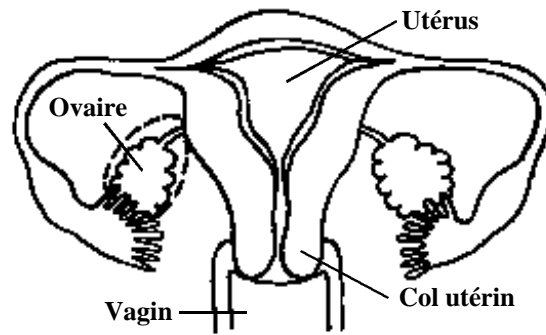


FIGURE 15A - OVARIECTOMIE

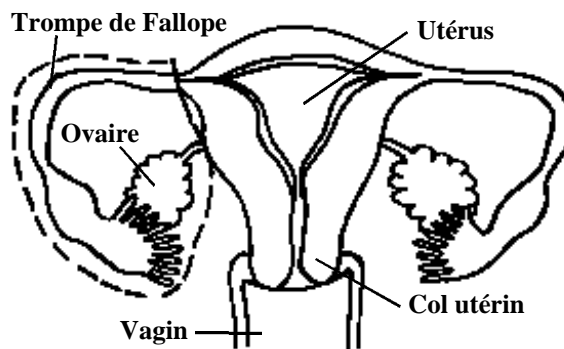


FIGURE 15B - SALPINGO-OVARIECTOMIE

Donc, avant de prendre cette décision, il est important d'être informée des conséquences de cette intervention. Nous en traiterons plus spécifiquement au chapitre suivant.

Il arrive dans certains cas que l'on procède à une salpingectomie en même temps que l'ovariectomie. La salpingectomie est l'ablation d'une ou des deux trompes de Fallope. Si la cause des dommages est une grossesse ectopique,⁴⁰ par exemple, il faut procéder à l'ablation de l'ovaire et de la trompe endommagés. L'intervention portera le nom de salpingo-ovariectomie.

La technique chirurgicale employée pour ces interventions demeure la laparotomie. C'est par une incision dans l'abdomen que l'on retire un ou deux ovaires ou une ou deux trompes.

⁴⁰ Grossesse ectopique: Grossesse en dehors de la cavité utérine. Habituellement, on les retrouve dans les trompes de Fallope, dans l'ovaire et même dans la cavité pelvienne.

Par ce terme, nous désignons les hystérectomies combinées à d'autres ablations. La plus fréquente de ces chirurgies est l'hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale. Un bien grand terme pour dire que lors de l'hystérectomie, on procédera à l'ablation des ovaires et des trompes.

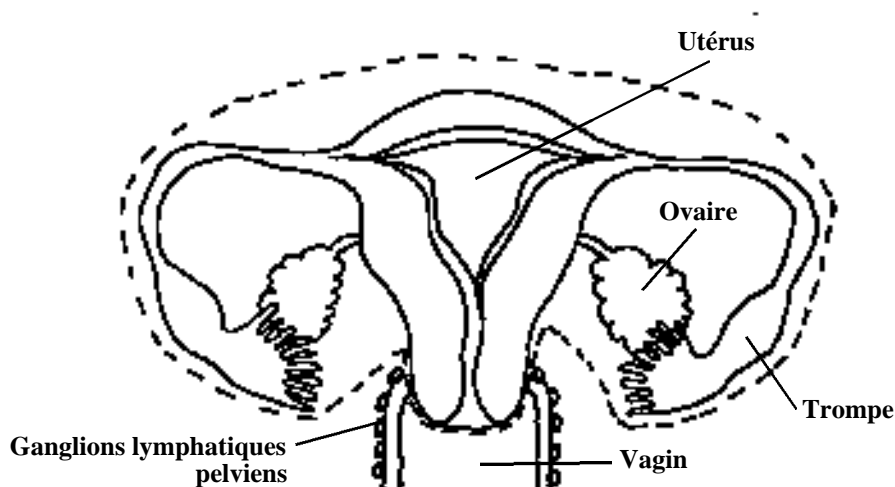


FIGURE 16A - HYSTÉRECTOMIE TOTALE
AVEC SALPINGO-OVARIECTOMIE

Cette opération était la plus courante des hystérectomies jusqu'à il y a quelques dizaines d'années. Les plus récentes statistiques démontrent qu'en 1990, encore 29 % des hystérectomies pratiquées au Québec comprenaient une ovariectomie. En 1981, le taux était de 35%.⁴¹ Comme nous le disions précédemment, la principale justification à cette intervention est que nos ovaires deviennent inutiles compte tenu que nous n'avons plus d'utérus et du même coup nous prévenons tout risque de cancer. Pourtant les femmes/lesbiennes sans utérus ne sont

⁴¹ Rochette, Louise. et al. p. 1.

pas plus à risque de cancer des ovaires ou des trompes que celles ayant encore leur utérus. De plus, on sait maintenant que certaines femmes/lesbiennes vont développer un cancer dans la cavité pelvienne en tout point semblable au cancer des ovaires quand ceux-ci ont été enlevés.

L'autre hystérectomie est appelée «hystérectomie radicale». Par cette intervention on enlève l'utérus, les ovaires et les trompes de Fallope, la partie supérieure du vagin et les ganglions lymphatiques pelviens. Cette opération est pratiquée dans les cas de cancers invasifs. On veut, par cette technique, enlever tous les sites susceptibles d'être atteints par cette maladie pouvant être mortelle. Les deux chirurgies décrites plus haut sont pratiquées par laparotomie.

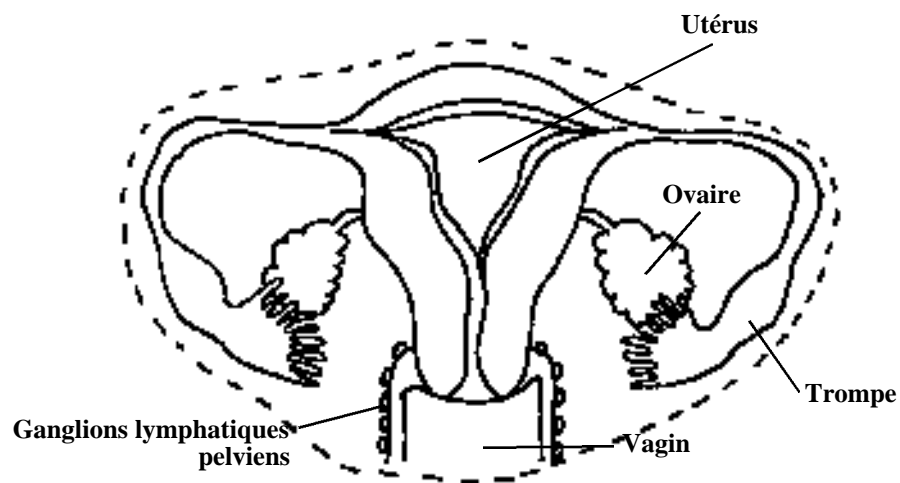


FIGURE 16B - HYSTÉRECTOMIE RADICALE

Complications chirurgicales

Une chirurgie comme celle décrite plus haut comporte une série de risques qu'il apparaît utile de nommer. Toute intervention de ce genre est un choc pour le corps. L'anesthésie générale comporte toujours un risque puisque pendant l'opération, toutes les fonctions vitales sont au

ralenti. L'apport de sang au cerveau est diminué et les fonctions des intestins sont arrêtées. C'est pour cela entre autres que la convalescence est toujours assez longue après de telles chirurgies. Pendant l'intervention, il peut y avoir une perte de sang assez importante, jusqu'à l'hémorragie, ce qui peut demander une transfusion sanguine.

Une série de complications toutes assez mineures peuvent survenir après une hystérectomie. Il suffit de les connaître pour pouvoir en parler à son médecin si les symptômes se manifestent et ne pas avoir à vivre des problèmes graves inutilement. La formation de caillots de sang est une des complications le plus souvent rencontrées. Elle peut avoir différentes formes mais l'important est de savoir que si l'on fait de la fièvre ou si l'on a des douleurs dans la cuisse par exemple, il faut le mentionner à notre médecin.

Il se peut aussi que l'on souffre de problèmes urinaires. Les conduits urinaires sont près du site de l'intervention et il peut arriver que l'uretère⁴² soit sectionné par erreur. On ne s'en aperçoit pas forcément tout de suite et ce n'est qu'avec l'apparition des symptômes (fièvre, douleurs, obstruction intestinale) que l'on peut repérer la lésion. Il faut alors subir une deuxième intervention.

A la suite d'une chirurgie, des infections peuvent survenir. Elles peuvent affecter le péritoine,⁴³ les intestins, les poumons et aussi les ovaires. Il faut donc être vigilante et prévenir notre médecin aussitôt que des signes d'infection se manifestent.

Complications à long terme

Les complications à long terme sont celles que l'on peut voir quelques semaines après l'intervention ou plusieurs années après. Certaines peuvent être éliminées facilement mais certaines autres peuvent être là pour toujours.

⁴² Uretère: Conduit qui achemine l'urine des reins jusqu'à la vessie.

⁴³ Péritoine: Membrane qui tapisse toute la cavité abdominale.

Les adhérences sont du tissu cicatriciel qui iront attacher les organes les uns aux autres ou s'installer sur un organe, allant jusqu'à l'obstruer (intestin). Les adhérences ne sont pas propres aux chirurgies de l'utérus mais à toutes les chirurgies. Elles peuvent même provoquer des douleurs qui nécessiteront une nouvelle intervention chirurgicale.

Le prolapsus, on l'a vu au chapitre précédent, est l'entraînement d'un organe vers le bas. C'est ce qu'on appelle communément «une descente». Quand on enlève l'utérus, il arrive quelquefois que d'autres organes pelviens descendent. Les intestins, la vessie et le vagin sont les plus souvent victimes du prolapsus. Il arrive que cette situation n'entraîne pas de malaises ou si peu que l'on n'a pas à considérer la chirurgie. Mais certaines femmes/lesbiennes ont des douleurs et des problèmes aux niveaux des fonctions de la vessie et des intestins particulièrement. Un prolapsus du vagin peut entraîner des infections et des complications si nous avons des rapports sexuels avec pénétration. Dans ces cas, une nouvelle intervention chirurgicale peut s'avérer nécessaire.

Les femmes/lesbiennes qui subissent une hystérectomie avec ovariectomie doivent savoir que dès l'intervention pratiquée, elles seront en ménopause. Pourquoi? Parce que le cycle menstruel fonctionne grâce aux hormones sécrétées par les ovaires (oestrogène, progestérone). Aussitôt les ovaires enlevés, il y a une chute brusque du taux de production de ces hormones et les symptômes de la ménopause se font déjà sentir.

Ces symptômes sont connus. Le plus célèbre étant sans contredit les bouffées de chaleur; 85% des femmes/lesbiennes ménopausées en souffrent.⁴⁴ D'autres symptômes de toutes sortes perturbent les activités d'environ une femme sur deux. Pour n'en nommer que quelques-uns, pensons à l'insomnie, aux migraines, à l'irritabilité et à la fatigue

⁴⁴ Dodin, Sylvie (1992) La ménopause: une approche globale et personnalisée, Manuscrit non publié. Québec: Université Laval, p. 1.

chronique. Toutes les femmes/lesbiennes n'en souffrent pas. Certaines ressentent de légers malaises qui n'affectent pas leur quotidien. Certaines autres voient leurs habitudes complètement bouleversées. Ces problèmes sont les premiers rencontrés et ne durent pas toujours. Il y a aussi des conséquences à long terme qu'il est important de connaître.

Ainsi, la perte des ovaires entraîne un risque accru d'ostéoporose. L'arrêt subit de la sécrétion des ovaires engendre une décalcification des os qui peut aboutir à l'ostéoporose. Celle-ci est responsable des tassements vertébraux des femmes/lesbiennes. En vieillissant, elles perdent jusqu'à 10 cm de leur taille en se voutant. Les os deviennent plus fragiles et la moindre chute peut entraîner des fractures irréparables. D'après les chercheurs, l'oestrogène empêcherait l'apparition de cette maladie. Le seul moyen de remédier à ces effets indésirables est d'avoir recours à la thérapie hormonale de remplacement. La même théorie s'appliquerait aux maladies cardio-vasculaires.

Ce chapitre se veut un outil pour aider les femmes/lesbiennes confrontées au diagnostic du fibrome ou du kyste ou encore du cancer, à prendre la décision la plus appropriée pour elles. Il n'y a pas de recette-miracle ni de solution parfaite. Personne n'aime à choisir entre une chirurgie et une autre ou encore choisir de vivre avec des problèmes de santé et l'angoisse de voir ceux-ci augmenter parce que l'on a décidé d'attendre. Il n'y a pas de recette-miracle, c'est vrai, mais il y a des petits trucs qui peuvent nous aider à y voir clair.

POUR POUVOIR DÉCIDER

Le choix de la ou du spécialiste

Il est important d'entrer en contact avec une personne en qui on a confiance. Cette personne doit être disponible et généreuse de son temps afin que nous puissions poser toutes les questions qui nous viennent à l'esprit. Ses réponses doivent être claires et complètes. Si nous ne connaissons pas les spécialistes concernés, nous pouvons consulter divers groupes de femmes/lesbiennes pour obtenir des références appropriées. En parlant à des amies, à des collègues de travail ou à des membres de la famille, nous pouvons également obtenir des références intéressantes. La démarche peut être identique si nous décidons de consulter une intervenante ou un intervenant en homéopathie, en acupuncture, en naturopathie ou toute autre médecine douce.

L'information

Lorsqu'on se prépare à rencontrer une ou un médecin, plusieurs questions surgissent. On ne sait pas trop par où commencer, la peur de ne pas se faire comprendre et de ne pas tout dire peut s'installer. Alors pourquoi ne pas y aller méthodiquement et se préparer. Faire une liste

des symptômes qui nous amènent à consulter. Faire aussi une liste de nos questions. Dans notre carnet de notes, n'inscrire qu'une seule question par page, afin de réserver l'espace nécessaire pour les réponses. Si nous croyons que nous n'avons pas assez de notions médicales pour comprendre la ou le médecin ou pour nous faire comprendre, prenons le temps d'aller lire un peu sur le sujet à la bibliothèque, ou de consulter un centre de documentation. Nous pouvons également téléphoner dans des centres de femmes pour demander conseil.



Il est possible d'inviter une amie qui nous aidera à penser à nos questions, lors du rendez-vous, et avec qui nous pourrons échanger par la suite. Si cette rencontre nous semble trop longue, nous pouvons demander un second rendez-vous pour continuer la discussion. Il est préférable d'exiger une copie de tous les résultats d'examen car si nous demandons une seconde opinion, nous n'aurons pas à tout recommencer.

Enfin il est faux de croire que «moins on en sait, mieux c'est». La peur vient souvent de l'ignorance de ce qui nous attend.

Que l'on nous propose un traitement radical (hystérectomie) ou un traitement non-chirurgical, il faut voir à connaître tous les avantages et les inconvénients avant de prendre notre décision. Il faut être à l'aise de vérifier les informations transmises auprès d'autres ressources (Info-cancer, centre de santé de femmes, etc...) si nous en sentons le besoin.

Voici quelques questions pratiques que l'on ne devrait pas hésiter à poser:

- Quel est le nom de cette maladie?
- Qu'est-ce que c'est?
- Avez-vous une illustration?
- Je veux voir où c'est situé
- Comment ça se développe?
- Quels sont les tests et examens que je dois passer?
- En quoi consistent-ils?
- Dois-je être hospitalisée?
- Quels traitements proposez-vous? Pourquoi?
- Quelles sont les chances de succès?
- Quels sont les effets secondaires?
- Puis-je continuer de travailler?
- Quelles sont les alternatives à ce traitement?
- Comment se pratique cette chirurgie?
- Pourquoi celle-ci?
- Combien de temps dure cette chirurgie?
- Quelle anesthésie sera employée?
- Quelles sont les complications possibles?
- Où sera la cicatrice?
- Combien de temps durera la convalescence?
- Quelles sont les conséquences sur ma sexualité?

Type d'intervention

Après la consultation, le diagnostic et les recherches, vient l'étape des décisions à prendre. Dans le cas où une hystérectomie nous est suggérée, nous devons prendre le temps de bien se faire expliquer de quel type de chirurgie il s'agit. Souvent les médecins vont parler d'hystérectomie sans mentionner leur intention de pratiquer l'ablation des trompes de Fallope et des ovaires. Il est important de demander pourquoi cette intervention est nécessaire et d'exiger que l'on réponde à toutes nos questions.

La prochaine étape est de se demander ce que nous voulons comme intervention. Chaque femme/lesbienne aux prises avec cette décision doit faire l'exercice de vérifier comment elle se sent à la pensée de vivre avec ou sans ses ovaires. Certaines femmes/lesbiennes préfèrent une hystérectomie radicale, d'autres manifestent leur désaccord à l'idée d'être privée de ces organes. Il sera important de vérifier avec la chirurgienne ou le chirurgien quelle technique chirurgicale elle ou il entend employer. S'il n'y a pas de contre-indications à ce qu'elle ou il pratique l'hystérectomie par le vagin, le temps d'hospitalisation et de convalescence diminue de beaucoup. De plus, il n'y aura pas de cicatrice sur le ventre. Ça aussi ça compte!

La thérapie hormonale de remplacement

Avec notre médecin, nous en sommes venues à la conclusion qu'une hystérectomie avec ovariectomie s'impose. Nous connaissons les conséquences d'une ménopause précoce (voir chapitre précédent) mais nous ne savons pas si nous devons prendre ou non les hormones après l'intervention. Le sujet n'est pas facile à aborder. Il y a encore beaucoup de controverse autour de la thérapie hormonale de remplacement. Au début de l'utilisation d'hormones pour diminuer les inconvénients de la ménopause, le traitement n'était constitué que d'oestrogènes. Il était administré par injection ou en comprimés. Avec le temps et les recherches, on a ajouté de la progestérone, sauf s'il y a hystérectomie, croyant que cette hormone annulait les effets négatifs de l'oestrogène, dont le risque du cancer du sein et de l'endomètre. Cette pratique reste controversée. Il existe maintenant plusieurs façons d'absorber ces hormones, soit l'implant (patch), les crèmes, les suppositoires etc...

Nous ne sommes sûres de rien dans ce domaine. Les «pro» hormones vont nous parler des dangers de l'ostéoporose si l'on ne prend pas d'oestrogènes. Les «contre» rappellent que la prise d'hormones peut augmenter le risque de cancer du sein. Chaque femme a encore la lourde tâche de décider ce qui est le mieux pour elle. Voici un tableau donnant les principaux avantages et inconvénients de la thérapie hormonale de remplacement.

Thérapie hormonale de remplacement⁴⁵

| Hormones | Avantages | Inconvénients |
|--------------|---|--|
| Oestrogène | Soulage des bouffées de chaleur | Peut causer des effets secondaires désagréables: seins sensibles, prise de poids, nausées, maux de tête |
| | Peut aider à combattre les problèmes de vessie | Peut causer de la haute tension artérielle |
| | Contre le vieillissement des tissus du vagin | |
| | Prévient l'ostéoporose | Si administré sans progesté- rone, augmente les risques cancer de l'endomètre |
| | Peut prévenir les maladies du coeur en abaissant le taux de cholestérol | |
| de | | |
| de | Peut combattre l'insomnie | Peut augmenter les risques maladies de la vésicule bili- |
| aire | | |
| de | Peut stabiliser l'état émotif | Peut augmenter les risques cancer du sein (très controversé) |
| | Peut avoir un effet positif sur la sexualité, surtout si les problèmes venaient d'un inconfort au niveau du vagin | |
| Progestérone | Semble diminuer les risques de cancer de l'endomètre pour les femmes/lesbiennes prenant la thérapie hormonale de | Peut causer des saignements vaginaux (sauf s'il y a hystérectomie), prise de poids ou augmentation de l'appétit, |

⁴⁵ Goldfarb, Herbert A, p. 192, Traduction libre: Centre de santé des femmes de Montréal.

| | | |
|--------------|---|--|
| | remplacement | changements de l'humeur, seins sensibles et acné (phénomènes temporaires) |
| Hormones | Avantages | Inconvénients |
| | Peut prévenir le cancer du sein (très controversé) | Peut éliminer les effets bénéfiques de l'oestrogène sur les maladies du coeur en augmentant le taux de cholestérol |
| Testostérone | Généralement, augmente la libido* | Peut causer des effets masculinisants: poils au visage, baisse du ton de voix, acné |
| | Peut réduire les bouffées de chaleur | |

Il est important de savoir que cette thérapie hormonale est un traitement à très long terme. Les effets positifs des hormones de remplacement semblent toutefois disparaître aussitôt le traitement arrêté. Il faut donc s'attendre à ce que l'on nous propose ce traitement sur une période d'au moins dix ans, si ce n'est pas tout le reste de notre vie.

Les médecines douces peuvent apporter des solutions de rechange aux femmes/lesbiennes que la prise d'hormone n'intéresse pas. Par des suppléments vitaminiques, un changement dans l'alimentation ou encore par l'acupuncture, il est possible de contrer certains inconvénients de la ménopause. Nous devons cependant faire les mêmes démarches qu'auprès de la médecine officielle. Dans ce domaine, nous allons aussi rencontrer des professionnelles ou des professionnels qui ne sont pas objectifs et qui voudront nous «vendre» leur croyance. Il

* Alors que l'oestrogène peut le faire en augmentant la lubrification vaginale et en prévenant le vieillissement des tissus vaginaux, la testostérone augmente le désir sexuel et le nombre d'orgasmes atteints.

faut donc être attentive et vigilante.

Avec notre médecin nous en sommes venue à la conclusion qu'une hystérectomie est le meilleur choix pour augmenter notre qualité de vie. Nous devons alors prendre le temps de nous préparer à cette intervention.

Choisir le moment

Dans le chapitre précédent, nous avons pu nous rendre compte que les femmes/lesbiennes aux prises avec des problèmes gynécologiques ont beaucoup de choix difficiles à faire. Mais une fois la décision prise de subir une hystérectomie, il faudra aussi prévoir le moment de l'intervention. Sauf dans les cas d'urgence, qui sont très rares, les femmes/lesbiennes n'ont pas besoin de se faire opérer dans les semaines qui suivent le diagnostic. Au contraire, il est préférable de prendre le temps de voir quel moment est le plus approprié pour laisser le travail ou la maison pour une période d'une semaine en moyenne. Il faudra aussi prendre en considération la convalescence qui nous soustraira à nos obligations quotidiennes pour quelques semaines. Vérifier aussi auprès des personnes qui nous sont proches leur disponibilité afin d'avoir du support au retour de l'hôpital.

Discuter avec son entourage

Prendre le temps d'en parler aux amies et amis, à notre conjointe ou conjoint. Plus les femmes/lesbiennes en discutent, plus elles sont en contrôle et plus elles ont de chance de récupérer vite après l'intervention.

Vérifier avec notre amoureuse ou amoureux comment elle ou il se sent

à l'idée que nous n'avons plus d'utérus. Certaines personnes ont des réticences à avoir des relations sexuelles avec des femmes/lesbiennes hystérectomisées (peur de blesser etc...). Il sera important de discuter des répercussions de la chirurgie avec cette personne.

Prévoir de l'aide. Mettre la conjointe ou le conjoint et les enfants (s'il y en a) à la tâche si ce n'est pas déjà dans leurs habitudes, le temps que la douleur et la difficulté à bouger se dissipe.

Préparer son esprit

Cette période dans la vie des femmes/lesbiennes n'est certes pas la plus facile. Notre vie est bouleversée parce que notre corps a besoin de soins et nous n'avons pas d'autre choix que de répondre à ses demandes. Les femmes/lesbiennes vont souvent vivre un sentiment d'impuissance face à cette situation. C'est pourquoi il est primordial de faire des choix qui nous ressemblent et qui nous feront sentir en contrôle de la situation le plus possible.

Il faut aussi que les femmes/lesbiennes qui s'apprêtent à subir une hystérectomie essaient dans la mesure du possible de prendre du temps pour elles, pour se regarder, se demander comment cette chirurgie changera leur vie. Plusieurs femmes/lesbiennes sont inquiètes de la nouvelle apparence de leur corps si elles ont à subir une intervention qui laisse une cicatrice.

Il faut principalement se questionner sur l'importance que l'on accorde à l'utérus. Plusieurs femmes/lesbiennes se sentent «vides» après une hystérectomie. C'est normal, la société dans laquelle nous vivons a tellement mis en valeur les rôles de reproductrice et de mère des femmes/lesbiennes que certaines auront le sentiment d'avoir perdu leur féminité en même temps que leur utérus. Plus la réflexion sera avancée sur l'image de soi, moins les répercussions post-opératoires auront de prise sur nous. Certaines femmes/lesbiennes auront aussi à faire le deuil des maternités qu'elles n'auront pas. Les femmes/les-

biennes qui perdent leur utérus alors qu'elles voulaient des enfants auront besoin de support. Ne pas hésiter à demander à notre conjointe ou à notre conjoint et à nos amies et amis de nous seconder dans cette démarche.

Préparer son corps

Notre corps va subir un choc considérable lors d'une hystérectomie. Une anesthésie, des risques éventuels d'infection et la perte de sang peuvent nous affaiblir considérablement. C'est pourquoi il est important d'être le plus possible «en forme» pour que les effets de l'hystérectomie soient moindres.

Afin de renforcer notre système immunitaire, il est conseillé d'avoir une alimentation riche en vitamines. Nous ne vous donnerons pas ici la liste des vitamines et des aliments recommandés, mais vérifiez auprès d'une ou d'un médecin ou d'une personne-ressource. Elles ou ils savent nous conseiller et nous proposer une diète appropriée. De plus, des suppléments vitaminiques peuvent nous redonner des forces, ce qui n'est pas négligeable.

Si nous fumons, notre système immunitaire en subit les conséquences. Il est recommandé d'arrêter de fumer avant cette chirurgie, nos chances de récupérer vite augmenteront considérablement.

Prendre le temps de se reposer. Cela semble banal mais il n'y a pas meilleure cure pour se préparer à une épreuve que le repos. Faire de l'exercice régulièrement. **APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE** En forme, plus notre corps supportera bien le choc de l'intervention.

Certaines femmes/lesbiennes n'ont aucun problème à s'acclimater à

leur nouvelle situation. Beaucoup de femmes/lesbiennes prennent un certain temps avant de réajuster toutes les facettes de leur vie perturbée par l'hystérectomie. Les principaux problèmes rencontrés après cette chirurgie sont d'ordre émotif. Nous vous avons parlé des problèmes physiques au chapitre précédent.

La dépression

On en entend beaucoup parler. On a souvent l'impression que toutes les femmes/lesbiennes qui subissent une hystérectomie doivent obligatoirement passer par cette phase. Il est vrai que beaucoup de femmes/lesbiennes ont des symptômes de dépression après une hystérectomie. Il y a des causes physiques et psychologiques à ce fait.

Les femmes/lesbiennes qui n'ont pas participé au processus de décision se sentent souvent frustrées et ont l'impression d'avoir été manipulées, que la décision n'était pas la leur.

Presque toutes les femmes/lesbiennes ont un sentiment de deuil. L'utérus socialement parlant est l'organe qui représente le plus la femme/lesbienne. Le perdre ressemble souvent à perdre une partie des atouts féminins. Nous en avons déjà parlé quant à la préparation psychologique avant l'hystérectomie. Plus les femmes/lesbiennes sont préparées, plus elles prennent le temps de se questionner sur ce sujet, plus elles sont bien après l'intervention.

Il y a la tête et le coeur qui réagissent dans cette situation post-hystérectomie et qui peuvent mener certaines femmes/lesbiennes à la dépression. Il faut trouver le plus de support possible dans notre entourage, chez des professionnelles et des professionnels de la santé et dans les groupes de support.

Il y aussi le corps qui peut être responsable de la dépression. Si nous avons subi une ablation des ovaires, notre taux d'hormones a chuté immédiatement après l'intervention. On sait maintenant que la perte de cette production hormonale provoque des modifications dans le com-

portement. On peut vivre des crises de larmes, de l'irritabilité, une grande nervosité, enfin toutes sortes de symptômes se rapprochant de la dépression. Pour contrer ces conséquences de la ménopause provoquée par l'ovariectomie, il reste la thérapie hormonale de remplacement et les médecines alternatives qui offrent souvent une variété de traitements pouvant réduire ces symptômes.

Après la dépression, le deuxième problème causé par l'hystérectomie se retrouve au niveau de la vie sexuelle. Encore là, la tête et le corps, chacun à sa façon, vont interférer dans le processus menant à retrouver une sexualité satisfaisante.

Des questionnements surgissent au sujet de notre image de soi, de notre attirance sexuelle et du désir que l'on éveille chez notre amoureuse ou amoureux. Nous devons être à l'aise de parler de ces questions avec notre partenaire. Il faut parler de nos craintes et de nos peurs: peur de ressentir de la douleur pendant les premières relations sexuelles, surtout s'il y a pénétration dans le vagin. Notre amante ou notre amant a probablement les mêmes peurs, d'où l'importance d'en parler. D'autres femmes/lesbiennes se sentent une nouvelle énergie sexuelle après l'hystérectomie puisque les problèmes de santé qu'elles avaient sont maintenant chose du passé.

Les changements que le corps a subis entraînent aussi des réajustements. Au niveau de la sexualité les femmes/lesbiennes qui ont eu une ablation du col et d'une partie du vagin verront celui-ci réduit d'une bonne partie de sa longueur. Cela n'empêche pas d'avoir des relations sexuelles avec pénétration si on le souhaite. Il faudra prendre le temps de voir avec notre conjointe ou notre conjoint si de nouvelles positions peuvent apporter plus de satisfaction. Par ailleurs, toutes les relations sexuelles n'ont pas besoin de comporter la pénétration. Ce temps est peut-être le meilleur pour découvrir de nouvelles caresses qui augmenteront la qualité de notre sexualité.

Les hormones jouent un rôle important dans la sexualité des femmes/lesbiennes (chapitre 1). Les femmes/lesbiennes qui n'ont plus

d'ovaires rencontrent quelques difficultés. Entre autres au niveau de la lubrification vaginale. Il est assez facile de remédier à ce problème en utilisant des lubrifiants commerciaux (K-Y).

Pour certaines, la perte de l'utérus peut diminuer la possibilité d'atteindre l'orgasme. Lors de la pénétration, plusieurs femmes/lesbiennes ressentent une grande excitation avec le pénis ou le doigt poussant sur le col. Les contractions utérines qui s'y rattachent peuvent également procurer du plaisir. Encore là, il faut réapprivoiser sa sexualité et mettre l'accent sur ce qui nous fait plaisir. On peut consulter une ou un spécialiste (sexologue, thérapeute) pour des conseils, si l'on ne trouve pas les solutions satisfaisantes avec notre amante ou notre amant.

Le plus grand problème apporté par la perte de la production hormonale reste la diminution et même parfois la perte de la libido. La libido, c'est la recherche du plaisir sexuel. Toutes les femmes/lesbiennes n'en souffrent pas de la même façon. La thérapie hormonale de remplacement peut apporter un soulagement à ce problème. Mais ce qui peut aider le plus, c'est sûrement d'avoir une vie sexuelle stimulante et une amoureuse ou un amoureux prêt à partager le défi d'une nouvelle sexualité.

Quelques suggestions pour être bien dans sa peau

Après une chirurgie, il est important de bien manger. Notre corps aura besoin d'aliments forts en calcium et faibles en cholestérol. Cela est valable pour tout le monde, mais particulièrement chez les femmes/lesbiennes qui ont subi une ovariectomie et qui se retrouvent en ménopause. Le calcium aidera à prévenir les problèmes des os comme l'ostéoporose et un taux réduit de cholestérol préviendra les maladies cardio-vasculaires.

Boire beaucoup d'eau. C'est simple et ça peut prévenir certains problèmes d'incontinence urinaire. Comme nous l'avons déjà expliqué (chapitre 3), après une hystérectomie, il y a un risque d'avoir un prolapsus de la vessie. Ce déplacement de la vessie peut apporter des problèmes comme l'incontinence. Boire beaucoup d'eau et faire des exercices des muscles pubo-coccygiens (demander au médecin de nous les apprendre) aide à prévenir ces inconvénients. Faire beaucoup d'exerci-

Tout au long de cet ouvrage, nous vous avons présenté le point de vue de la médecine traditionnelle nord-américaine. En 1993, au Québec, cette ressource est encore la première pour plusieurs femmes/lesbiennes qui consultent. Depuis quelques dizaines d'années cependant, toute une nouvelle gamme de traitements est apparue nous questionnant sur la qualité des soins que nous offrait jusqu'à maintenant la médecine officielle.

De plus en plus, des médecines que l'on nomme «douces», «alternatives», «parallèles», voient le jour. Toutes n'ont pas la même reconnaissance des autres professionnelles et professionnels de la santé et du public. Dans ce chapitre consacré à ces nouvelles approches de traitement, nous avons voulu donner les renseignements de base sur les médecines douces les plus connues. Notre but est de vous y intéresser suffisamment pour que vous y voyiez de nouvelles alternatives possibles quand vient le temps de faire des choix.

Comme pour la médecine officielle, nous ne pouvons du jour au lendemain nous improviser spécialistes d'une ou l'autre des médecines. La première chose à faire reste de consulter une professionnelle ou un professionnel. Ce n'est pas parce que l'approche des médecines douces est moins violente qu'elle ne demande pas des connaissances adéquates. Il peut être dangereux d'utiliser des médicaments ou des techniques de médecines parallèles sans bien les connaître.

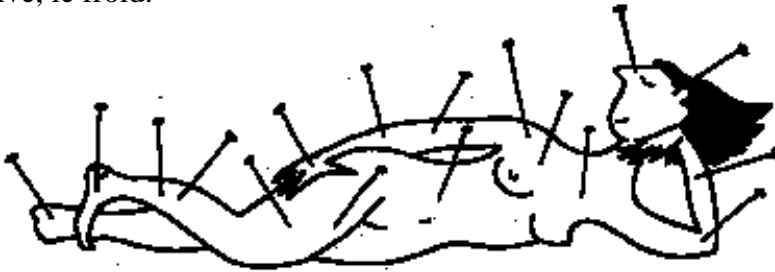
Contrairement à la médecine traditionnelle nord-américaine qui s'attarde souvent à faire disparaître les symptômes et non les causes, ce qui caractérise la médecine douce est sa vision et sa compréhension de la maladie.

Pour elle, l'être humain est un tout et l'apparition d'une maladie est le signe ou la manifestation d'un déséquilibre. Il faut donc rééquilibrer la personne globalement afin qu'elle devienne plus forte et par conséquent moins disposée aux maladies.

L'acupuncture, on le sait, est la science médicale la plus ancienne. Née en Asie, elle a soigné et guéri pendant des millénaires. L'Amérique du nord a un engouement nouveau pour cette médecine. Depuis une vingtaine d'années, il est courant d'entendre autour de soi des femmes/lesbiennes parler de leur traitement d'acupuncture pour leur problèmes gynécologiques.

Le principe de base de l'acupuncture est l'énergie. Le corps humain est un vaste réseau énergétique. Si une maladie ou un problème de santé apparaît, la cause est un surplus ou une carence d'énergie. Ce réseau énergétique est situé sur l'organisme en points spécifiques qui forment des méridiens. Ce sont ces méridiens qui font circuler l'énergie. Chaque organe du corps correspond à une ligne de points qui lui est propre. Il y a douze méridiens principaux et plusieurs méridiens secondaires.

L'autre principe de la philosophie de l'acupuncture est le yin et le yang. En bref, le yang c'est l'énergie, la chaleur, et le yin la vie végétative, le froid.



Chaque organe comprend des éléments yin et yang. La partie yang transforme les éléments externes en énergie et la partie yin la fait circuler. Enfin, il est essentiel de dire que l'acupuncture ne travaille qu'avec le corps-esprit. Au contraire de la médecine occidentale, la médecine asiatique croit que le corps et l'esprit ne font qu'un. Comme nous le disions précédemment, la maladie est causée par un déséquilibre énergétique, donc le traitement consistera à rétablir cet équilibre.

La façon de soigner de l'acupuncture est la stimulation de points spécifiques placés sur le corps dans le réseau des méridiens. On stimule ces points en introduisant de fines aiguilles dans la peau à des endroits précis. L'acupunctrice ou l'acupuncteur vérifiera aussi quelles sont nos habitudes de vie, la qualité de notre environnement. Car l'esprit et le corps sont étroitement liés et il est primordial de trouver la cause du problème ou de la maladie sinon le traitement sera sans effet.

L'acupuncture peut soigner tout aussi bien les fibromes et les kystes de l'ovaire comme l'endométriose.

HOMÉOPATHIE

L'homéopathie est une médecine qui se dit « holistique » . Par ce terme on entend que l'on ne soigne pas une maladie mais l'individu malade. C'est à la personne portant la maladie que l'on s'attaque.

Cette science soigne par l'administration de remèdes à doses infiniment réduites. Ceci parce que le produit est très concentré et ne demande qu'une quantité minime. Par cette méthode, on aura un produit efficace sans les effets néfastes. On peut les retrouver sous toutes formes mais la plus répandue est sûrement celle des « granules » . Le principe de base de l'homéopathie est la similitude. On croit que l'on peut guérir une maladie en utilisant une substance qui apporte les mêmes symptômes que la maladie elle-même. Donc chaque remède sera fait en considérant les symptômes de la personne qui consulte.

L'homéopathe croit à une seule énergie vitale qui fait fonctionner tout l'être. Quand cette énergie est en déséquilibre, les symptômes se manifestent. Comme avec l'acupuncture, notre environnement, notre style de vie devront être analysés pour que l'on puisse nous prescrire un traitement qui nous soit propre. L'homéopathie peut être utilisée pour

toutes sortes de problèmes gynécologiques. On sait que cette « science » est particulièrement efficace pour les fibromes utérins. Il est nécessaire de consulter des spécialistes avant d'acheter des médicaments homéopathiques.

PHYTOTHÉRAPIE

La phytothérapie est probablement la thérapeutique la plus ancienne et celle qui fut à la base de toutes les autres, même de la médecine traditionnelle. Elle consiste à soigner par les plantes. Les propriétés curatives des plantes sont reconnues partout à travers le monde. La phytothérapie pratiquée au Québec se base sur les principes chinois. Toutefois le choix des plantes a été adapté à ce que l'on pouvait trouver ici.

La ou le phytothérapeute doit travailler selon un code d'utilisation rigide car certaines plantes dont les vertus curatives sont reconnues peuvent aussi être très toxiques. On ne peut pas s'improviser phytothérapeute. Les plantes sont utilisées de différentes façons. On peut boire, infuser, réduire en poudre les plantes ou même en faire des capsules ou des sirops. Certaines plantes seront appliquées directement sur la peau en compresses ou en lotion, d'autres seront administrées par voie interne, comme les suppositoires.

Les traitements de phytothérapie peuvent soigner plusieurs affections gynécologiques, dont les fibromes. De plus, la phytothérapie a des propriétés préventives qui ne sont pas négligeables, entre autres au niveau du syndrome pré-menstruel. Il est assez facile de se procurer les produits à base de plantes. Les boutiques d'alimentation naturelle et la plupart des pharmacies vendent ces produits. Pour une expertise complète il faudra, comme pour toute médecine, nous référer aux spécialistes.

Il existe une multitude de médecines et de thérapies se disant «douces». Nous vous avons donné les renseignements de base sur les trois plus populaires, mais voici une énumération non-exhaustive de quelques autres.

- La **naturopathie**: Le principe de base est de rééquilibrer l'organisme par une saine alimentation, des massages, de la chaleur, des couleurs, de l'argile etc... Le jeûne fait partie de la thérapie.
- La **visualisation créatrice**: C'est l'art d'utiliser l'imagerie mentale et l'affirmation pour produire des changements positifs dans sa vie.
- L'**oligothérapie**: C'est une thérapie à base d'oligo-éléments qui sont des substances déjà présentes dans l'organisme. Les principaux oligo-éléments sont: l'arsenic, le brome, le fluor, des métaux comme l'aluminium, le nickel, le zinc etc... Le traitement consiste à administrer des petites quantités de ces éléments pour en réajuster le taux dans l'organisme.
- L'**argilothérapie**: Comme son nom l'indique, c'est une thérapie à base d'argile que l'on utilise sous forme de compresses. L'argile est utilisée sous forme de compresses, de breuvages et peut même être intégrée à l'alimentation.
- La **réflexologie**: C'est une technique de massage qui s'intéresse aux terminaisons nerveuses. Les points particuliers à masser seront les pieds et la tête.

Ce qu'il faut retenir c'est que la médecine officielle n'est pas la seule à offrir des solutions aux problèmes gynécologiques et qu'il est important de s'informer afin de faire des choix qui nous ressemblent.

CONCLUSION

L'éducation sociale, «l'infaillibilité des médecins», la résistance du pouvoir médical, les idées préconçues peuvent entraîner des pertes inutiles d'organes. Il ne faut pas perdre de vue que la première intéressée lorsqu'il s'agit de notre santé, c'est nous. Personne ne peut décider à notre place.

Nous avons le droit d'être mieux informées et mieux soignées. Il faut apprendre à poser des questions, à remettre en cause le diagnostic des médecins et à examiner tous les choix de traitements qui s'offrent à nous. La médecine, ce n'est pas comme la religion, un «acte de Foi».

Il n'est certes pas facile de se confronter individuellement dans les bureaux des expertes et experts. Toutefois, le jeu en vaut la chandelle si l'on considère que très jeune nous sommes dépendantes des médecins pour notre puberté, notre contraception, nos grossesses, nos accouchements, nos avortements, notre ménopause et enfin nos problèmes gynécologiques.

L'hystérectomie de masse est une réalité trop cinglante pour paraître véridique. Elle semble davantage la première, la plus facile et la plus payante des réponses. Les troubles post-opératoire ne sont pas à négliger.

Il est donc souhaitable que les groupes féministes en santé développent des ateliers sur les différents problèmes gynécologiques, sur les traitements proposés et plus particulièrement sur l'hystérectomie. Il faut créer des lieux d'échanges qui nous permettent de mieux gérer notre santé et de partager nos connaissances, nos inquiétudes et nos questionnements. En plus de briser notre isolement, la démarche des autres femmes/lesbiennes peut enrichir, stimuler et apaiser notre propre démarche. Ces rencontres collectives permettent l'émergence d'une solidarité entre femmes/lesbiennes puisque chacune devient une

ressource pour l'autre. Des liens peuvent également subsister au-delà des ateliers et ainsi un réseau d'entraide et de support peut se créer.

Les ateliers permettent également de rejoindre les femmes/lesbiennes moins habilitées à lire, qui sont aux prises avec les mêmes problèmes de santé.

Enfin, il faut être aux aguets et surveiller les derniers progrès technologiques et techniques, les solutions de rechange à l'hystérectomie. La diffusion et l'intégration de ces nouvelles alternatives tardent trop souvent à venir. Les groupes féministes en santé doivent maintenir leur intérêt pour les nouvelles recherches et établir des contacts avec les expertes féministes afin d'informer largement les femmes/lesbiennes.

BIBLIOGRAPHIE

Abramson, Zelda (1990). Don't Ask Your Gynecologist if You Need a Hysterectomy... Healthsharing, Summer, 12.

Alix, Suzanne (1986). L'hystérectomie. Qc: De l'homme.

Boston Women's Health Book Collective. (the) (1990). The New Our Bodies, Ourselves. Boston.

Cutler, Winnifred B. (1988). Hysterectomy: Before and After. New York: Harper and Row.

Darby, Jan (1992). Sex Punishment, the Politics of Cervical Cancer, Healthsharing. Summer/Fall, 24-26.

Goldfarb, Herbert A. (1990). The No-Hysterectomy Option. U.S.A.: John Wiley and sons inc.

Gross, Amy and Ito, Dee (1991). Women Talk About Gynecological Surgery. From Diagnostic to Recovery, New York: Harper Perennial.

Hufnagel, Vicki et Golant, Suzan K. (1990). Pour en finir avec l'hys - térectomie. New York : Le Jour.

Kahn-Nathan, J. et Hallez, J.-P. (1990). Une chirurgie pour les femmes. Paris: Flammarion.

Lambert, Monique (1992). Nécessaire, la «grande opération» ? La Gazette des femmes, nov./déc., 10-12.

Long, Cecil A. (1990). Menorrhagia, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 17 (2), 343-359.

Netter, Frank H. (1977). Reproductive System, The Ciba Collection of Medical Illustrations, Vol. 2, U.S.A.: Ciba.

Nissim, Rina (1984). Mamamélis: Manuel de gynécologie naturopathique à l'usage des femmes. Paris: Dispensaire des Femmes.

Sheppard, Bruce and Sheppard, Carroll A. (1990). The Complete Guide to Women's Health. 2nd Rev. ed., U.S.A.: Plume.

Stokes, Naomi Miller (1986). The Castrated Woman. New York: Franklin Watts.