

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



تلمسان الجزائر

جامعة أبي بكر بلقايد

Faculté de médecine
Mémoire de fin d'étude

Thème :

Etude comparative entre
l'hystérectomie par voie haut et voie
basse

Présenté par :

- DAALA HOUCINA
- GUENTOUR AICHA
- OBIDI HAFSA
- KIGMOU FOUZIA
- SEBIH SOAAD

Encadreur :Pr. OUALI

2016/2017

A cœur vaillant rien d'impossible
A conscience tranquille tout est accessible
Quand il y a la soif d'apprendre
Tout vient à point à qui sait attendre
Quand il y a le souci de réaliser un dessein
Tout devient facile pour arriver à nos fins
Malgré les obstacles qui s'opposent
En dépit des difficultés qui s'interposent
Les études sont avant tout
Notre unique et seul atout
Ils représentent la lumière de notre existence
L'étoile brillante de notre réjouissance
Comme un vol de gerfauts hors du charnier natal
Nous partons ivres d'un rêve héroïque et brutal
Espérant des lendemains épiques
Un avenir glorieux et magique
Souhaitant que le fruit de nos efforts fournis
Jour et nuit, nous mènera vers le bonheur fleuri
Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys,
Nous prions dieu que cette soutenance
Fera signe de persévérance
Et que nous serions enchantés
Par notre travail honoré

REMERCIEMENTS

Nos remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont Contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de notre stage d'internat.

*A notre chef de service **Pr Belarbi** :*

Notre trimestre de stage interné au sein de votre établissement nous a permis de découvrir la richesse et l'éthique de la gynécologie obstétrique, il restera pour nous un model d'exercice, de rigueur et de conscience professionnelle.

Nous espérons être à la hauteur de vos exigences dans l'exercice de notre profession.

Veillez agréer l'expression de notre profond respect

*A notre responsable et encadreur **Pr OUALI** :*

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre étude, de compléter notre travail, d'être toujours présent à nos coté, merci de nous avoir encadré tous au long de notre séjour dans le service et pour toutes vos critiques enrichissantes. Votre qualité de travailleur et votre rigueur nous ont beaucoup appris.

Nous remercions également tous le personnel qui nous a aidé à avoir accès aux données de notre étude.

Plan du travail

Première partie : Etude théorique :

I. Généralités :

1. Introduction.
2. Historique.

II. Rappel anatomique.

III. Différentes voies d'abord.

1. Hystérectomie par laparotomie (par voie haute)
2. Hystérectomie vaginale (par voie basse)
3. Hystérectomie Celio vaginale

IV. Différents type d'hystérectomie.

1. Hystérectomie totale
2. Hystérectomie subtotale
3. Hystérectomie radicale
4. Hystérectomie avec annexectomie

V. Les techniques chirurgicales.

VI. Les risques et les complications.

VII. Les indications :

1. Communes
2. De la voie basse

VIII. Des informations pratiques

IX. Conclusion

Deuxième partie : Etude pratique :

- Matériels et méthodes
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

X-Bibliographie.

Résumé :

Objectifs :

Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence de l'hystérectomie des différentes voies d'abord et leurs complications.

Patientes et méthode :

C'est une étude rétrospective et mono centrique qui porte sur 645 cas d'hystérectomies pour lésions utérines bénignes ou maligne pratiquées dans le service de chirurgie gynécologique de l'Hôpital de Tlemcen du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2016

La collecte des données a été faite à partir des registres opératoires et des dossiers des patientes.

Résultats : la fréquence de l'hystérectomie abdominale est de 40% (257 cas), celle de l'hystérectomie vaginale est de 60% (388 cas). L'âge moyen est de 46 ans (extrêmes 45 à 55).

La parité moyenne est de 5,5 (extrêmes de 0 à 9). Toutes les patientes avaient un antécédent de chirurgie abdominopelvienne.

La morbidité opératoire est représentée par une plaie de vessie au cours de l'hystérectomie vaginale et une plaie urétérale au cours de la voie abdominale

Conclusion :

La voie abdominale a été peu réalisée en raison de l'expérience acquise du chirurgien à la voie vaginale, aidée parfois de l'assistance coelioscopique.

La Partie théorique

I-Généralités :

1-introduction :

La fonction de l'**utérus** est de permettre le développement de futurs bébés. Cet organe est constitué de trois couches : une paroi extérieure (**membrane séreuse**), une couche de muscle (**myomètre**), et un revêtement intérieur (**muqueuse**). Cette muqueuse, qui porte aussi le nom d'**endomètre**, se renouvelle chaque mois au moment des règles. L'utérus communique avec le vagin au niveau de sa partie basse : le **col de l'utérus**.

Vous avez une maladie de l'utérus qui provoque des saignements et éventuellement des douleurs. Des pertes de sang trop importantes peuvent conduire à un manque de fer important qui se traduit notamment par la fatigue.

Vous avez peut-être essayé sans succès des traitements médicaux ou chirurgicaux. Votre gynécologue vous propose, pour améliorer votre état, d'enlever votre utérus (**hystérectomie**).

Qu'est-ce qu'une hystérectomie ?

C'est une intervention chirurgicale (opération) appelée « ménopause chirurgicale », consistant à enlever les organes sexuels internes (l'utérus ou matrice, le col utérin, et parfois les trompes de Fallope et les ovaires). Le médecin fait une incision de 10 à 15 centimètres dans l'abdomen (ventre), ou bien il intervient par le vagin. La décision d'intervenir d'une manière ou d'une autre sera prise de commun accord avec le médecin.

L'objectif de notre travail est de comparer les indications de la voie basse et de la voie haute et décrire la technique chirurgicale avec les complications et les difficultés rencontrées au cours de l'intervention et d'en ressortir les principaux avantages et inconvénients de chaque voie.

2. Historique :

A-Voie haute :

Le chemin à hystérectomie abdominale était initié avec la première laparotomie exécutée par Ephraim Mc Dowell (1771–1830) de Kentucky, en 1809, qui a publié les résultats de ses premiers trois cas d'ovariectomie.

Charles Clay (1801–1893) de Manchester, Angleterre, était un des pionniers de l'ovariectomie. En Novembre 1843 il a commencé ce qu'il s'est attendu à être sa 5ème ovariectomie, malheureusement, après qu'il eût ouvert l'abdomen la malade eut toussé et un volumineux utérus myomateux , était expulsé à travers l'incision ,qu'il était incapable de le réintroduire dans la cavité pelvienne , il a été forcé, donc, à exécuter la première hystérectomie subtotale abdominale, compliquée d'une hémorragie per-opératoire foudroyante , après quoi la patiente a succombé peu après l'intervention .



Charles Clay (1801-1893)

Quatre jours plus tard, un autre chirurgien de Manchester, a réalisé une hystérectomie subtotale imprévue pour un utérus fibromateux pris pour un

kyste ovarien, cette patiente est décédée elle aussi par complication hémorragique.

En 16 Janvier 1844, Charles Clay a rencontré la même énigme chirurgicale quand il a opéré une femme de 52 ans pour un grand kyste ovarien, à l'exploration il trouvait un utérus fibromateux de 9 kg, ce qui l'a amené à réaliser une hystérectomie subtotale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, la patiente a bien récupéré, mais, au 13ème jour en postopératoire elle est tombée du lit et décédée deux jours après.

En effet, La première hystérectomie abdominale subtotale programmée pour fibrome utérin était accomplis par John Bellinger (1804–1860) de Charleston, Caroline du Sud, en juin 1846, la malade était morte d'un sepsis le 5ème jour en postopératoire.

En effet la première hystérectomie totale était réalisée par Richardson en 1929.

B-Voie basse :

L'hystérectomie par voie basse fut décrite pour la première fois par Joseph Récamier en 1815; puis il réalisa avec succès la première HV réglée sur un utérus prolabé en 1829 . En 1878, Czerky réalisa la première HV sur utérus non prolabé.

A la fin du XIXe siècle, l'HV était la technique la plus utilisée ; en effet, à partir de 1890-1900, elle commença à être régulièrement pratiquée mais fut progressivement abandonnée au profit de l'HA en raison des progrès de l'anesthésie et de l'instauration de l'asepsie.

En 1901, Frederic Schauta tenta de relancer la voie vaginale en décrivant l'HV élargie.

Il a fallut attendre les années 1970-1975 pour voir plusieurs auteurs, en particulier le professeur Daniel Dargent en France, défendre l'hystérectomie vaginale, diffuser sa technique et étendre ses indications.

En 1989, Harry Reich réalisa la première hystérectomie vaginale coelioassistée et à la même époque Daniel Dargent et Michel Canis ont commencé à réaliser l'hystérectomie élargie par voie laparoscopicovaginale ou laparoscopique pure.

En 1992, Childers a décrit les deux premiers cas opérés par voie vaginale coelioassistée.

II-Rappel anatomique :

L'hystérectomie en général, comme toute intervention chirurgicale, impose une maîtrise parfaite des rapports anatomiques des structures pelviennes.

Les conditions d'approche et l'angle de vue différents mis à part, il faut se convaincre que l'anatomie de la chirurgie vaginale est la même que celle de la chirurgie abdominale .

1-L'utérus :

1-1 Configuration externe : (fig.1)

L'utérus présente dans sa partie moyenne un léger étranglement, l'isthme utérin, qui sépare le corps et le col.

Le corps utérin est de forme conoïde et aplati d'avant en arrière ; le fundus de l'utérus est fortement convexe dans le sens antéropostérieur, rectiligne transversalement chez la nullipare et convexe chez la multipare. Les cornes utérines prolongent le fundus et se continuent avec les trompes ; elles donnent insertion aux ligaments ronds et propres de l'ovaire.

Le col utérin est cylindrique et un peu renflé à sa partie moyenne. Il est divisé en deux portions par l'insertion vaginale : la portion supra vaginale, prolongeant le corps, et la portion vaginale, visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal.

Celle-ci est percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui donne accès au canal cervical. Cet orifice s'allonge transversalement avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latérales.

1-2 Rapports : (fig.2)

Partie supra vaginale de l'utérus :

Elle correspond au corps utérin et à la partie supra vaginale du col.

Elle présente deux faces, vésicale et intestinale, et deux bords, droit et gauche.

Le péritoine recouvre les faces du corps et la face postérieure de la partie supra vaginale du col. Il est d'autant plus adhérent que l'on approche du fundus utérin.

– La face vésicale du corps utérin répond à la face utérine de la vessie par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico-utérin.

– La face intestinale est séparée du rectum par le cul-de-sac recto utérin de Douglas.

– Les bords du corps répondent au mésomètre dans lequel cheminent l'artère utérine,

les plexus veineux et lymphatiques utéro vaginaux et le nerf latéral de l'utérus.

– Les bords de la partie supra vaginale du col répondent au paramètre dont l'élément important est représenté par le croisement uretère-artère utérine.

L'uretère descend médialement, au-dessus du fornix latéral du vagin, en direction de la base vésicale.

Partie vaginale du col :

Elle fait saillie dans le fornix vaginal et elle est séparée de la paroi vaginale par un cul de-sac annulaire.

Par l'intermédiaire du vagin, elle est en rapport avec :

– en avant, le septum vésico-vaginal, le trigone vésical et la partie terminale de l'uretère

– latéralement, le paracervix ;

– et en arrière, le rectum par l'intermédiaire du cul-de-sac recto utérin.

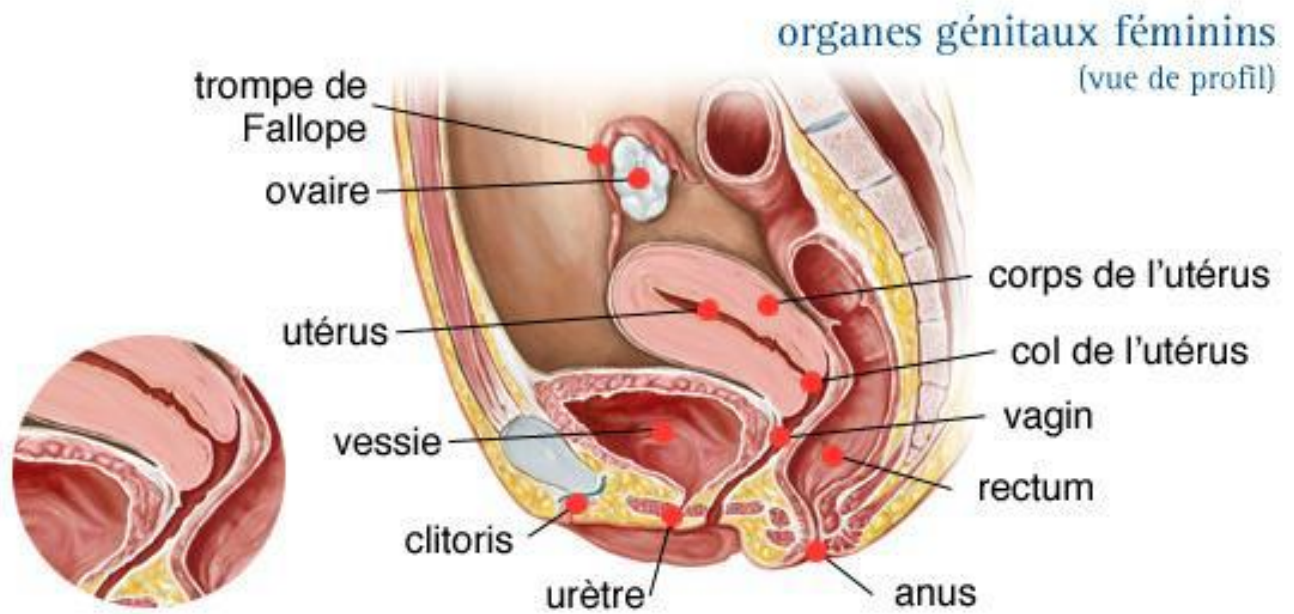


Figure 2. *Vue opératoire abdominale du pelvis.*

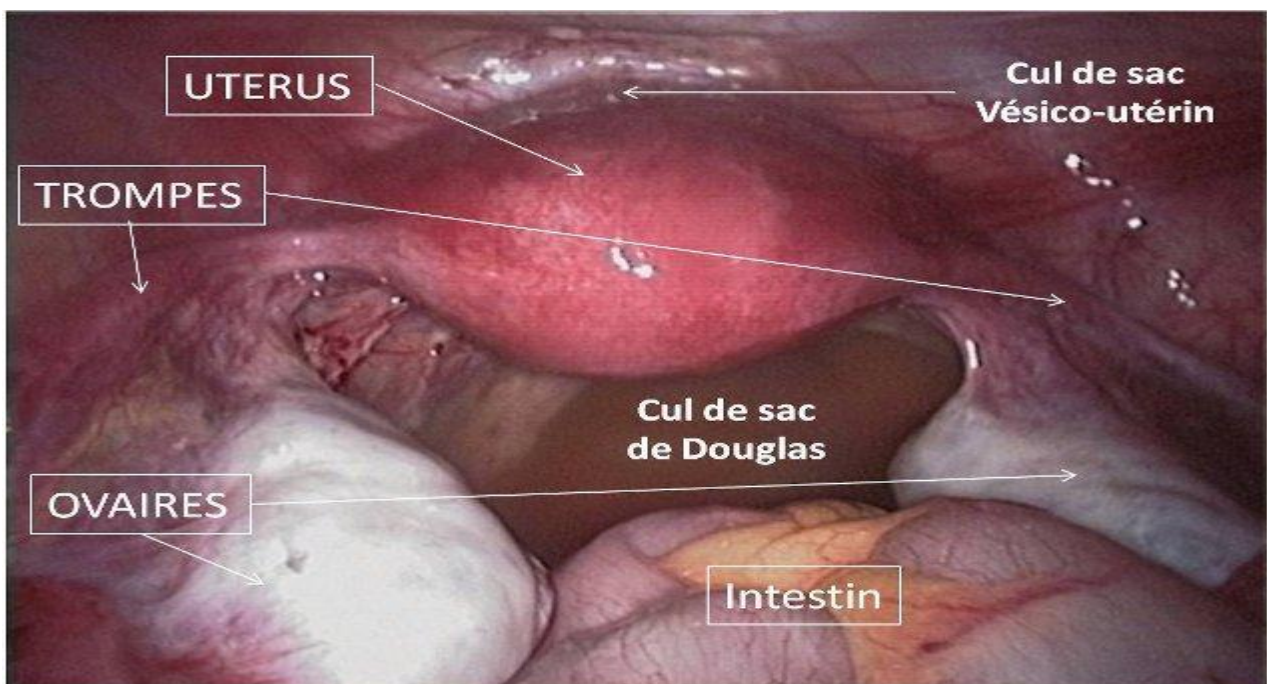


Figure 1. *Vue latérale de l'utérus et du vagin.*

Figure 2 : *Appareil génital. Coupe sagittale médiane du bassin*

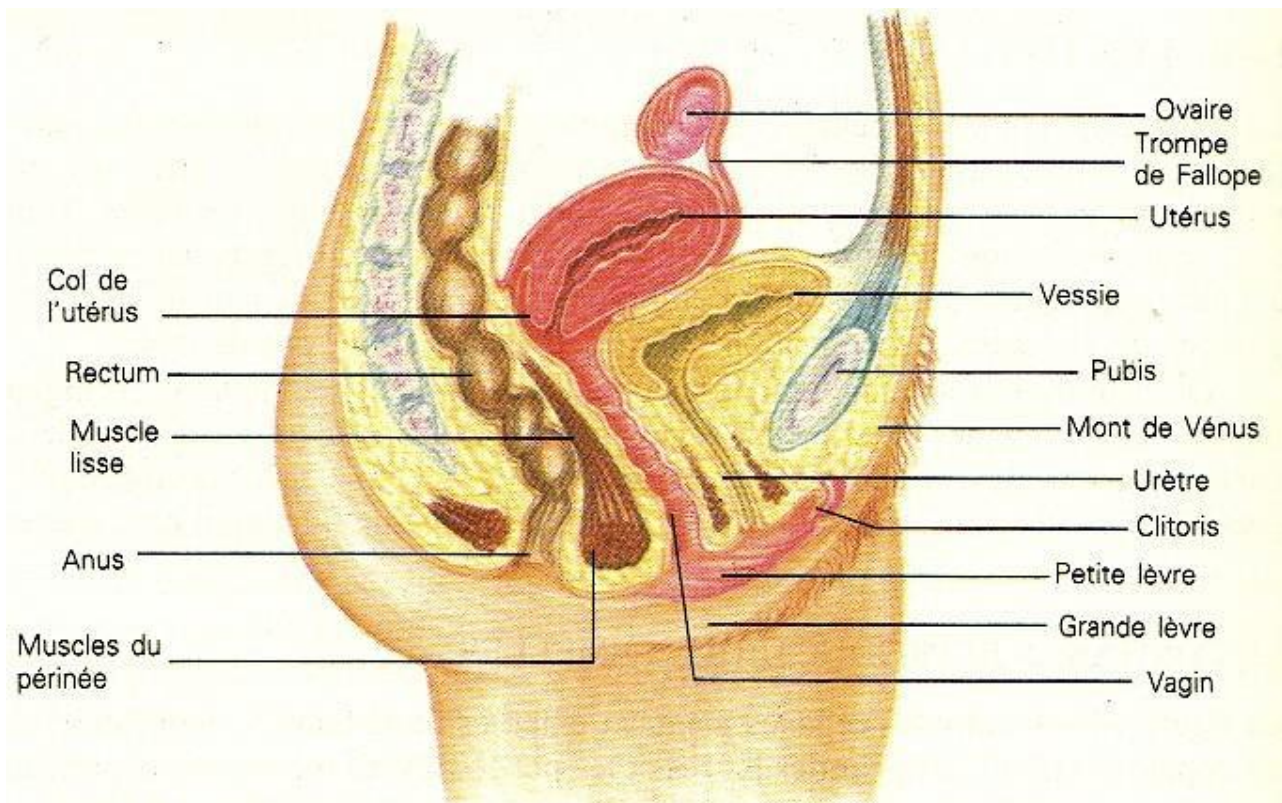


Figure 3. Coupe sagittale du pelvis

2-Les annexes : (fig.3)

2-1 L'ovaire :

Glande sexuelle paire, l'ovaire a la forme d'une amande, il présente deux faces, médiale et latérale, deux bords, libre et mésovarique, et deux extrémités, tubaire et utérine. Il est maintenu par trois ligaments :

- le ligament suspenseur de l'ovaire, constitué de fibres conjonctives et musculaires lisses qui entourent les vaisseaux ovariens ;
- le ligament tubo-ovarique, solidaire de la frange ovarique ;
- le ligament propre de l'ovaire tendu du pôle utérin de l'ovaire à la corne utérine.

2-2 La trompe :

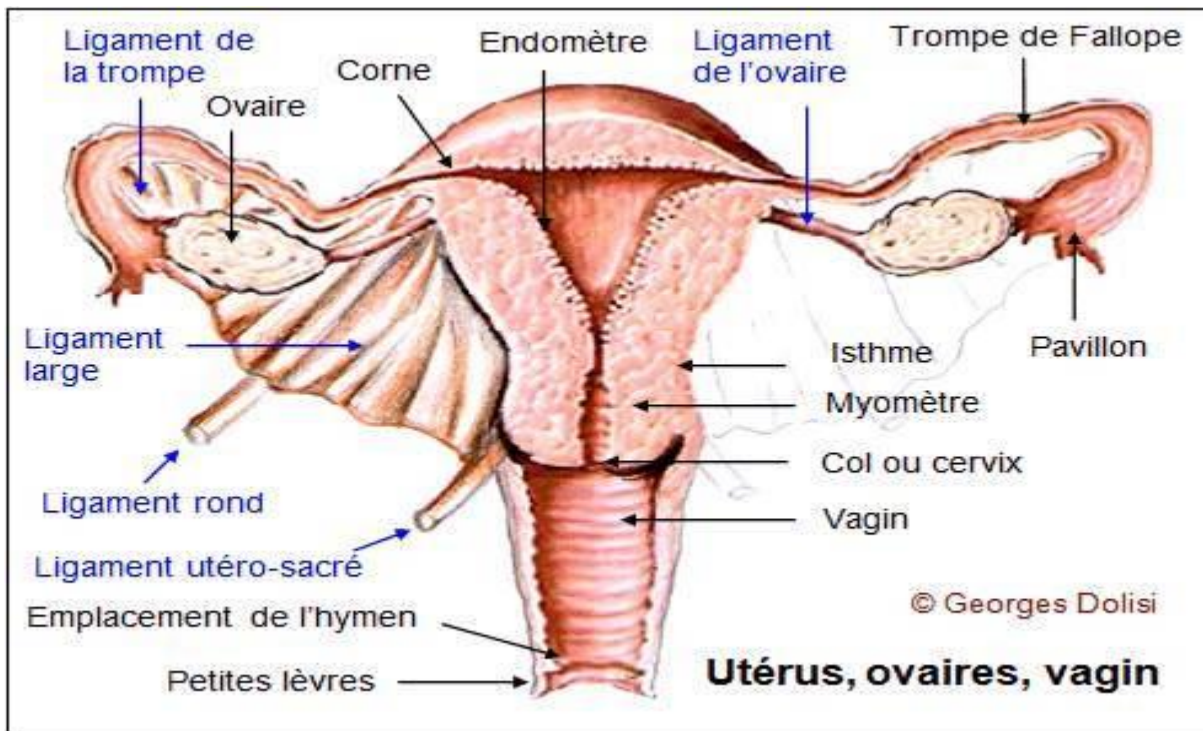
Située dans les mésosalpinx, la trompe présente tout d'abord une direction transversale jusqu'au pôle utérin de l'ovaire, puis elle suit le bord mésovarique de l'ovaire pour retomber le long du bord libre de l'ovaire. Elle présente quatre portions :

- La partie utérine, située dans l'épaisseur même du muscle utérin. Elle débouche dans l'angle supérieur de l'utérus par un orifice de 1 mm de diamètre, l'ostium utérin.
- L'isthme tubaire, qui fait suite à la portion utérine entre les ligaments rond de l'utérus et propre de l'ovaire.
- L'ampoule tubaire fait suite à l'isthme au niveau du pôle utérin de l'ovaire.

Flexueuse, elle présente une paroi mince, et une grande compliance. Elle est en rapport étroit avec l'ovaire et représente la « chambre de fécondation ».

- L'infundibulum de la trompe est évasé, en entonnoir. Son sommet fait communiquer

la cavité tubaire avec celle du péritoine par un orifice extensible de 2 à 3mm, l'ostium abdominal.



3-La vessie : (fig.4)

La traction sur le col a pour effet d'attirer le bas-fond vésical et de provoquer un épaississement du septum vésico utérin, créant un pseudo ligament transversal dénommé cloison supra cervicale ou supra vaginale.

Cette cloison sera franchie par la section des fibres sur la ligne médiane, à mi-chemin entre l'utérus et la tranche vaginale. Si on ne suit pas cette règle, on fait une route fautive ou vésicale utérine.

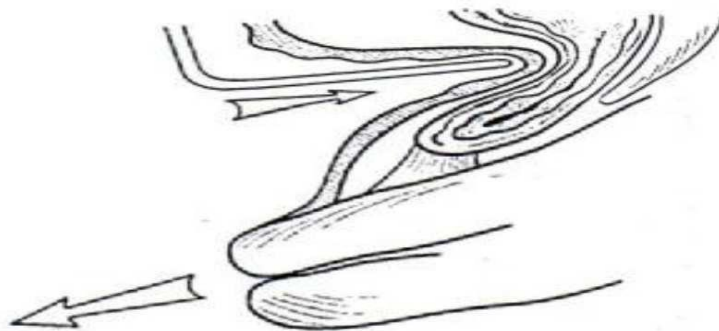


Figure 4 : « cloison supra vaginale ».

La traction sur l'utérus attire la vessie par l'intermédiaire des ligaments vésicoutérins. Les fibres joignant la vessie à l'isthme utérin se densifient, formant la « cloison supra vaginale ».

4-L'uretère : (fig.5-a, 5-b)

La transposition par voie basse des notions anatomiques générales concernant le tissu pelvien et l'uretère terminal est absolue.

La différence est que l'uretère est situé, par voie haute, sous la partie ascendante de l'artère utérine. Par voie basse, il est situé entre l'opérateur et l'artère utérine, laquelle est attirée vers le bas par les tractions, tandis que la vessie est refoulée vers le haut.

Les fibres conjonctives accompagnant l'artère utérine et le ligament vésico utérin entraînent la formation d'une anse urétérale appelée « genou de l'uretère ».

Donc, l'uretère descend à la partie dorso-latérale du pelvis, vient constituer son anse sous l'artère utérine et remonte vers la vessie.

L'artère utérine en provenance de la paroi pelvienne, semble « sortir » de l'anse.

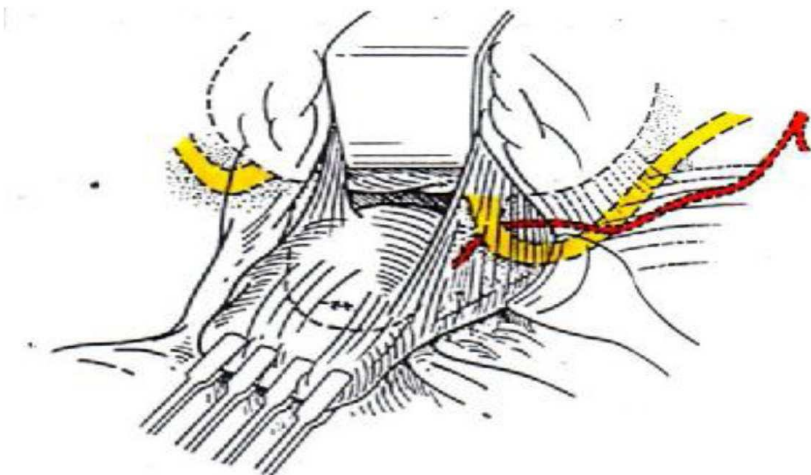


Figure 5-a : Abord vaginal. Rapports de l'uretère et de la base vésicale avec l'utérus et l'artère utérine.

La traction sur l'utérus attire l'uretère dans le « pilier de la vessie », qui est refoulé latéralement par une valve placée dans l'espace vésico-utérin. Le point le plus déclive de l'uretère forme le « genou », dans lequel apparaît l'artère utérine.

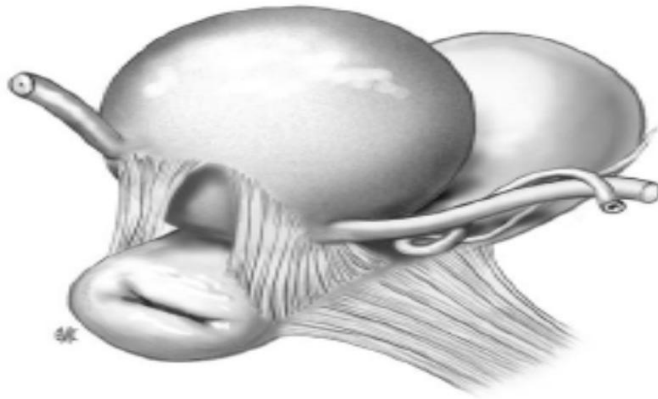


Figure 5-b : Présentation des piliers de la vessie avec, à leur face externe,

Le croisement entre artère utérine et uretère.

5-Espaces, septums : (fig.6-7)

Il existe six espaces pariétaux (deux médians, quatre latéraux) et deux espaces inter

viscéraux ou septums :

L'espace rétro pubien (de RETZIUS), avasculaire, qu'on trouve en arrière de la symphyse pubienne, devant la paroi vésicale.

Les deux fosses para vésicales, elles sont larges et profondes, leur plancher est représenté par le muscle élévateur et son aponévrose ; elles sont traversées par le pédicule vasculo nerveux obturateur.

Les deux fosses para rectales, dont l'orifice abdominal est étroit ; par voie basse, on accède à leur partie caudale, plus ample en dehors du vagin ; à la jonction entre la partie haute et la partie basse, on trouve le pédicule rectal moyen marquant le ligament rectal latéral.

Il existe une seule différence d'ordre anatomique entre l'abord abdominal et l'abord vaginal : la fosse para vésicale a un orifice abdominal large et un orifice inférieur étroit; La fosse para rectale a un orifice abdominal étroit et un orifice inférieur large.

L'espace rétro rectal est situé entre le fascia rectal et le fascia rétro rectal ; plus dorsal, entre fascia rétro rectal et sacrum se trouve l'espace pré sacré dangereux en raison de l'existence des veines sacrées.

L'espace ou septum vésico vaginal ou vésico utérin est situé sous la partie médiane du cul de sac péritonéale antérieur.

L'espace ou septum recto vaginal est situé entre les deux tiers supérieurs du vagin et le rectum ; par voie basse, son entrée est limitée par l'accolement du vagin au cap anal au dessus du centre tendineux du périnée.

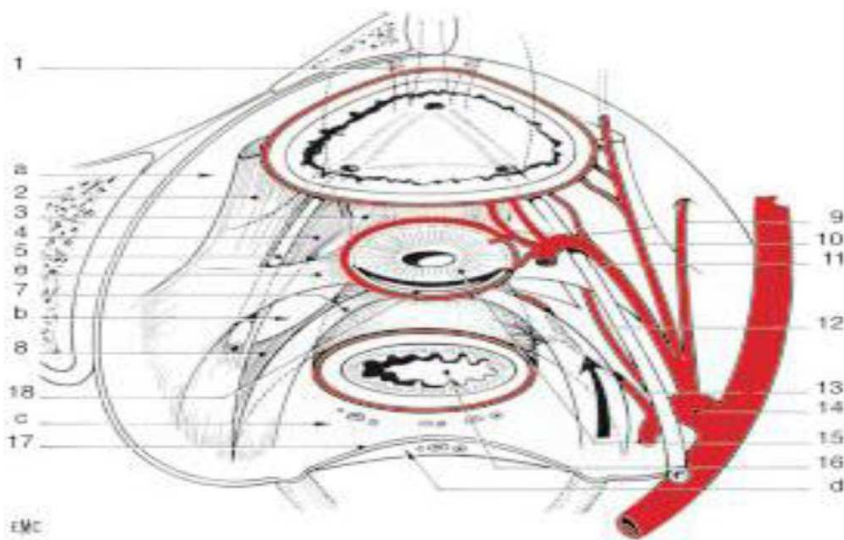


Figure 6 : Schéma des espaces et ligaments viscéraux pelviens

- a :** Espace paravésical;
- b :** Espace para rectal;
- c :** Espace rétro rectal ;
- d :** Espace présacral

;1. ligament pubovésical ; 2. Ligament vésical latéral ; 3. Ligament vésico-utérin.

;4.Paracervix; 5. Uretère ; 6. Paramètre ; 7. Ligament utérosacral ; 8. Ligament rectal latéral ;9. Artère obturatrice ; 10. Artère ombilicale ; 11. Artère utérine ; 12. Artère vaginale ; 13.artère rectale moyenne ; 14. Artère iliaque interne ; 15. Col utérin ; 16.Rectum ; 17. fasciaprésacral ; 18.Fornix vaginal postérieur.

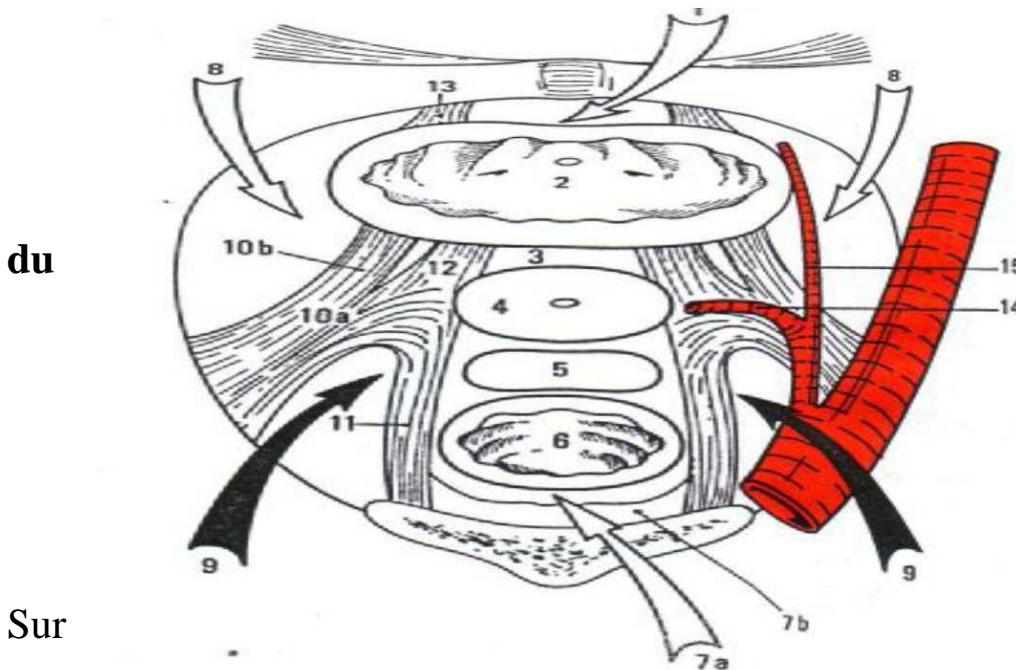


Figure 7:
Coupe horizontale pelvis, montrant (flèches) les espaces décollables pariétaux.

la ligne médiane :

Espace rétro pubien (1), vessie (2), septum vésico-utérin (3), col (4), cul-de-sac recto utérin(5), rectum (6), espace rétro rectal (7a), espace pré sacré (7b).

Latéralement :

Fosse para vésicale (8), fosse para rectale (9).

Ligaments :

Paracervix (10a), ligament vésical latéral (10b), utéro-sacré (11), vésico-utérin (12),pubovésical (13).

Artère utérine et paramètre (14). Artère ombilicale (15).

6-Fascias :

Les fascias sont les couches conjonctives enveloppant viscères et muscles.

Les fascias pelviens sont représentés par les fascias viscéraux (rectal, vaginal, utérin, urétral et vésical) et le fascia du diaphragme pelvien ; ils sont d'épaisseur variable.

Fascias viscéraux et fascias pelviens échangent des fibres en plusieurs zones, qui sont autant des lieux de rapports anatomiques étroits que des lieux de connexions dynamiques entre le diaphragme pelvien et les viscères.

7-Ligaments : (fig.8)

Les « ligaments » viscéraux sont des renforcements conjonctifs du tissu cellulaire pelvien : ils sont en continuité avec les fascias.

On ne peut donc les imaginer comme des ligaments articulaires, mais comme des zones conjonctives densifiées dont l'insertion viscérale se mêle au fascia péri viscéral ; alors que l'insertion pariétale est souvent négligeable.

7-1 Ligaments latéraux :

Paramètres et paracervix: Organisés autour des vaisseaux utérins, pour le paramètre, et autour des vaisseaux vaginaux, pour le paracervix. La valeur fonctionnelle du paramètre et du paracervix, pour le maintien de l'utérus, est considérable et certaine ; un prolapsus se produit lors de la traction du col dès que les paramètres et les paracervix sont sectionnés.

La section isolée des autres ligaments et du diaphragme pelvien, avec la même traction sur le col, ne produit pas le même degré de descente du col.

Ligaments vésicaux latéraux : Ils sont constitués autour des vaisseaux vésicaux supérieurs d'origine ombilicale. Ils constituent le pilier externe de la vessie.

Ligaments rectaux latéraux : Ils sont organisés autour des vaisseaux rectaux moyens et disposés presque transversalement de chaque côté du rectum distal.

7-2 Ligaments sagittaux :

Ligaments utéro-sacrés : Ils partent de la face postéro latérale du col et du fornix vaginal où ils se confondent avec les paramètres. Ils longent les faces latérales du rectum proximal pour se perdre en regard de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque, en regard de S2-S3.

Ligaments vésico-utérins : Ils joignent la partie latérale de l'isthme et du col à la région du méat urétéral, ils constituent les piliers internes de la vessie.

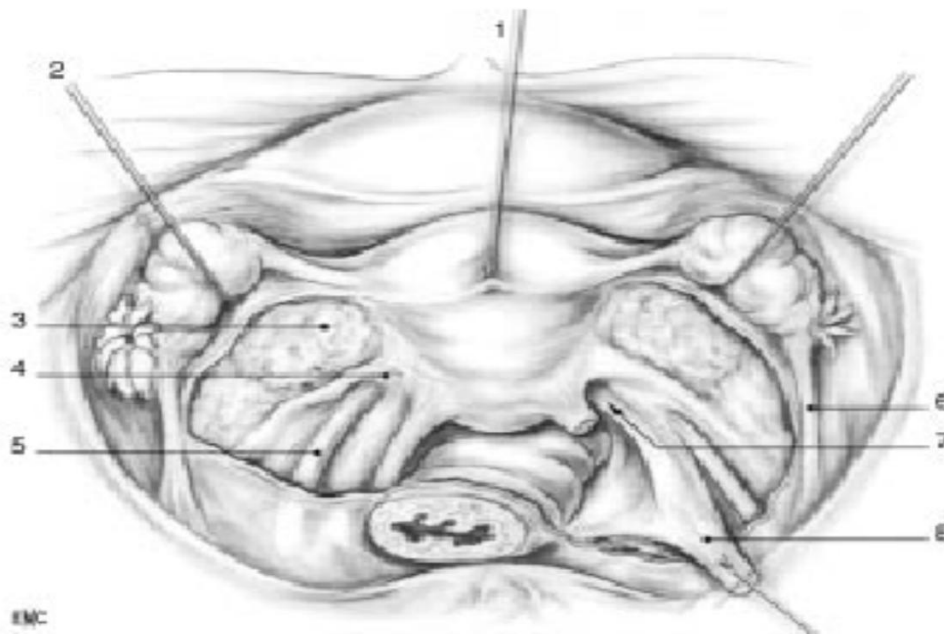


Figure 8 : Ligaments viscéraux pelviens.

1. Utérus ; 2. Ovaire récliné ; 3. Mésomètre ouvert ; 4. Paramètre ;
5. Uretère ; 6. Ligament suspenseur de l'ovaire ; 7. Paracervix ; 8. Ligament Utéro sacral droit sectionné.

8-Communication entre les espaces :

Le paracervix sépare la fosse para vésicale de la fosse para rectale. Sa direction étant oblique, la fosse para vésicale s'ouvre largement et la fosse para rectale étroitement par voie haute (l'inverse par voie basse).

Il existe un passage entre les deux fosses, le paracervix et le diaphragme pelvien.

Les espaces pariétaux communiquent entre eux : les fosses para vésicales de chaque côté avec l'espace rétro pubien, les fosses para vésicales avec les fosses para rectales sous le paracervix, les fosses para rectales avec l'espace rétro rectal.

Les ligaments utéro-sacrés ne séparent la fosse para rectale de l'espace rétro rectal et pré sacré qu'imparfaitement. Ces espaces communiquent en fait pratiquement sans interposition.

9-Diaphragme pelvien : (fig.9)

Vu d'en bas, le diaphragme pelvien montre surtout sa partie interne élévatrice et ses insertions publiennes.

La fente urogénitale est contournée par les muscles pubo vaginaux et pubo rectaux.

En avant, les fascias sont insérés latéralement aux branches ischio-pubiennes.

Le tiers inférieur du vagin est en regard du diaphragme pelvien, les deux tiers supérieurs en regard de la fosse para rectale.

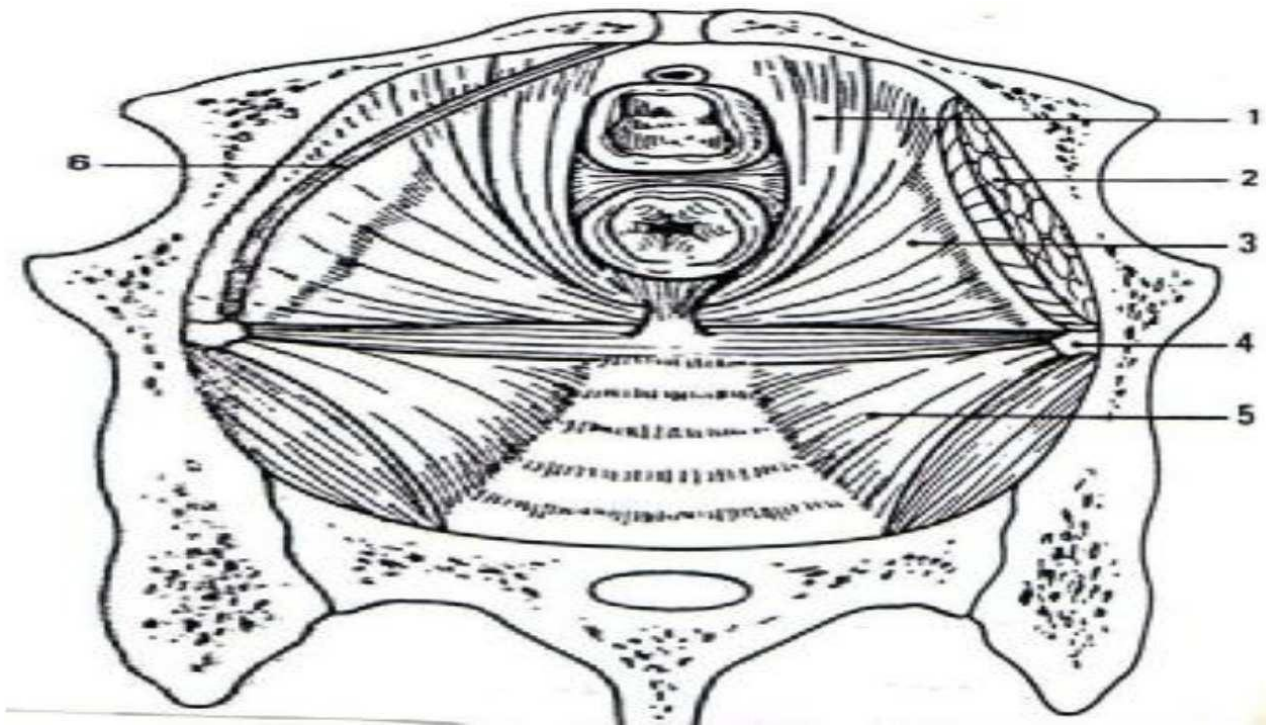


Figure 9 : Diaphragme pelvien, vue supérieure. Urètre vagin et rectum sont sectionnés.

Muscle pubo-rectal (1), muscle obturateur interne (2), muscle pubo-coccygien (3), épine sciatique (4), muscle ischio-coccygien, contenant le ligament sacro-épineux (5), arc tendineux du fascia pelvien (6).

10- La vascularisation de l'utérus :

L'utérus est vascularisé :

- essentiellement par les artères utérines droite et gauche, branches des artères hypogastriques.
- accessoirement par les artères ovariennes, branches de l'aorte, et du ligament ronds.

III. LES DIFFERENTES VOIES D'ABORD POSSIBLES

Une hystérectomie peut être pratiquée par 3 voies d'abord. Le choix dépend de l'expérience du chirurgien, de la taille de l'utérus, du nombre d'accouchements par les voies naturelles, de l'âge de la patiente, de l'indication de l'hystérectomie (Pathologie bénigne ou maligne) et du souhait de la patiente .

A) Hystérectomie par laparotomie (par voie haute)

L'intervention est réalisée par l'ouverture de l'abdomen, sur 10 à 15 cm. Le choix de la cicatrice est fait par le chirurgien en fonction des indications de l'hystérectomie, s'il n'y a pas déjà une cicatrice précédente. Celle-ci sera soit: - horizontale la plus fréquente, plus esthétique. - rarement verticale médiane sous ombilical. elle est indiquée en cas d'utérus très volumineux, dans certaines pathologies malignes ou lorsque la voie vaginale est impossible.

B) Hystérectomie vaginale (par voie basse):

L'intervention est réalisée par les voies naturelles, à travers une incision située au fond du vagin. Il n'existe aucune cicatrice abdominale. Elle est indiquée en cas d'utérus de petite à moyenne taille, de prolapsus génital extériorisé (descente d'organes) et de pathologie plutôt bénigne.

C) Hystérectomie Celio vaginale:

On réalise 3 à 4 incisions de 5 à 10 mm au niveau de l'abdomen afin de placer des trocars. Ces derniers permettent d'insuffler la cavité abdominale avec du gaz CO₂ et d'introduire les instruments chirurgicaux. Cette technique est aujourd'hui de plus en plus utilisée car elle présente de nombreux avantages : diminution des douleurs post- opératoire.

IV. Les types d'hystérectomie :

Il existe plusieurs types d'hystérectomie, définis en fonction de l'étendue du geste chirurgical aux différentes parties de l'utérus ou aux organes avoisinants :

1/ Hystérectomie totale :

Il s'agit de l'ablation de tout l'utérus, y compris du col utérin. L'intérêt de l'ablation du col utérin en même temps que le reste de l'utérus est d'éviter l'apparition d'un cancer cervical ultérieurement.

2/Hystérectomie sub totale :

Il s'agit de l'ablation de l'utérus sans l'ablation du col utérin. Cette intervention ne peut pas être pratiquée par les voies naturelles (voie basse).

3/ Hystérectomie radicale :

Il s'agit d'une hystérectomie totale, associant l'ablation d'une collerette vaginale (partie supérieure du vagin), des paramètres (tissus situés entre le col utérin et les parois du petit bassin) et des ganglions lymphatiques pelviens. Cette intervention est pratiquée en cas de cancer du col utérin ou en cas de cancer de l'endomètre étendu au col utérin.

4/ Hystérectomie avec annexectomie :

Il s'agit de l'ablation de l'utérus et de ses annexes : trompes utérines et ovaires. L'annexectomie peut être uni ou bilatérale. Ce geste est systématiquement associé à l'hystérectomie en cas de cancer utérin. Il est souvent associé lorsqu'il existe une pathologie annexielle associée (kyste de l'ovaire etc.) ou de manière systématique chez la femme ménopausée afin d'éviter l'apparition d'un cancer ovarien ultérieurement. Lorsque l'annexectomie n'est pas pratiquée, on parle d'une hystérectomie inter-annexielle. L'annexectomie bilatérale est responsable d'une ménopause définitive.

V.-Les techniques chirurgicales

I. Hystérectomie par voie haute

a-Installation et préparation

La patiente est installée en décubitus dorsal, les cuisses écartées et partiellement repliées sur le bassin, genoux modérément fléchis reposant sur des appuis mousses. Le chirurgien se place à gauche de la patiente s'il est droitier afin d'avoir la main droite la plus dégagée et la plus mobile pour descendre dans le pelvis. L'aide se place en face de l'opérateur et l'instrumentiste entre les jambes de la patiente. Une table pont est placée aux pieds de la patiente et une autre grande table à la disposition de l'instrumentiste.

b-Instruments pour hystérectomie totale par laparotomie

Pour la paroi, l'instrumentation fait habituellement appel à un écarteur orthostatique de Ricard, de Collin, de Parks, de Balfour ou de Gosset avec une valve entérostat. Outre les ciseaux de dissection (Metzenbaum, Nelson), les longs ciseaux droits et courbes de Sims, les ciseaux de Mayo sont de grande utilité dans les gestes de dissection et de section. Les pinces de préhension et d'hémostase, les porte-aiguilles courbes ou droits, les fils non résorbables ou résorbables sont habituellement utilisés dans la chirurgie abdominale.





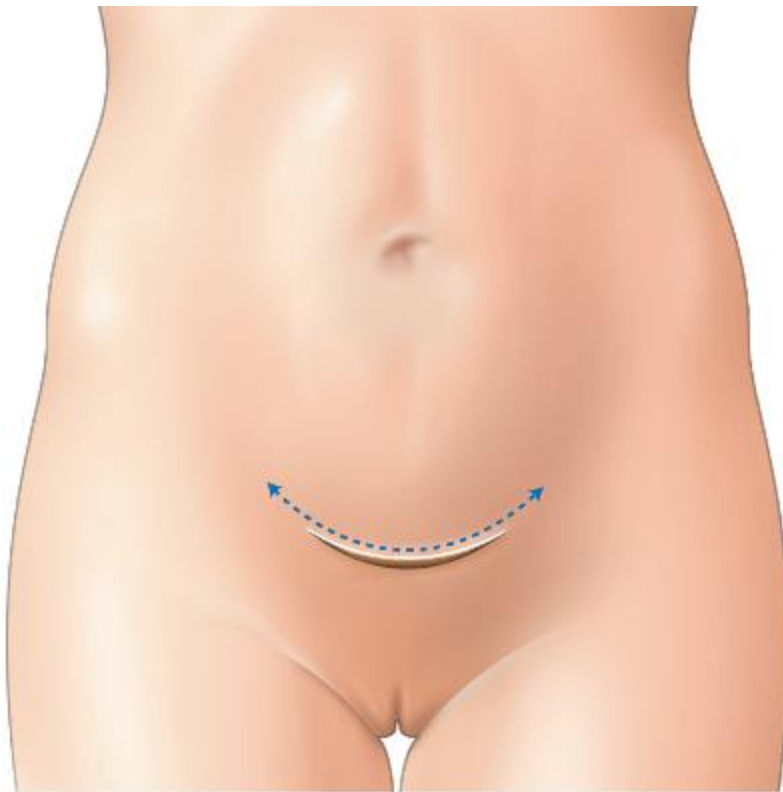
Instrumentation pour la laparotomie.

Techniques de laparotomie

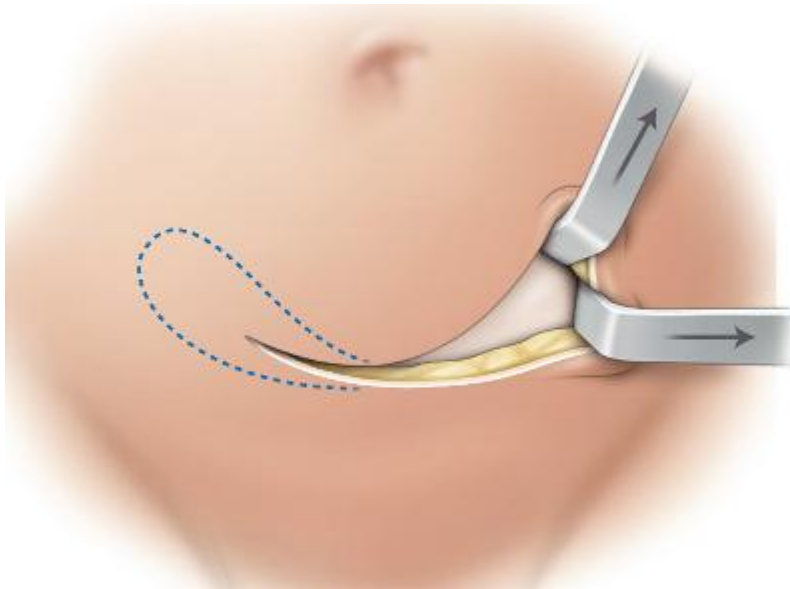
Incision de Pfannenstiel :

L'incision cutanée se situe à un travers de doigt du pubis. Elle peut être réalisée de manière strictement horizontale ou avec une légère incurvation à concavité céphalique permettant d'inclure la cicatrice dans les plis cutanés .Elle fait 10 à 13 cm mais peut se prolonger jusqu'aux épines iliaques antérosupérieures si le volume utérin l'impose . L'incision cutanée se fait au bistouri froid. Elle est réalisée au bistouri électrique avec une orientation légèrement oblique en haut. Lors de ce temps de section du plan sous-cutané sur toute la longueur de l'incision cutanée, la découverte des veines sous-cutanées abdominales doit entraîner leur coagulation élective afin de limiter un saignement inutile. Cette section du plan sous-cutané est poursuivie jusqu'à la découverte de l'aponévrose des muscles grands droits. L'aponévrose est incisée transversalement à l'aide de ciseaux de Mayo ou à l'aide du bistouri électrique d'abord sur la ligne médiane puis latéralement sur les feuillets antérieur et postérieur de la gaine aponévrotique. Cette incision aponévrotique doit être plus arciforme que l'incision cutanée et se dirige vers le haut au niveau de ses angles .Le décollement vers le bas entre feuillet aponévrotique profond et muscles du dehors vers le dedans ensuite vers le haut sans atteindre l'ombilic est aidé par la mise en place de pinces Kocher départ et d'autre de la ligne blanche qui font découvrir le plan de décollement . L'hémostase des pédicules perforants est assurée au fur et à mesure. On procède ensuite à la dissection

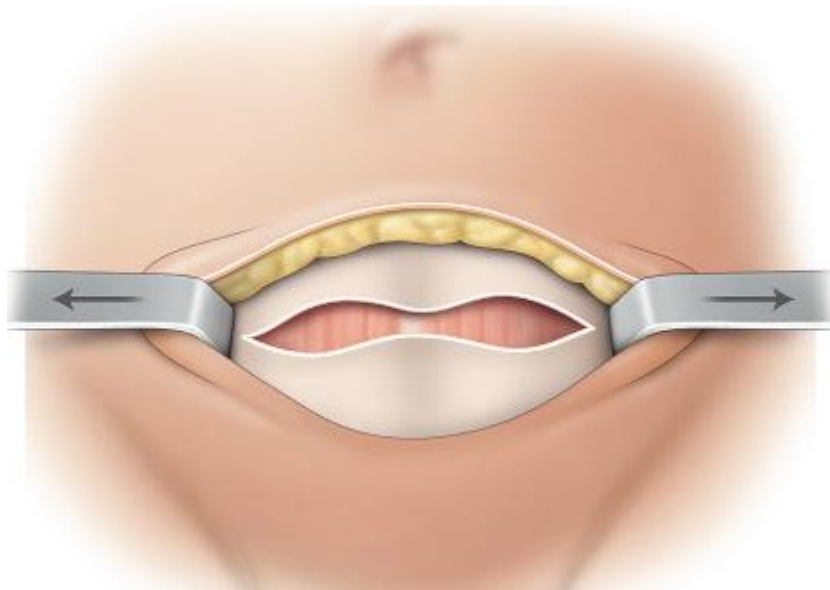
des muscles grands droits et pyramidaux et à l'incision prudente du péritoine pariétal après traction par une pince atraumatique permettant une plicature.



a. Tracé de l'incision aponévrotique au-dessus de l'incision cutanée.



. **b.** Agrandissement de l'incision aponévrotique en écartant l'incision cutanée en haut et en dehors



. **c.** Incision transversale de l'aponévrose laissant apparaître les grands droits.

Incision de Mouchel

L'incision de Mouchel diffère de la méthode de Pfannenstiel par la section des muscles grands droits. Cette section n'augmente pas le risque de déhiscence pariétale secondaire et offre une excellente exposition du champ opératoire. Après avoir effectué la même incision des plans cutanés, sous-cutanés et

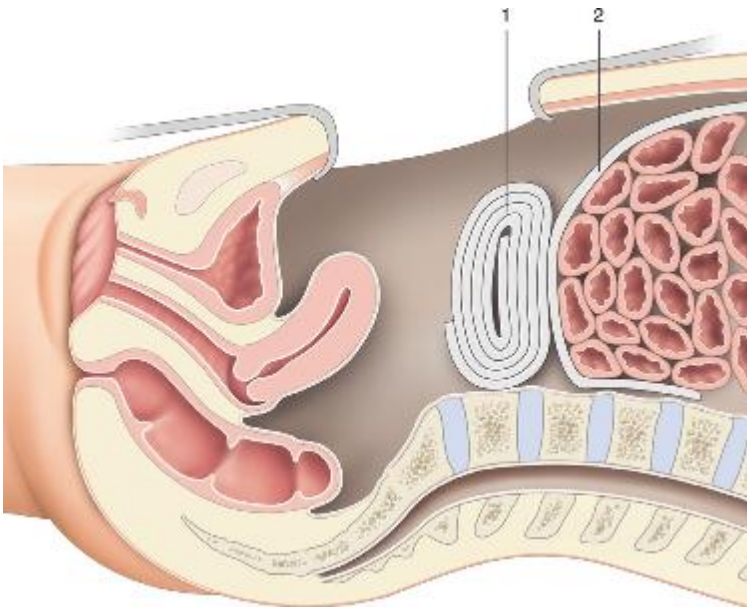
aponévrotiques que dans l'incision de Pfannenstiel, on effectue une section des muscles grands droits de dedans en dehors sur quelque centimètres au dessus des muscles pyramidaux. La section musculaire peut être élargie en permanence en prenant soin de limiter les risques digestifs en effectuant la section en regard de son doigt placé en interface entre le muscle et le péritoine. On veillera à la section des vaisseaux épigastriques entre ligatures.

Incision médiane sous-ombilicale

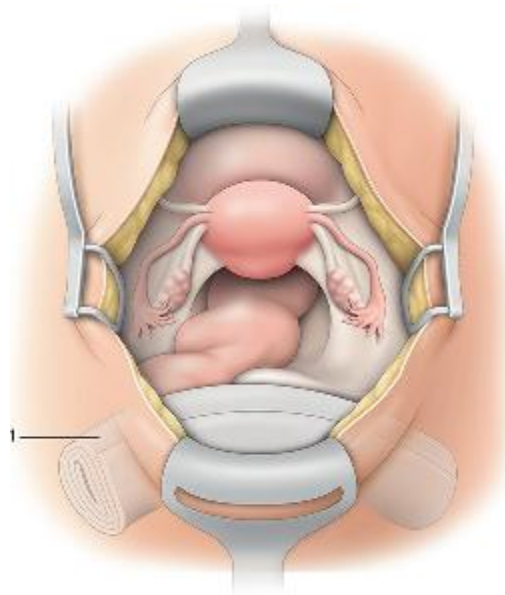
Elle est utilisée en cas d'antécédent d'incision du même type et en cas d'utérus très volumineux. L'incision des plans cutanés se fait au bistouri froid puis celle des plans sous-cutanés au bistouri électrique. L'aponévrose est incisée jusqu'au bord supérieur de la symphyse pubienne, permettant de dégager la ligne blanche des muscles grands droits de l'abdomen. Incision prudente du péritoine pariétal saisi par une pince atraumatique réalisant une plicature.

Exploration de la cavité abdominale

L'exposition est un temps important et essentiel de l'intervention puisqu'une bonne exposition de départ évite une perte de temps de réinstallation ou encore un risque de lésions des anses digestives. Ce temps est d'autant plus important lorsque la patiente est obèse. Il faut veiller à lever les adhérences éventuelles entre le péritoine et le cæcum à droite ou plus fréquemment à gauche au niveau de l'accolement congénital ou acquis du sigmoïde. Le refoulement de la masse intestinale est effectué à l'aide d'un champ abdominal saisi dans un angle par l'opérateur tandis que l'aide soulève la paroi. L'opérateur vient appliquer cet angle contre le sacrum permettant de refouler en médian puis l'introduction des deux autres angles en flanc gauche et flanc droit achève le refoulement total et la protection des anses. Cette manoeuvre est facilitée par une position de Trendelenburg. Des valves de type Van Kemmel associées à un écarteur de Gosset permettent d'obtenir un jour excellent.



a. Vue sagittale. 1. Champ enveloppant le grêle. 2. Champ roulé transversal



b. Vue opératoire. 1. Position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles.

Hystérectomie totale non conservatrice :

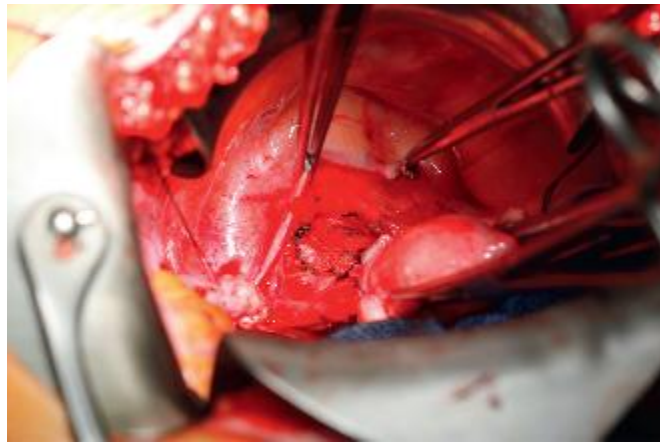
1. Ligature des ligaments ronds

L'utérus est saisi par un hystérolabe ou un fil transfixiant de Vicryl® 1 ou deux pinces de Kocher longues . L'aide attire l'utérus en arrière et du côté opposé à la ligature du ligament rond à effectuer (à gauche pour le ligament rond droit) . La ligature du ligament rond se fait par un Vicryl® 1 et la section par électrocoagulation permettant l'ouverture du péritoine

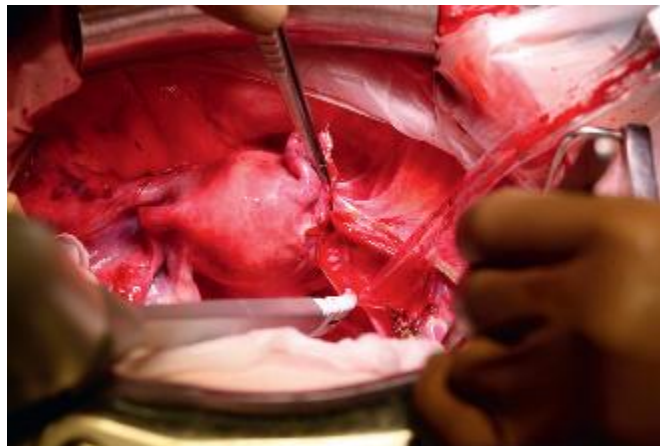
vésico-utérin en avant et le ligament large en arrière. La même manoeuvre est réalisée du côté opposé .

2. Ouverture du péritoine vésico-utérin et latéropelvien

L'utérus est basculé vers l'arrière, le péritoine est ouvert au bistouri électrique ou au ciseau à disséquer avec pointe tournée vers l'utérus .Lorsque l'on se situe dans le bon plan, c'est-à-dire contre le fascia de Halban d'aspect blanchâtre, la dissection est exsangue. Cette libération se fait progressivement à partir de la ligne médiane au-delà du col jusqu'au tiers supérieur du vagin.



Décollement vésico-utérin.



Ouverture du péritoine latéropelvien

3. Ligature des ligaments lombo-ovariens

On saisit l'annexe à l'aide d'une pince à anneau excentré, l'aide tracte alors vers le haut et en dedans faisant découvrir le repli du ligament lombo-ovarien et l'éloignant de la paroi pelvienne et de l'uretère. En effet l'uretère

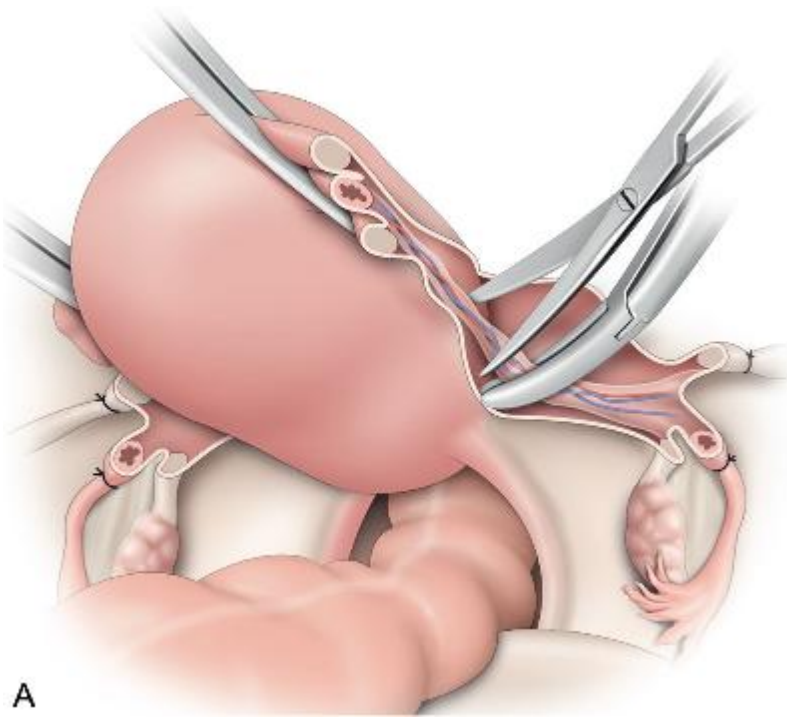
courant le long du feuillet péritonéal pariétal sous le ligament lombo-ovarien, il est indispensable de le repérer avant de mettre en place des pinces hémostatiques de type Jean-Louis Faure. La fenestration péritonéale préalablement réalisée aide à la mise en place de ces pinces en toute sécurité. Une pince est placée au niveau pariétal et l'autre au niveau viscéral. On sectionne. Du côté pariétal, on aiguille à travers ce feuillet péritonéal tout le contenu vasculaire du ligament lombo-ovarien et uniquement ce ligament par du fil résorbable lent de type Vicryl® 1 en s'appuyant sur le versant péritonéal du ligament lombo-ovarien. On noue normalement avec l'aide de deux ligatures distinctes. L'hémostase du côté viscéral est assurée par un aiguillage en aval du précédent.



Ligament lombo-ovarien clampé par deux pinces de Bengoléa.

4. Ligature des pédicules utérins

Le pédicule utérin étant correctement disséqué, la pose d'une pince de Jean-Louis Faure peut être réalisée électivement. L'abord se fait perpendiculairement à l'axe utérin au niveau isthmique. Pour lier le pédicule utérin droit, l'utérus est attiré en arrière et à gauche par l'aide et l'opérateur repère le bord droit de l'utérus. La prise doit être franche et massive afin d'englober le pédicule utérin les vaisseaux accessoires et le fascia utérin pour atteindre les fibres du paramètre. Après clampage, le pédicule utérin est sectionné jusqu'à l'extrémité de la pince.



5. Ligature du paracervix (pédicules cervicovaginaux)

Les vaisseaux utérins sont écartés vers l'extérieur à l'aide de la pince qui les contrôle, ouvrant un angle dans lequel une autre pince hémostatique peut être introduite. Celle-ci va être appliquée sur le segment cervical du paracervix. Sa direction doit être perpendiculaire à la pince clampant le pédicule utérin, parallèle à l'axe génital, à son contact. L'extrémité est placée au ras du cul-de-sac vaginal latéral. Une fois l'ensemble des clampages effectué, on procède aux différentes ligatures à l'aide de fil de résorption lente de type Vicryl® 1. Le pédicule cervicovaginal fait l'objet d'une ligature sertie appuyée sur le vagin. Une fois le nœud fait et la pince enlevée, la même ligature enserre l'artère utérine dans un deuxième nœud. Cette procédure est réalisée sur les deux côtés avant la section du vagin.

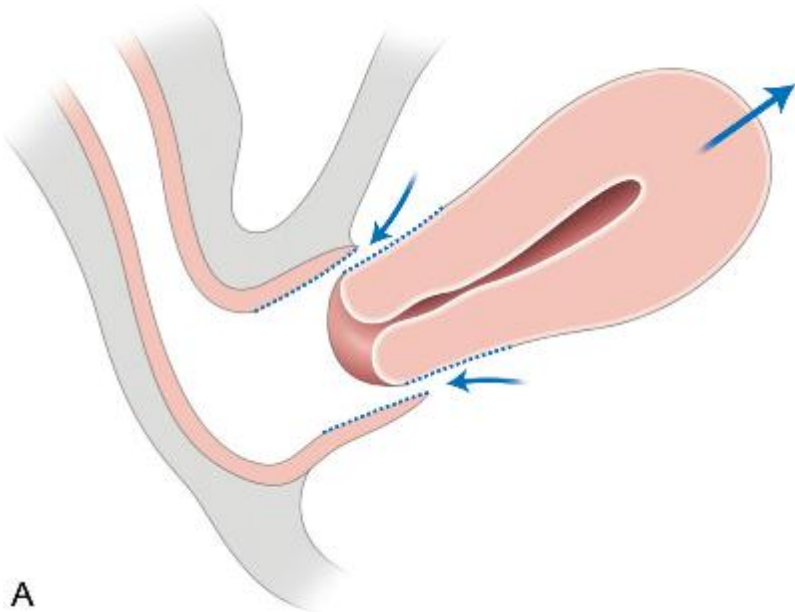
6. Section vaginale

Deux solutions de fin de dissection s'offrent à l'opérateur: la dissection dite intrafasciale et la dissection dite extrafasciale (selon Wiart).

Hystérectomie intrafasciale

Le plan de clivage passe entre le fascia de Halban et l'utérus. Cette technique permet de diminuer le risque de lésions vésicales et urétérales.

Elle est à privilégier pour des opérateurs débutants, en cas de difficulté de dissection et en cas de lésions bénignes

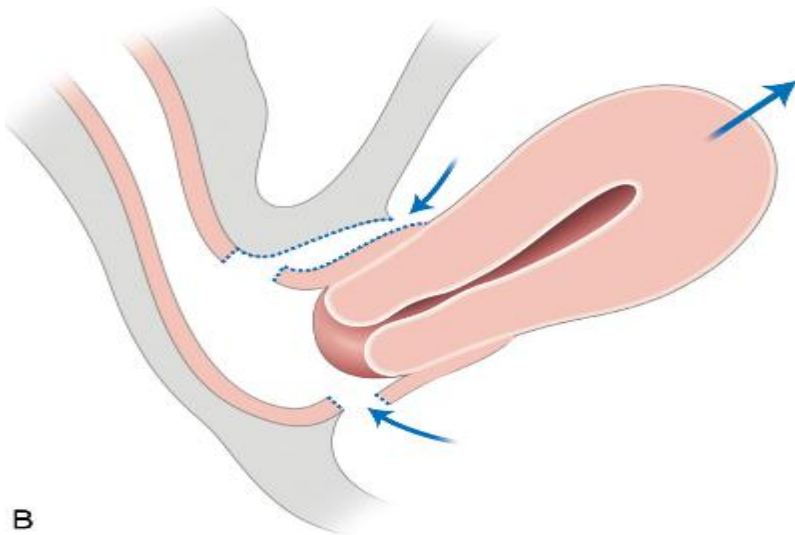


A

a. Dissection intrafasciale.

Technique extrafasciale de Wiart

L'hémostase est réalisée au niveau des pédicules utérins mais également au niveau des artères cervicovaginales en maintenant une traction sur l'utérus. On reste à distance de l'uretère, celui-ci peut d'ailleurs être palpé au niveau du paramètre proximal. On descend le long du vagin sans passer en intrafascial et on lie l'angle du vagin avec une aiguille serties de Vicryl® avant de le sectionner. On ne dédouble donc pas le vagin. Le risque de cette technique est qu'en cas d'hémostase non satisfaisante des artères cervicovaginales, un hématome se développe dans le paramètre et l'hémostase peut exposer à un risque urétéral. Il devient donc indispensable de repérer l'uretère avant de réaliser l'hémostase. Cette technique reste cependant plus rapide, moins hémorragique et plutôt réalisée en cas de cancer de l'endomètre.



B

Dissection extrafasciale

7. Fermeture vaginale

La mise en place de pinces d'Allis ou de Jean-Louis Faure au moment de la colpotomie facilite le repérage des berges et donc la suture. Nous réalisons deux points d'angle par fil à résorption lente englobant les ligaments utérosacrés. Un surjet est effectué entre ces angles par le même type de fil. Afin de prévenir l'apparition de granulome postopératoire source de saignements invalidants, il faut correctement affronter les tranches vaginales en prenant les fascias pré et rétro cervical. En effet, l'éversion favorise l'apparition de cette complication. Nous gardons deux fils d'angle repères pour traction afin de monter les deux paracervix et de vérifier la qualité de leur hémostase.

8. Toilette péritonéale

L'intervention se termine par une toilette péritonéale avec du sérum physiologique à température tiède à chaude. On contrôle l'hémostases. On réalise un premier compte de compresses. Le drainage est rare et ne s'envisage qu'en cas de contexte septique .

9. Fermeture pariétale

Elle débute par la fermeture aponévrotique à l'aide d'un surjet de fil à résorption lente ou par deux hémi-surjets. Un deuxième compte des compresses peut être réalisé. La fermeture cutanée peut se faire :
par des points séparés à l'aide d'agrafes
par des points séparés de fil non résorbable
par un surjet intradermique avec fil à résorption lente.

II. *Hystérectomie vaginale*

Principe de cette intervention

Il consiste à assurer les sections des ligaments suspenseurs et les hémostases préventives de bas en haut, à l'inverse du déroulement d'une voie haute. L'intervention débute alors par la ligature section des ligaments suspenseurs du col utérin incluant les ligaments utérosacrés et les paracervix ou ligaments cardinaux qui sont doublés.

Hystérectomie vaginale classique

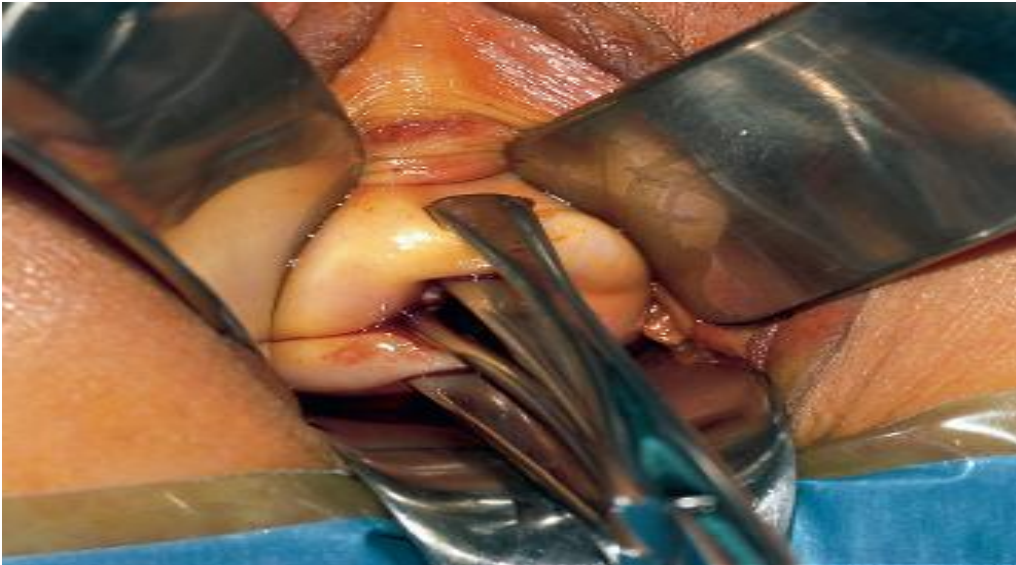
La préparation de la patiente est minimale avec éventuel lavement la veille de l'intervention, sondage évacuateur en début d'intervention et toilette vaginale au bloc opératoire.

L'anesthésie peut être générale ou locorégionale

1) Mise en place des valves – pinces de Museux

L'intervention débute par la mise en place des valves latérales et postérieure, puis des pinces de Museux, la première sur la lèvre antérieure du col utérin et la deuxième quand cela est possible sur la lèvre postérieure. On peut alors exercer une traction ferme sur le col utérin qui

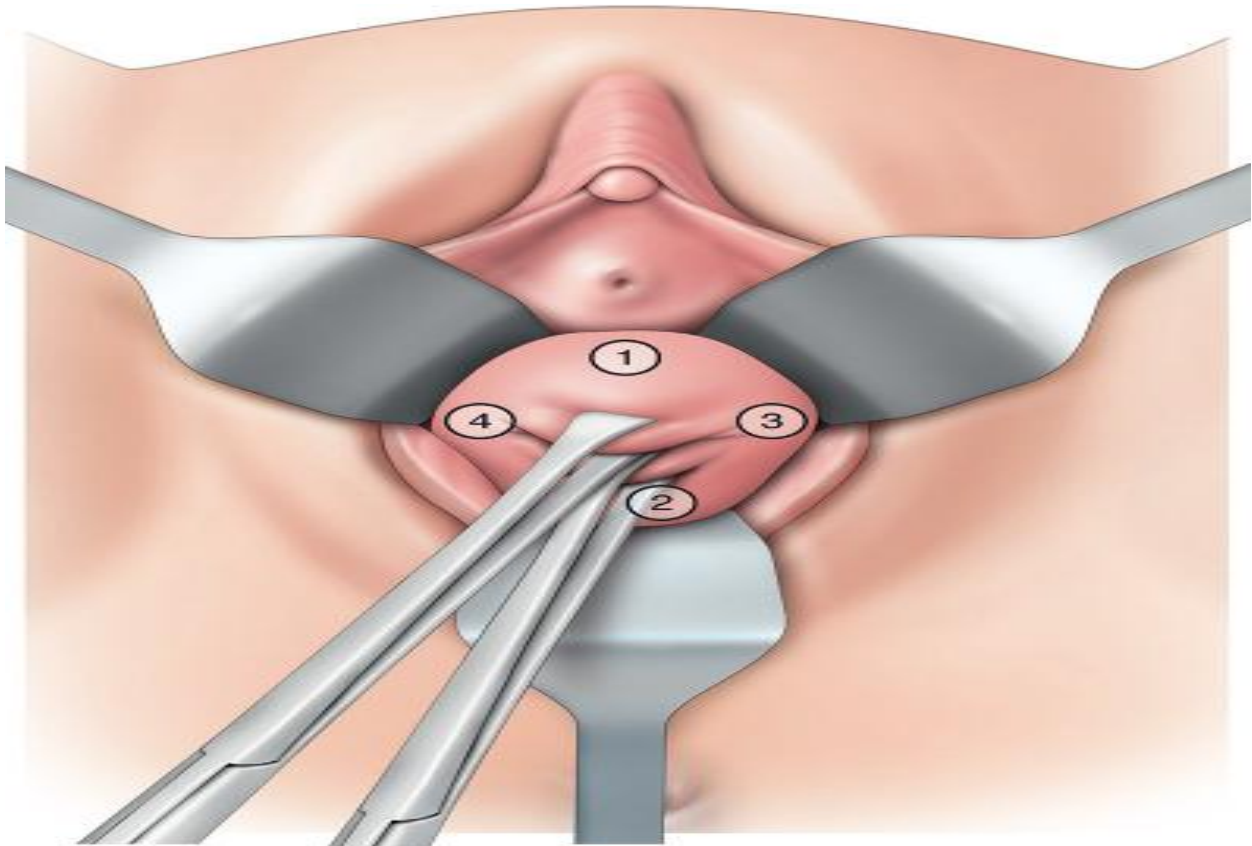
permet d'apprécier la mobilité utérine et par conséquent les possibles difficultés opératoires.



Pinces de Museux sur le col, valves en place.

2) Infiltration

Quatre points d'infiltration sont individualisés

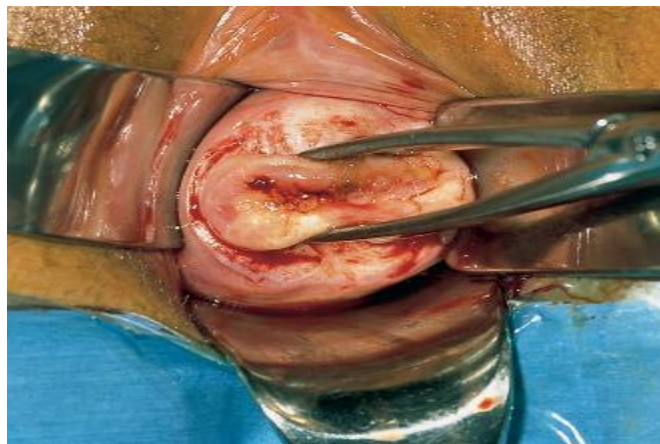


Individualisation des quatre points d'infiltration.

1. Espace prévésical (15 cm²).
2. Espace prérectal (15 cm²).
3. Paracervix gauche (5 cm²).
4. Paracervix droit (5 cm²).

3) Incision péricervicale :

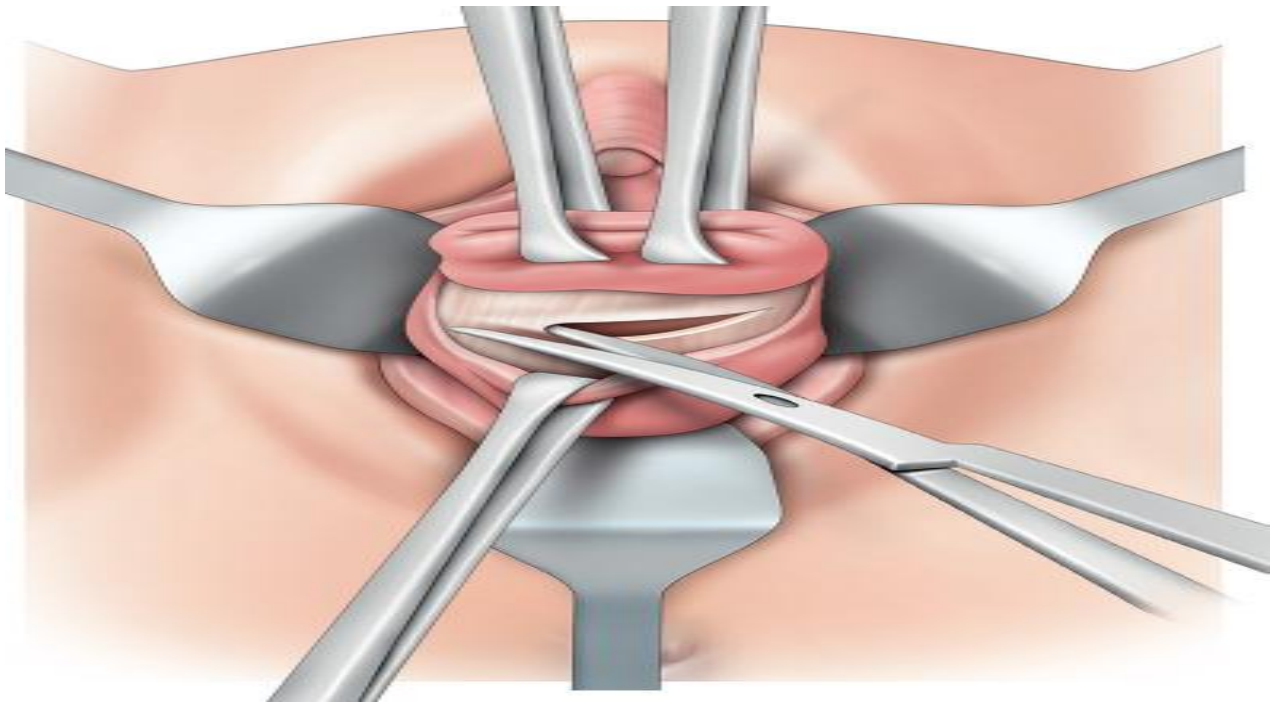
L'incision est d'emblée péricervicale en cas d'infiltration préalable mais peut être limitée à la partie postérieure afin de limiter les saignements en son absence. Elle est effectuée sous la limite de l'insertion de la vessie sur le col utérin . Elle est franche sur les segments antérieur et postérieur mais plus superficielle latéralement.



Pinces de Museux saisissant les berges de l'incision.

4) Ouverture du cul-de-sac de Douglas

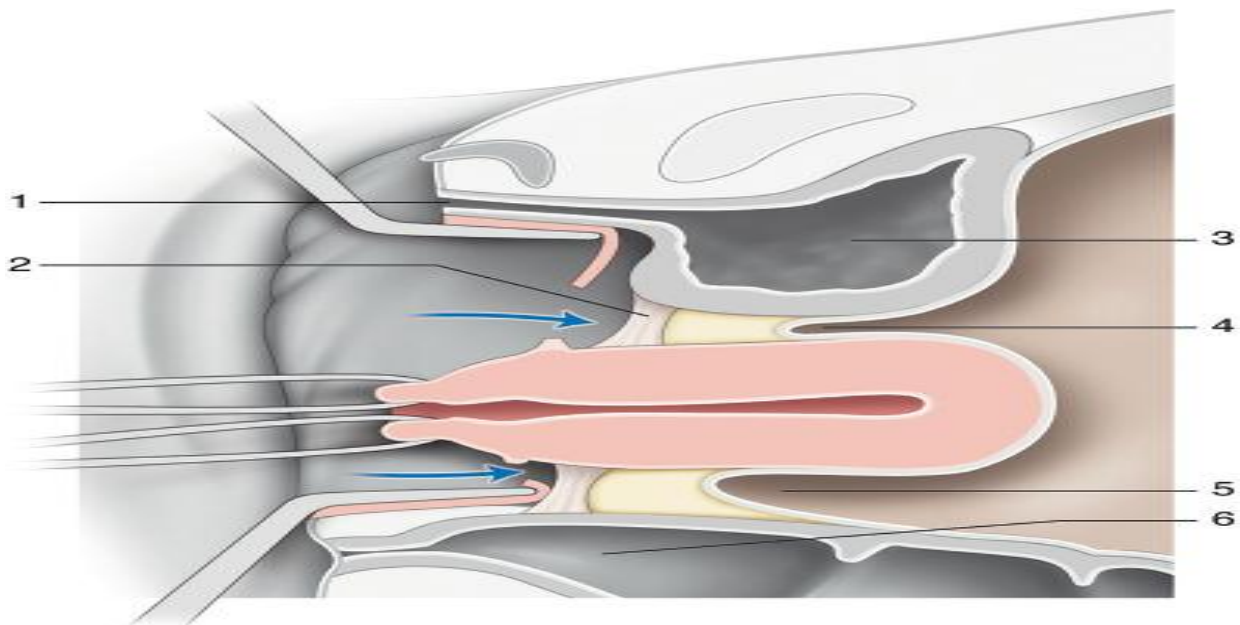
On sectionne franchement les fibres qui se tendent dans l'espace délimité entre le col en avant et la berge de l'incision vaginale postérieure qui est tendue par une pince à griffes. On peut alors visualiser le cul-de-sac de Douglas en le prenant dans une pince et en lui faisant faire un pli qui vient bomber dans l'espace de dissection et qu'il suffit d'ouvrir d'un coup de ciseaux.



Ouverture du cul-de-sac de Douglas

5) Dissection vésico-utérine

Après l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, on abaisse les pinces de Museux afin d'aborder l'espace vésico-utérin .



Ouverture des deux culs-de-sac péritonéaux.

1. Urètre. 2. « Cloison supravaginale ». 3. Vessie. 4. Cul-de-sac vésicoutérin.

5. Cul-de-sac de Douglas. 6. Rectum.

6) Ligature des paracervix

On peut maintenant réaliser la ligature puis la section des ligaments suspenseurs du col utérin. Ils comprennent les ligaments utérosacrés facilement palpables au doigt mais également les paracervix.

7) Section et ligature de l'artère utérine

Cette section doit bien entendu être précédée d'une libération vésicale suffisante. On remet alors en place la valve sous la vessie. On passe les ciseaux sous l'artère utérine qui a été individualisée en perforant de part et d'autre de l'artère avant de l'exposer en écartant les branches des ciseaux. On peut alors facilement mettre en place une pince de Bengoléa puis sectionner l'artère sous la pince.

8) Ouverture du cul-de-sac antérieur

le doigt de l'opérateur peut être glissé après bascule de l'utérus en arrière pour faire bomber le cul-de-sac antérieur.

9) Ligature section des pédicules utéro-ovariens

VI-Les risques et les complications:

L'hystérectomie est une intervention courante et bien réglée dont le déroulement est simple dans la très grande majorité des cas. Cependant, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications sont possibles.

1-Pendant l'intervention :

a- L'ouverture de l'abdomen :

Elle peut parfois s'avérer nécessaire alors que l'intervention était prévue par voie basse ou par coelioscopie. La voie d'abord peut être modifiée (laparoconversion) selon les constatations faites au cours de l'intervention, ou lors de la survenue de complications peropératoires.

b- L'hémorragie :

Elle est rare et nécessite rarement une transfusion sanguine. L'anémie est souvent la conséquence de la pathologie gynécologique qui a conduit à la réalisation de l'hystérectomie.

Elle est rare et nécessite rarement une transfusion sanguine. L'anémie est souvent la conséquence de la pathologie gynécologique qui a conduit à la réalisation de l'hystérectomie. Dans ce cas, un traitement par fer peut être proposé avant et/ou après l'intervention

c-lésion d'organes de voisinages de l'utérus : Elles peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale ou des voies urinaires (uretère, vessie), nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique.

2- En postopératoire :

a- L'hématome de la paroi abdominale :

Il nécessite le plus souvent des soins locaux, mais une évacuation chirurgicale est rarement nécessaire.

b- L'abcès de la cicatrice abdominale ou vaginale :

Il est traité par des soins locaux, parfois par un drainage chirurgical.

c- L'infection urinaire :

Elle est généralement sans gravité et traitée par antibiotiques.

d- La phlébite des membres inférieurs et embolie pulmonaire :

Leur prévention est systématique et repose sur le lever précoce, le port de bas de contention et l'injection quotidienne d'anticoagulant.

e- L'occlusion intestinale :

Elle est exceptionnelle et peut nécessiter un traitement médical, voire une ré-intervention chirurgicale.

f- Comme pour toute intervention chirurgicale :

Cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou des séquelles graves.

g- Troubles de la statique pelvienne

La fréquence estimée du prolapsus de la voûte vaginale après hystérectomie se situe entre 0,2 et 1 %. L'importance est de ne pas négliger un prolapsus en préopératoire.

h- Retentissement psychologique et sexuel

L'étude rétrospective de Lonnee-hoffmann sur la sexualité des patientes (120) avant et après hystérectomies par l'envoi de questionnaire aux patientes et leur partenaire n'a pas rapporté d'effets négatifs lors de la réalisation d'une hystérectomie totale ou subtotalaire. Le seul élément prédictif négatif était l'existence déjà d'une insatisfaction sexuelle avant l'intervention.

Mokate a montré que la fonction sexuelle féminine dépendait de nombreux facteurs psychologiques, sociaux et physiologiques.

L'hystérectomie, quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, avec conservation ovarienne ou non, entraînait une amélioration de la fonction sexuelle. La principale hypothèse serait l'amendement des symptômes présents avant l'intervention qui ont un rôle négatif sur la sexualité. L'étude prospective de Monroy-Lozano et poratnt sur 50 patientes a évalué les modifications du (volume) vaginal après hystérectomie.

Il n'a pas été démontré de modification significatives et notamment de réduction du (volume) vaginale en postopératoire.

La présence de granulome inflammatoire était cependant responsable de 4% de dyspareunies.

les complications de la voie basse

Morbidité. Mortalité:

La morbidité de l'hystérectomie vaginale rapportée dans la littérature est très variable, fonction des indications et des gestes opératoires associés, du type de complications décrites (sévères ou mineures), de l'expérience

del'opérateur, de facteurs liés à la patiente (âge, risque anesthésique, obésité, antécédents de chirurgie pelvienne ou de césarienne).

Complications per opératoires:

La voie d'abord peut être modifiée selon les constatations faites au cours d'intervention. Les traumatismes urinaires sont rares, de 0,2 à 2 % de plaie vésicale, sans conséquences majeures, souvent préférentiellement en cas d'antécédent de césarienne même si l'augmentation de l'incidence n'est pas toujours significative. Les traumatismes urétéraux sont exceptionnels. A plus long terme, le taux de fistules vésicovaginales reste anecdotique, de 0,2 %o. Les plaies digestives sont rares, 0,5 %, la plaie rectale est le plus souvent sous péritonéale. Les hémorragies importantes, au-delà de 500 ml, de 2 à 3,4 %, nécessitent une transfusion dans 0,4 à 2 % des cas et sont un facteur de risque indépendant de laparo-conversion.

Avantages de la voie basse par rapport à la voie haute :

La voie vaginale face à la voie abdominale l'emporte aisément: durée d'hospitalisation plus courte, retour à une activité normale plus précoce, chirurgie moins douloureuse attestée par la consommation d'analgésiques; morbidité moindre à court terme (diminution des infections et des épisodes fébriles) et Moyen terme avec un bénéfice esthétique notable. La voie vaginale présente donc un bénéfice thérapeutique, économique et psychosocial (scores de qualité de vie et indices de satisfaction)

VII-Les indications

1-Indications générales : L'hystérectomie est indiquée pour de nombreuses pathologies :

Les pathologies bénignes :

° les myomes utérins volumineux, multiples ou compliqués.

- ° Les hyperplasies glandulo-kystiques, l'atrophie de l'endomètre ;
- ° L'endométriose et l'adénomyose ;
- ° Les méno-métrorragies résistantes à un traitement médical bien conduit ;
- ° Les douleurs pelviennes chroniques ;
- ° Le prolapsus utérin ;

L'hystérectomie fait également partie du traitement des pathologies tumorales malignes :

§ Cancer du col ;

§ Cancer de l'endomètre ;

§ Cancer de l'ovaire ;

En urgence : les hystérectomies d'hémostase (lors d'un placenta accreta, d'une importante rupture voire éclatement utérin...).

2-Indications de la voie basse :

L'hystérectomie vaginale est habituellement réservée aux patientes sans antécédents chirurgicaux, sur des utérus mobiles et d'une taille inférieure à un utérus de 12 semaines d'aménorrhées, soit inférieur à 280 g . Cependant, l'apport des techniques de réduction du volume utérin permet d'élargir les indications de la voie vaginale aux utérus de poids élevé. Pour certains auteurs, chez les patientes obèses, la voie vaginale est même la voie de prédilection. L'abord est plus aisé, la cicatrisation plus rapide et les complications mécaniques (éventration), septiques et thromboemboliques exceptionnelles , Les indications les plus classiques de la voie vaginale sont :

- Le prolapsus utérin ;
- Les lésions utérines bénignes :
 - myomes utérins < 12 SA ; ° hyperplasie de l'endomètre ;
 - Adénomyose.

- Les métrorragies post-ménopausiques .

Actuellement, la voie vaginale voit ses indications s'étendre aux :

Cancers de l'endomètre (stade I bas grade) et **du col utérin** (stades Ia2 et Ib1 de taille <1.5cm) où le risque ganglionnaire ou de dissémination tumorale est très faible .

-Myomes volumineux allant jusqu'à 20 SA (avec association de manœuvres de réduction utérine) .

VIII- Informations pratiques : Hystérectomie

- Consultation pré anesthésique obligatoire au minimum 2 jours avant l'intervention .
- Faire un bilan pré opératoire .
- Hospitalisation le plus souvent la veille de l'intervention .
- Rester à jeun depuis minuit, la veille de l'intervention (ne pas manger, ni boire ni fumer) .
- Après l'opération, souvent, sont laissés en place une sonde urinaire, une mèche vaginale (après une intervention par voie basse) et une perfusion intraveineuse pour une durée de 24 à 48h .
- Un traitement anticoagulant par des injections sous cutanées est administré pendant quelques jours ainsi qu'un traitement antalgique
- Les relations sexuelles et le bain sont contre indiqués jusqu'à la visite post opératoire (un mois). Les douches sont autorisées .
- Un petit saignement par voie vaginale peut survenir dans les jours qui suivent l'intervention .
- La durée de l'arrêt de travail est de 2 à 4 semaines .
- Reprise des activités sportives deux mois après l'intervention
- Dans tous les cas, n'hésitez pas à appeler votre chirurgien si vous suspectez la survenue d'une complication (fièvre, douleur anormale, saignement anormal, vomissements...).

IX-Conclusion :

Le choix de la voie d'abord a longtemps été une question d'école opposant les chirurgiens vaginalistes, coelioscopistes ou généraux dont les habitudes et l'apprentissage faisaient privilégier une voie d'abord à une autre. Si certaines situations peuvent effectivement être prises en charge par plusieurs accès chirurgicaux, il convient de connaître les avantages, inconvénients et indications privilégiées de chacune de ces techniques.

Actuellement, l'hystérectomie est l'intervention la plus fréquemment pratiquée en chirurgie abdomino-pelvienne.

La plupart des indications pour lésions bénignes peuvent être réalisées par voie vaginale avec succès et en toute sécurité. La voie vaginale est supérieure à la voie abdominale comme en attestent le taux de mortalité et de morbidité fébrile, les doses d'analgésie postopératoire, la reprise plus rapide de la fonction digestive, la durée inférieure du séjour hospitalier et la vitesse de récupération, le moindre coût hospitalier et les mesures de qualité de vie. Il n'y a pas semble-t-il de bénéfice à la voie laparoscopique dont le temps opératoire est supérieur. La voie vaginale est donc la meilleure voie d'abord. Les indications de cette voie dépendent de l'expérience du chirurgien et augmentent avec celle-ci.

Cette chirurgie gynécologique, après une longue période « abdominale » a bénéficiée de deux grandes évolutions :

- L'apparition de la coelioscopie qui a radicalement modifié un certain nombre de procédures thérapeutiques.
- La renaissance de la voie vaginale. Elle fait actuellement l'objet d'un net regain d'intérêt. En effet, chaque fois qu'elle est possible, elle constitue l'approche la plus élégante pour effectuer une hystérectomie totale

Cependant, la généralisation de la voie basse se heurte encore à deux obstacles : la difficulté inhérente à la chirurgie vaginale (anatomie inversée, gestes « aveugles »...) et les problèmes logistiques (nécessité de disposer d'un matériel spécifique et varié, deux aides opératoires...).

La partie pratique

METHODES ET MATERIELS ;

Le modèle de présentation des données :

IMRAD

Introduction :

M : méthodes et matériels :

- Le modèle de présentation.
- Le type de l'étude.
- La population cible.
- Le centre de l'étude.
- Les données informatiques.
- Les paramètres de l'étude.

R : résultats.

D : discussion.

2-Le type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive ; rétrospective, établie sur une durée de 04 ans (Janvier 2012-juin 2016).

3- La population cible :

Les patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN pour hystérectomie par voie haute et voie basse entre janvier 2012-juin 2016

4- Le centre de l'étude :

L'étude a été réalisé au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé mère et enfant de TLEMCEN.

5-les paramètres e l'étude :

- Age
- Grossesse et parités.
- Origine.
- Groupage sanguin.
- ATCD personnels médicaux et chirurgicaux.
- ATCD familiaux médicaux et chirurgicaux.
- Etiologies.
- Echographie.
- Examens complémentaires.

6- le questionnaire utilisé pour l'étude :

Age	GS	parités	ATCDS		étiologie	Type d'intervention	Durée de séjours
			médicaux	chirurgicaux			

I. INTRODUCTION :

Il existe bien évidemment des raisons évidentes à la réalisation d'une hystérectomie, comme certains états précancéreux (dysplasies cervicales, hyperplasies endométriales, etc.) ou des pathologies utérines bénignes symptomatiques telles les fibromes. A l'inverse, chez une femme en âge de procréer ayant potentiellement un désir de grossesse, une conservation utérine ne se discutera pas, s'il n'y a pas de pathologie utérine.

Le fait de laisser l'utérus en place expose au risque théorique de développement d'un cancer au niveau du corps mais aussi du col utérin. Il peut s'agir d'un cancer présent lors de l'intervention et non dépisté lors du bilan préopératoire. Celui-ci doit donc impérativement comporter au moins un frottis cervicovaginal et une échographie pelvienne.

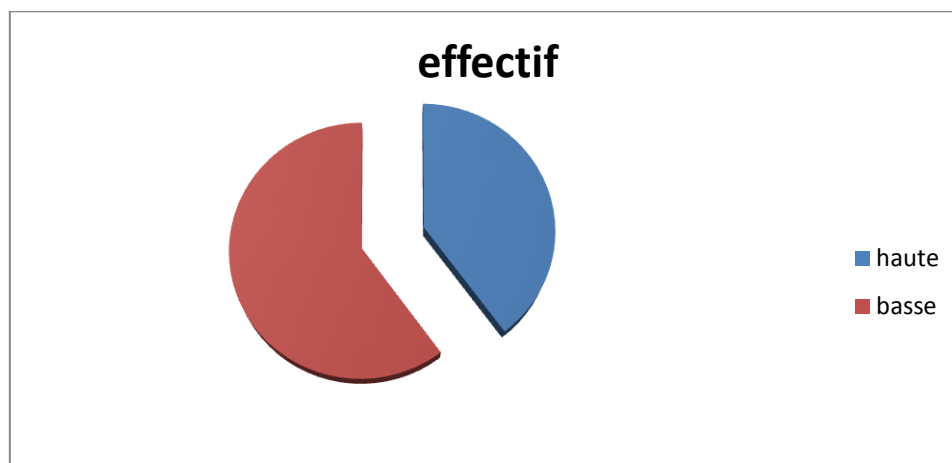
Après l'ablation de l'utérus, les règles cessent et la grossesse n'est plus possible. Cependant, lorsque l'opération ne touche que l'utérus, la production des hormones par les ovaires s'effectue normalement. Lorsque les ovaires ont aussi été enlevés, la condition est la même qu'en cas de ménopause, et on devra probablement prescrire un médicament pour remplacer l'oestrogène qui n'est plus produit par les ovaires. Pour certaines femmes, l'hystérectomie a des conséquences émotionnelles, l'ablation de l'utérus étant perçue comme une perte de la féminité et de la sexualité. En principe, la vie sexuelle ne devrait pas être perturbée après une hystérectomie. On conseille cependant d'attendre 4 à 6 semaines après l'opération avant de reprendre les relations sexuelles.

Lorsque les ovaires ont été enlevés, on note une baisse de libido semblable à celle de la ménopause. La prise de médicaments devrait cependant corriger le problème.

II-- LES RESULTATS :

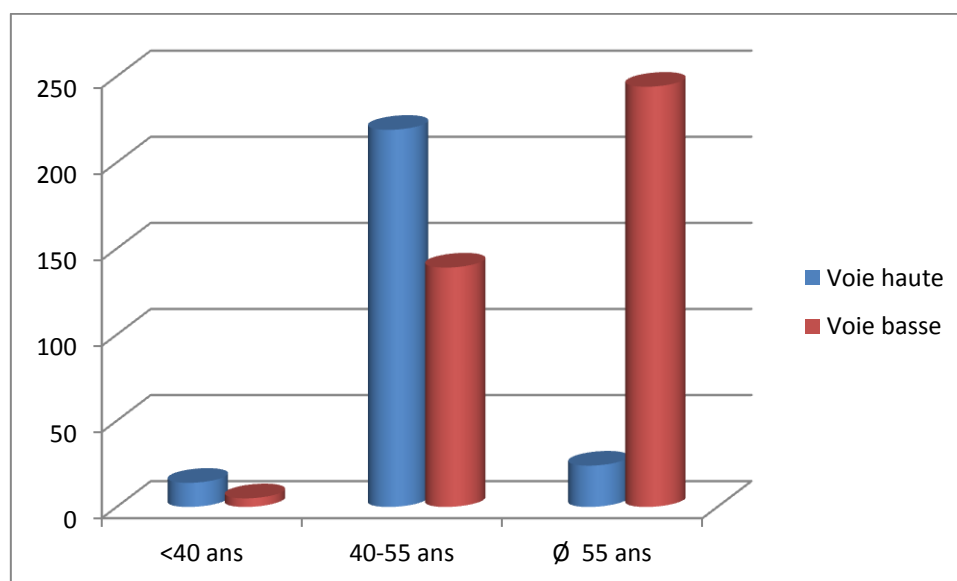
Effectifs d' hystérectomie

Voie	haute	basse	total
Effectif	257	388	645
Frequence	0.40	0.60	1



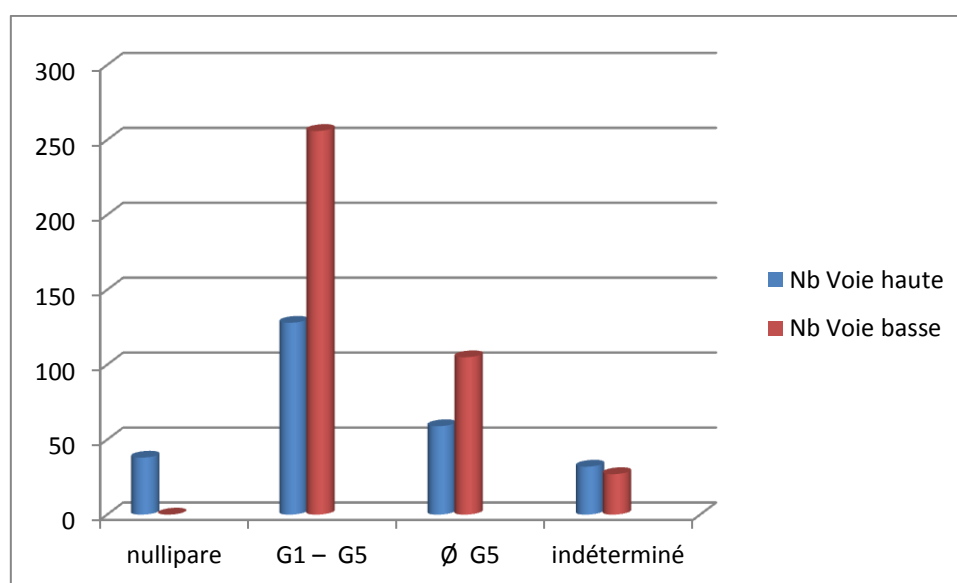
1- Répartition en fonction de l'âge :

Age	<40 ans	40-55 ans	➤ 55 ans	total
Voie haute	14	219	24	257
Voie basse	05	139	244	388
pourcentage	03	56	41	100



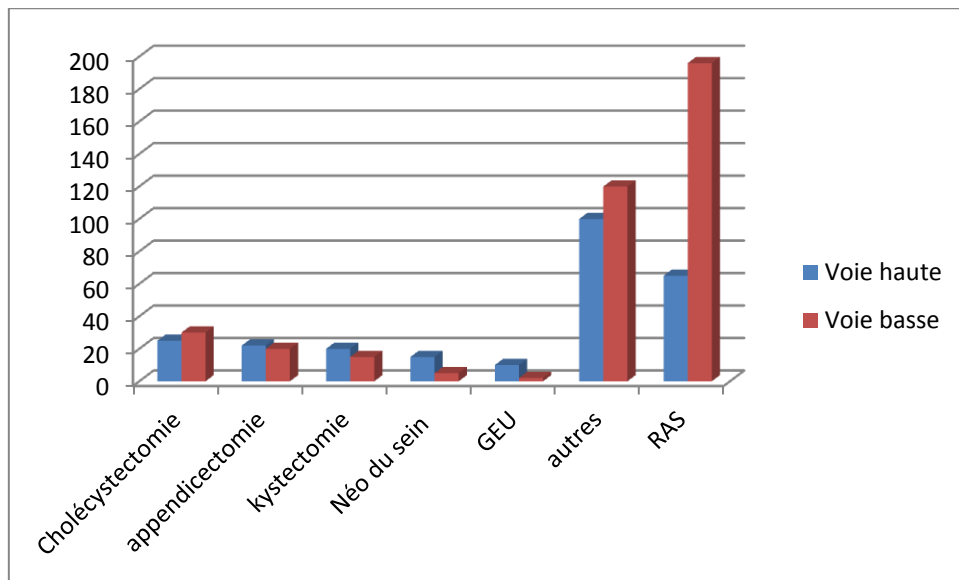
2-Répartition en fonction de la parité :

	nullipare	G1 – G5	➤ G5	indéterminé
Nb Voie haute	38	128	59	32
Nb Voie basse	00	256	105	27
pourcentage	04	61	26	09



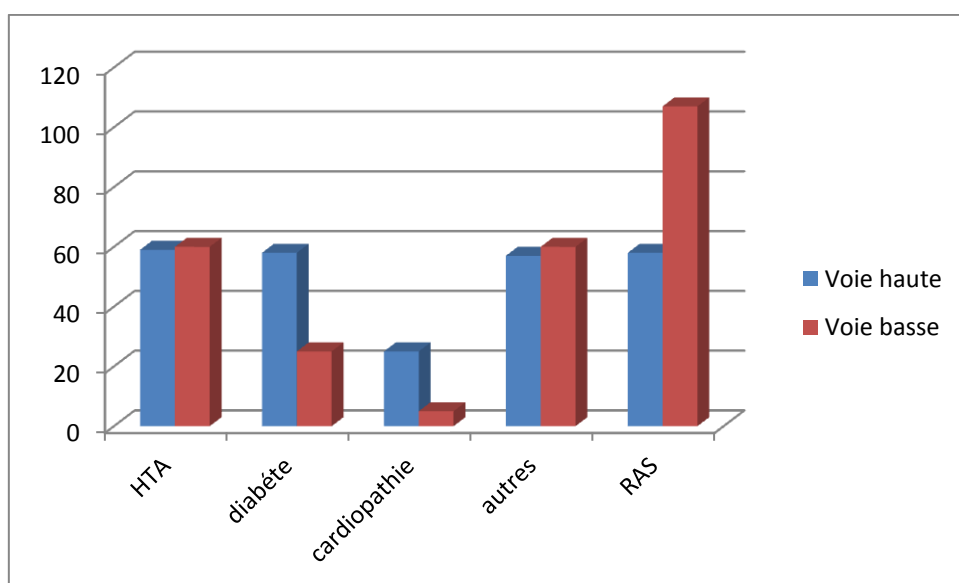
3-Répartition en fonction des ATCD personnels chirurgicaux :

	Cholécystectomie	appendicectomie	kystectomie	Néo du sein	GE U	Autres	RAS
Voie haute	25	22	20	15	10	100	65
Voie basse	30	20	15	05	02	120	196



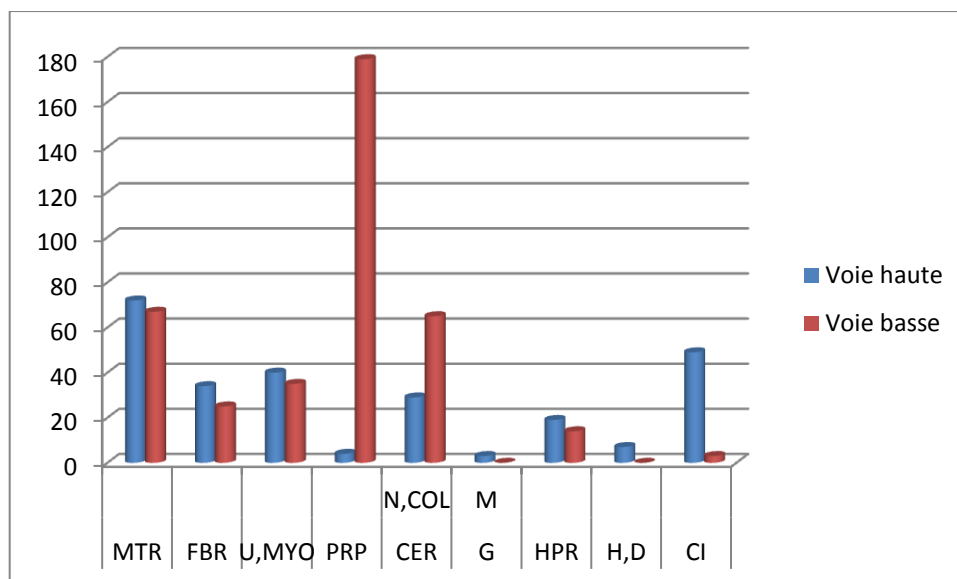
3-Répartition en fonction des ATCD personnels médicaux :

	HTA	Diabète	cardiopathie	autres	RAS
Voie haute	59	58	25	57	58
Voie basse	60	25	05	60	107



4-Répartition en fonction de l'étiologie :

	métrorragie	fibrôme	Utérus	prolapsus	Cervicite + Néoducol	Grossesse molaire	Hyperplasie l'endomètre	Hémorragie de la délivrance	Causes indéterminées
Voie haute	72	34	40	04	29	3	19	7	49
Voie basse	67	25	35	179	65	00	14	00	03



III-LA DISCUSSION :

Effectifs d'hystérectomie

Notre étude est portée sur 645 cas d'hystérectomies dont la fréquence d'hystérectomie vaginale est 0.6 (388 cas) ; celle d'hystérectomie abdominale est 0.4 (257 cas) .

1- Répartition en fonction de l'âge :

Le pic maximal des cas enregistrés d'hystérectomie dans les 4ans et 6 mois de notre étude se situ au niveau de la tranche d'âge 40 - 55 ans avec un pourcentage de

56 %.(219 cas d' HVH et 139 cas d' HVB) avec prédominance de la voie haute(61.11%) .

Pour les autres tranches d'âge, le pourcentage se situ à 03% (14 cas d'HVH et 05 cas d'HVB)avec prédominance toujours de la voie haut(73.68%) pour les moins de 40 ans, et de 41 %(24 cas HVH et 244 cas HVB)pour les plus de 55 ans dont (8%) seulement qui ont bénéficié de la voie haut.

On peut donc conclure que le risque est d'autant plus élevé que l'âge de la patiente est augmenté et dépasse les 40 ans.

2-Répartition en fonction de la parité :

Le pourcentage d'hystérectomie est plus important chez les multipares par rapport aux nullipares. Il est respectivement de 87% %(33.33% HVH 66.66% HVB) contre 04% seulement.

Cependant, on a noté quelque cas enregistrés chez les femmes célibataires.

On peut donc conclure que la multiparité constitue un facteur de risque important pour le développement des affections utérines n'ayant que l'hystérectomie comme un traitement curatif

3- Répartition selon les antécédents personnels :

60.16% des patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN et qui ont bénéficié d'une hystérectomie par voie basse présentent des ATCD personnels chirurgicaux dont les cholécystectomies, les

appendicectomies constituent la grande part par rapport aux autres (neo du sein et les kystes ovariens ;GEU).contre 39.84% qui ont les même ATCD et qui ont hystérectomies par voie abdominale .

On enregistre également que 30.85% des patientes ont des ATCD médicaux dominés par le diabète et l'HTA et qui sont opérées par voie haut. Cependant 8% des patientes opérées par la même voie ne présentaient aucun ATCD.

Alors que seulement 23.25% des patients ont des ATCD médicaux dominés par le l'HTA et qui sont opérées par voie basse. Cependant 16.58% des patientes opérées par la même voie ne présentaient aucun ATCD.

4- Répartition selon l'indication :

3 étiologies constituent les indications majeures d'une hystérectomie par voie haute :

- Métrorragies post ménopausique 28%
- Utérus polomyomateux 15%
- fibrome utérin 13%

Cependant, 3autres étiologies constituent les indications majeures d'une hystérectomie par voie basse

- les prolapsus utérin 46%
- néo du col 16%
- métrorragie 17%

Initiatives visant à améliorer la prise en charge pré et post opératoire :

- 1) Etablir une sous unité spécialisée pour les patientes hystérectomisées dans le but d'améliorer la prise en charge.
- 2) Un soutien psychologique adéquat en pré et post op.
- 3) Informer le couple sur les avantages et les conséquences de l'intervention.
- 4) Organiser des colloques concernant la sensibilisation et le dépistage précoce des pathologies conduisant à ce type d'intervention.
- 5) Améliorer la relation entre malade et médecin traitant.
- 6) Prévenir les complications post op par :
 - bonne toilette vaginale et soins de la plaie.
 - Des promenades sur terrain plat sont préconisées dès la sortie pour faciliter le transit intestinal et diminuer le risque de phlébite.
 - La nécessité d'une prise régulière du traitement (anticoagulant, ATB, et autres...)
- 7) A ne pas oublier les consultations post op (à partir de 1 mois) avec évaluation des résultats ana-path. (Prise en charge en fonction des résultats)

X-Bibliographie :

Livres

- Manuel du généraliste
- Manuel du résidant
- Gynécologie-Obstétrique « Masson »

Cours d'externat :

- Hémorragie de la délivrance : Pr OUALI
- Grossesse molaire, cancer du col : Pr Benhabib
- Fibrome utérin, cancer de l'endomètre : Pr Belarbi.

Internet :

- www.Fascicules.fr
- La société des obstétriciens et gynécologues du CANADA (SOGC).
- 400 Items
- Les cours de la Collection de l'Institut la Conférence Hippocrate