

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

Faculté de Médecine

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Thème :

**HYSTERECTOMIE  
PAR VOIE HAUTE**

Présenté par :

BENAHMED SOUMIA  
KHATER KHADIDJA

Encadreur :

Pr OUALI

Année universitaire : 2017\_2018

# **SOMMAIRE**

## **Partie théorique :**

### **Introduction**

- I. DEFINITION**
  - ✓ **LES DIFFERENTS TYPE D'HYSTERECTOMIE**
- II. RAPPEL D'ANATOMIE CHIRURGICALE**
- III. LES DIFFERENTES VOIES D'ABORD CHIRURGICALE**
- IV. INDICATIONS :**
  - 1. Pathologies bénignes**
  - 2. Hémorragies obstétricales**
  - 3. Les pathologies malignes**
- V. CONDUITE A TENIR**
- VI. COMPLICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE**
  - 1. Complications per-opératoires**
  - 2. Complication post-opératoires**
  - 3. Complication à distances**
- VII. Hystérectomie et la ménopause**
- VIII. Conséquences fonctionnelles et psychosexuelles de l'hystérectomie**
  - 1 . Altération végétative**
  - 2. Altération somatique**
  - 3. SEXUALITÉ APRÈS HYSTÉRECTOMIE**
    - 3 .1 . Voies d"abord**
    - 3.2 . Types d"hystérectomies**
  - 4 . État psychologique**
  - 5 . Facteurs prédictifs**
- IX. Les avantages d'une hystérectomie**
- X. Les inconvénients d'une hystérectomie**
- XI. Les fausses idées liées à l'hystérectomie**
- XII. Informations pratiques : Hystérectomie**
- XIII. Conclusion**
- XIV. Résumé**

## **PARTIE PRATIQUE :**

**1. MATERIEL ET METHODES**

**2.RESULTATS**

**3.DISCUSSION**

**4.CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

## I. INTRODUCTION :

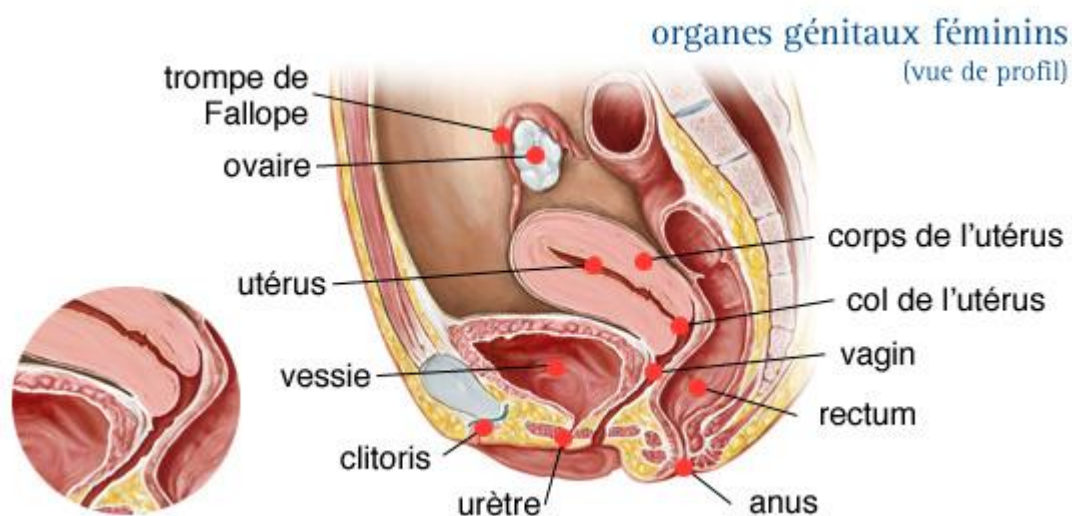
L'hystérectomie, ablation chirurgicale de la totalité ou d'une partie de l'utérus, est l'intervention la plus fréquemment réalisée chez la femme en dehors de la césarienne dans les pays développés. Il existe différentes formes d'hystérectomie en fonction des zones de l'utérus enlevées

- Hystérectomie totale = ablation de l'ensemble de l'utérus et du col utérin.
- Hystérectomie sub-totale = ablation de l'utérus avec conservation du col utérin.
- Hystérectomie inter-annexielle = hystérectomie totale ou subtotale avec conservation des annexes (= trompes + ovaires).
- Hystérectomie non conservatrice = hystérectomie totale avec annexectomie.
- Myomectomie = ablation du myome avec conservation de l'utérus (ce qui permet des grossesses).

## II. RAPPEL ANATOMIQUE :

**1- Situation** : L'utérus est un organe médian situé dans le bassin entre :

- En avant, la vessie.
- En arrière, le rectum.
- En haut, l'intestin grêle et le colon pelvien.
- En bas, le vagin.



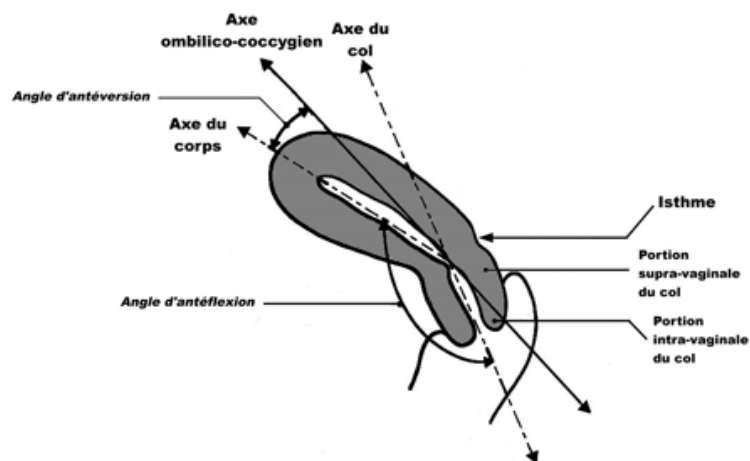
## **2- Forme et orientation :**

L'utérus a grossièrement la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur auquel on distingue de haut en bas trois parties :

- Le corps.
- L'isthme.
- Le corps.

L'orientation de l'utérus par rapport aux axes du corps sont variables d'un sujet à l'autre et avec la pression des organes adjacents.

Cependant, lorsque rectum et vessie sont vides, l'utérus est en antéflexion et antéversion.



## **3- Dimensions :**

- Longueur : 3 ,5cm.
- Largeur : 4 cm.
- Epaisseur : 2 cm.

## **4- Structure :**

La paroi utérine est constituée par 3 tuniques :

- Tunique séreuse, péritonéale,
- Tunique musculaire.
- Tunique muqueuse ou endomètre.

## **5- Rapports péritonéaux :**

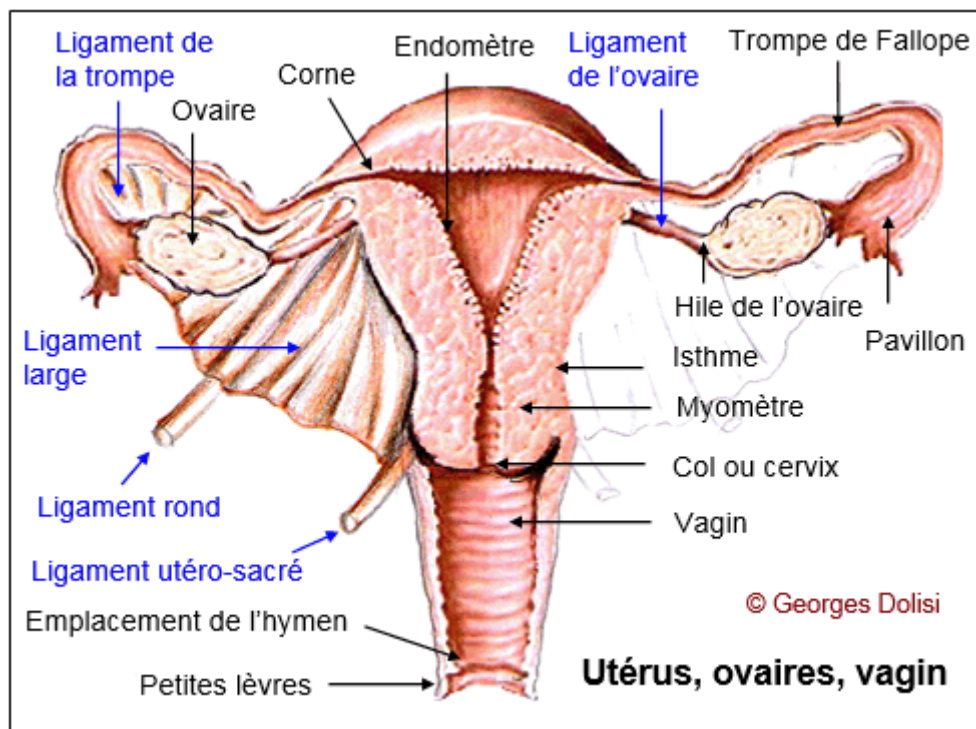
Le péritoine recouvre entièrement le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure du segment sus vaginal du col.

- En avant le péritoine se continue avec le péritoine de la face supérieure de la vessie en formant le cul de sac vésico-utérin.
- En arrière forme le cul de sac de Douglas.
- Latéralement le péritoine se continue avec les feuillets du ligament large.

### **6-Ligaments de l'utérus :**

L'utérus est attaché de chaque côté à la paroi pelvienne par de nombreux ligaments :

- Au niveau du corps :
  - Les ligaments latéraux ou ligaments larges.
  - Les ligaments antérieurs ou ligaments ronds.
  - Les ligaments utéro ovariens, de peu d'importance.
- Au niveau du col :
  - Les ligaments postérieurs ou utéro sacrés.
  - Les ligaments vésico-utérins, moins importants.



### **7- 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 CHIRURGICALE :**

1. **Hystérectomie vaginale** (ou par voie basse) : l'intervention se déroule alors par les voies naturelles et ne comporte pas d'incision abdominale. Il est cependant parfois nécessaire pour faciliter certains temps opératoires, d'avoir recours à une coelioscopie. En cas de difficulté ou de complication peropératoire, le chirurgien peut décider de changer de voie d'abord (laparoconversion ou coelioscopie), en terminant l'intervention par voie abdominale.
2. **Hystérectomie coelioscopique** : cette voie est proposée aux femmes n'ayant jamais accouché, ayant un vagin étroit ou lorsque le volume de l'utérus et les antécédents chirurgicaux n'autorisent pas l'hystérectomie vaginale.
3. **Hystérectomie par laparotomie** (ou par voie haute) : l'intervention est réalisée par une ouverture de l'abdomen, généralement horizontale, parfois verticale, entre le pubis et l'ombilic. La voie abdominale laparotomique est restée pendant une très longue période la voie d'abord de référence pour la prise en charge des gros utérus. Les sociétés savantes ont longtemps préconisé l'utilisation préférentielle de la voie abdominale en cas d'utérus pesant plus de 280 g, de nulliparité, de bassin rétréci ou d'accès vaginal réduit. Cependant, le développement de nouvelles techniques permet aujourd'hui d'enlever ces gros utérus par voie vaginale ou coelioscopique.

### **IV. HISTOIRE DE L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE :**

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.

En 1817 l'ovariectomie est devenue l'intervention gynécologique commune la plus pratiquée. La survie était améliorée progressivement avec l'avènement de l'anesthésie et les règles d'asepsie.

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.

L'honneur du succès de l'opération -bien qu'imprévu- est octroyé à Walter Burnham (1808–1883) de Lowell, Massachusetts. Dans une situation semblable à Charles Clay, quand il a exécuté une laparotomie en juin 1853 pour ce qu'il pensait était un kyste ovarien alors qu'il trouvait un fibrome utérin expulsé à travers l'incision. L'opération était faite sous anesthésie du chloroforme, avec deux assistants chirurgicaux et la présence d'un grand staff médical.

Un autre chirurgien de Lowell, Massachusetts, Gilman Kimball (1804-1892) avait l'honneur d'être parmi les premiers à réaliser une hystérectomie subtotale programmée par voie abdominale, pour utérus myomateux dont le volume était estimé à une grossesse de 6 mois.

En effet la première hystérectomie totale était réalisée par Richardson en 1929. Depuis cette date la pratique de l'hystérectomie totale était en nette augmentation jusqu'à 1940, avec les progrès dans le domaine des antibiotiques, et de la transfusion sanguine.

## **V. INDICATIONS :**

### **A. MALADIE BENIGNE**

#### **a) Saignement uterin anormal:**

L'évaluation d'une femme présentant un saignement uterin anormal doit écarter des etiologies non gynecologiques, des problemes de l'appareil genital comme les polypes endometriaux, une neoplasie endometriale et des causes liees à la grossesse. :L'hysteroscopie est particulierement utile pour diagnostiquer des polypes endometriaux et des fibromes sous muqueux, qui peuvent facilement passer inaperçus au moment d'une biopsie ou d'une DC en cabinet.

On doit offrir aux femmes présentant des SUA au moins une option « médicale » avant d'envisager une intervention chirurgicale

Selon la gravite de la maladie, rage de la patiente, ses croyances culturelles et son desir de rester féconde, une ablation de l'endometre ou une hysterectomie peuvent aussi être envisagées.

Le chirurgien ou le gynécologue, dispose à pratiquer une hystérectomie pour traiter un SUA, se doit d'être parfaitement au courant de toutes les options de traitement, autant médicales que chirurgicales, et d'informer la patiente sur ses choix thérapeutiques. Dans le cas de patientes chez qui un traitement médical ou une chirurgie conservatrice n'a pas permis de faire diminuer ou améliorer les saignements, l'hystérectomie s'accompagne d'un haut niveau de satisfaction

### **b)-Les fibromes utérins :**

- **Définition :** Les fibromes sont des tumeurs bénignes qui peuvent se développer en divers endroits de l'utérus. Cette affection fréquente est liée à des facteurs favorisants comme l'hérédité ou l'importance des sécrétions hormonales.

Les fibromes (ou « fibromyomes ») utérins sont des tumeurs bénignes qui apparaissent dans les muscles et les fibres composant l'utérus.

Leur emplacement est variable. Ils peuvent se développer à l'intérieur du tissu musculaire utérin, en formant ou non une petite bosse sur la paroi de l'utérus. Ils peuvent aussi dépasser dans la cavité de l'utérus. Ils sont parfois attachés à la paroi utérine par un pédicule.

Certains fibromes utérins sont de taille microscopique. D'autres, à l'inverse, occupent tout l'utérus et pèsent plusieurs centaines de grammes.

Il est possible qu'un seul fibrome se développe mais, généralement, il y en a plusieurs.

- **Fréquence :**

Le fibrome utérin constitue la tumeur bénigne la plus fréquente de la femme en âge de procréer. Il est plus fréquent chez les femmes âgées de 40 à 50 ans. Sa fréquence est estimée à 20% des femmes de plus de 35 ans et à 40% des femmes de plus de 50 ans. Cette pathologie est plus fréquente chez les femmes noires .

La plupart des fibromes sont asymptomatiques (ne présentent aucun symptôme) et sont découverts lors d'une consultation gynécologique systématique

▪ **classification des fibromes :**

En fonction de leur siège anatomique, on distingue, de l'intérieur vers l'extérieur du corps utérin :

1. Le fibrome sous muqueux : Le fibrome est situé dans la cavité utérine, recouvert par l'endomètre (muqueuse utérine). Les fibromes sous muqueux peuvent être pédiculés (présentant un pied d'insertion) ou sessiles (présentant une large base d'implantation). La composante sous muqueuse des fibromes sessiles peut être plus ou moins importante. Plus la composante sous muqueuse est faible, plus leur composante interstitielle est importante (type 0 : intra cavitaire pure ; type 1 : à prédominance sous muqueuse ; type 2 : à prédominance interstitielle).
2. Fibrome interstitiel (ou fibrome intra mural) : Le fibrome est entièrement situé dans l'épaisseur du muscle utérin.
3. Fibrome sous séreux : Le fibrome fait sailli à la surface externe de l'utérus et se développe dans la cavité péritonéale. Les fibromes sous séreux peuvent être pédiculés (présentant un pied d'insertion) ou sessiles (présentant une large base d'implantation). Plus rarement, un fibrome peut se développer dans l'isthme ou dans le col utérins. Ils peuvent également siéger dans les ligaments de soutien de l'utérus (ligaments larges, ligaments ronds) ou dans les ovaires.

▪ **Modalités de formation - Physiopathologie des fibromes :**

Les fibromes utérins se développent fréquemment chez les femmes entre 30 et 50 ans, au cours de la période d'activité génitale. Parfois, ils se forment plus précocement, en raison de facteurs familiaux favorisant (hérédité).

Actuellement, les raisons exactes de leur apparition sont inconnues. Leur développement est influencé par les sécrétions hormonales de la femme. Les œstrogènes (hormones produites par les ovaires et intervenant dans le développement sexuel féminin) jouent un rôle dans leur évolution. Ainsi, ces tumeurs bénignes peuvent se développer ou diminuer selon les périodes de la vie d'une femme :

- ✓ les fibromes peuvent survenir au cours d'une grossesse, moment où la concentration sanguine en œstrogènes est la plus élevée. En revanche, l'utilisation d'une pilule contraceptive contenant des œstroprogestatifs n'augmente pas les probabilités d'en voir apparaître
- ✓ les fibromes régressent habituellement après la ménopause, période où le niveau sanguin des œstrogènes diminue. Cependant, ils peuvent

encore évoluer après cette période, en cas de prise d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause, ou THS.

En outre, statistiquement, certaines catégories de population sont davantage sujettes aux fibromes utérins :

les femmes à peau noire

les femmes en surpoids

celles qui n'ont jamais eu d'enfants.

▪ **Signes cliniques :**

Les fibromes n'entraînent aucun symptômes dans la grande majorité des cas ; 2 cas de fibromes sur 3 demeurent asymptomatiques et sont découverts lors d'examens de routine.

Les manifestation les plus fréquentes sont:

Saignements: lorsqu'ils se développent au sein de l'utérus les fibromes sont susceptibles d'entraîner des saignements abondants.

Gêne urinaire: lorsqu'un fibrome comprime la vessie celui-ci peut entraîner une gêne urinaire fréquente ou permanente.

Gène du transit intestinal: un fibrome lorsqu'il entraîne une compression du rectum peut entraver le transit intestinal et provoquer une gêne à la défécation.

Rapport sexuels douloureux: la masse du fibrome peut déformer le vagin et entraîner l'apparition d'un inconfort ou d'une douleur au moment d'un rapport sexuel.

Plus généralement, les fibromes se signalent par des douleurs légères et diffuses, un inconfort, une sensation de pesanteur au niveau du bas-ventre.

▪ **Diagnostic :**

La présence de fibromes est évoquée par les signes cliniques et par le contexte. L'examen clinique (palpation abdominale, toucher vaginal) peut orienter vers le diagnostic, en retrouvant un utérus augmenté de volume, bosselé. Le diagnostic sera posé après la réalisation de certains examens :

**Echographie pelvienne (par voie pelvienne ou par voie endovaginale) :** C'est l'examen de référence. Basée sur l'émission d'ultrasons, l'échographie permet de mesurer la taille des fibromes, leur nombre ainsi que de préciser leur localisation. Une cartographie détaillée des fibromes permet de faciliter le choix thérapeutique et le geste chirurgical.

**Hystéroskopie diagnostique :** L'examen visuel de la cavité utérine à l'aide d'une mini caméra permet de poser le diagnostic d'un fibrome sous muqueux. L'hystéroskopie diagnostique est indispensable avant d'envisager une résection chirurgicale d'un fibrome sous muqueux. Elle permet d'apprécier le type d'insertion du fibrome (pédiculé ou sessile), l'importance de sa composante sous muqueuse, sa taille et sa respectabilité. Une cartographie détaillée du fibrome permet de faciliter le choix thérapeutique et le geste chirurgical.

**IRM pelvienne :** Une imagerie par résonance magnétique permet de compléter le bilan en cas de doute diagnostique (fibrosarcome utérin) et d'établir une cartographie utérine en cas de fibromes multiples.

**Hystérosalpingographie :** Dans un contexte d'infertilité associée à la présence de fibromes utérins, l'hystérosalpingographie permet de savoir si les fibromes sont responsables d'une obstruction des trompes utérines.

➤ **Fibrome et grossesse :**

La plupart des grossesses menées chez des femmes porteuses d'un utérus fibromateux se déroulent tout à fait normalement. Parfois, les fibromes peuvent compliquer la grossesse :

- Douleur pelvienne à type de contractions utérines, en rapport avec une torsion d'un fibrome pédiculé (le fibrome tourne autour de lui-même grâce à son pédicule) ou avec une nécrobiose de fibrome (nécrose aiguë du fibrome liée à sa mauvaise vascularisation sanguine).
- Compression d'organes de voisinage (encore plus accentuée chez la femme enceinte du fait du volume utérin) : Compression vésicale (vessie) à l'origine d'une pollakiurie (mictions très fréquentes) ; Compression urétérale (uretères) à l'origine d'une dilatation des uretères et des cavités rénales ; compression rectale (rectum) à l'origine d'une constipation ou de fausses envies d'aller à la selle.
- Augmentation du volume des fibromes sous l'effet des sécrétions hormonales de la grossesse.

- Fausse couche à répétition : C'est le cas essentiellement des fibromes sous muqueux faisant un effet « corps étranger » et qui provoquent l'expulsion d'une grossesse débutante.
- Fausse couche tardive : Expulsion du fœtus avant qu'il ne soit viable.
- Accouchement prématuré : Accouchement survenant avant le terme de la grossesse, liée à la survenue de contractions utérines prématurées, à la compression du fœtus par les fibromes ou à une rupture prématurée de la poche des eaux.
- Obstacle praevia à l'accouchement : Lorsque le fibrome est placé dans le col ou dans l'isthme utérin, il peut empêcher la descente du mobile fœtal lors de l'accouchement.
- Présentation dystocique : Anomalie de présentation de l'enfant à naître en fin de grossesse, avec une présentation du siège ou une présentation transverse du fœtus.
- Hémorragie de la délivrance : Due à une mauvaise rétraction utérine après l'accouchement.
  - **Evolution** : Il existe plusieurs possibilités d'évolution des fibromes :
- Stabilité dans le temps, les fibromes restants asymptomatiques.
- Augmentation du volume des fibromes, spontanée, ou favorisée par une grossesse ou par la prise d'un traitement hormonal de la ménopause.
- Transformation du fibrome sous forme de calcification, de nécrobiose aseptique (ischémie ou infarctus du fibrome par absence de vascularisation), de cavitation (transformation kystique), torsion, expulsion (en cas de fibrome accouché par le col).
- Régression voire disparition des fibromes après la ménopause du fait de la suppression de la production d'hormones oestrogènes.
- Pas d'évolution démontrée vers une tumeur maligne (fibrosarcome).
  - **Traitement** :

Sauf cas exceptionnel, lorsque la présence d'un fibromes n'entraîne aucun symptôme, aucune gêne pour la patiente, aucun traitement ne sera nécessaire. L'évolution des fibromes fera simplement l'objet d'un suivi lors de consultations gynécologiques de routine. Lorsque le fibrome entraîne une gêne ( impossibilité de grossesse, risque élevé de fausse couche, saignements...)

plusieurs solutions pourront être proposées. La solution choisie va dépendre de nombreux facteurs dont le désir éventuel de la patiente de suivre une grossesse, la capacité ou l'incapacité à subir une intervention chirurgicale ou une anesthésie.

### 1- Traitement médical :

Le traitement médical des fibromes est indiqué essentiellement chez les femmes désirant avoir un enfant ou présentant des symptômes de faible à moyenne gravité.

#### 1.1- **Les progestatifs** :

Les traitements à base de Progestérone peuvent avoir un effet en diminuant l'abondance du saignement. Les ménorragies (règles abondantes) sont souvent liées dans ce contexte à une hypertrophie associée de l'endomètre (augmentation de l'épaisseur de la muqueuse utérine). Par leur effet, les progestatifs créent une atrophie de l'endomètre (diminution de l'épaisseur de la muqueuse utérine). Ils n'ont pas d'effet sur le volume ou sur l'évolution des fibromes. Au mieux, ils permettent de stabiliser temporairement leur évolution. Les progestatifs sont prescrits du 15<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle, et du 5<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour si un effet contraceptif est souhaité.

#### 1.2- **Analogues de la LHRH** :

En supprimant toute sécrétion hormonale d'oestrogènes (ménopause artificielle), les analogues de la LHRH permettent :

- La diminution voire l'arrêt des saignements après 1 mois de traitement.
- La réduction d'environ 50 % de la taille des fibromes après 3 mois de traitement.

Par leur action, ces traitements provoquent une ménopause transitoire avec tous les symptômes qui l'accompagnent : bouffées de chaleur, baisse de la libido, sécheresse vaginale etc. Les analogues de la LHRH ne sont utilisés qu'en pré opératoire afin de faciliter le geste chirurgical.

#### 1.3- **Embolisation** :

L'embolisation correspond à l'interruption de la vascularisation des fibromes par le largage de micro particules dans les artères utérines. L'embolisation est pratiquée par un radiologue, dans un service de radiologie interventionnelle. A l'aide d'un cathéter introduit dans les artères fémorales, le radiologue

interrompt la circulation dans l'artère qui alimente le fibrome en y larguant des petites articules. L'embolisation peut être effectuée :

- A visée pré opératoire : en diminuant la vascularisation des fibromes, le geste chirurgical est facilité par la diminution de l'abondance du saignement.
- A visée définitive : Cette technique est réservée aux fibromes interstitiels. Elle permet la rééducation de la taille des fibromes et la diminution de l'abondance des saignements. Elle risque en revanche de provoquer une ménopause précoce ou des complications infectieuses sévères au niveau de l'utérus.

## 2.Le traitement chirurgical :

est indiqué essentiellement chez les femmes ne désirant plus avoir un enfant ; présentant des symptômes de moyenne à forte gravité (saignement abondant, compression, volume important des fibromes, augmentation rapide de la taille des fibromes etc...) ou après échec du traitement médical.

**2.1- Myomectomie** : L'ablation chirurgicale des fibromes ou myomectomie, correspond à une intervention chirurgicale, effectuée sous anesthésie générale ou sous analgésie péridurale. Il ne s'agit pas d'un traitement définitif, car il existe un risque d'apparition de nouveaux fibromes. Plusieurs voies d'abord chirurgicales sont possibles. La voie d'abord est choisie lors de la consultation avec le chirurgien, en fonction de la localisation des fibromes, de leur taille, de leur nombre, de l'âge de la patiente et de son désir de grossesse : • Résection par hystérocopie opératoire : l'indication de choix est celle d'un fibrome sous muqueux, pédiculé, de taille inférieure à 30 mm, avec un mur de sécurité postérieur supérieur à 5 mm. Pour les fibromes de 30 à 50 mm, ou pour ceux qui ont une composante interstitielle, la résection peut être incomplète et nécessiter un deuxième temps opératoire à distance de l'intervention initiale.

- Myomectomie par voie vaginale : l'indication de choix est celle d'un fibrome pédiculé accouché par le col, d'un fibrome du col ou d'un fibrome sous séreux pédiculé bas situé et accessible par le vagin.
- Myomectomie par coelioscopie : l'indication principale est celle des fibromes sous séreux, de petite à moyenne taille (inférieure à 8 cm), de nombre inférieur à 3. L'avantage de la coelioscopie est la petite taille des cicatrices, la possibilité d'explorer le pelvis en cas d'infertilité associée et le faible risque d'adhérences post opératoires.
- Myomectomie par laparotomie : cette technique est réservée aux volumineux fibromes ou aux utérus poly fibromateux, de siège interstitiel ou sous séreux.

**2,2- Hystérectomie** : Il s'agit là d'un traitement radical et définitif.

L'hystérectomie est réservée aux femmes ne désirant plus de grossesse et



présentant des symptômes majeurs (hémorragie, douleur, compression etc...). Elle peut être associée à l'ablation des ovaires en cas de pathologie ovarienne associée (kystes, endométriose etc.). Elle peut être pratiquée par voie vaginale, par voie coelio vaginale ou par laparotomie. Les fibromes utérins constituent la première cause d'hystérectomie en France.

### **c)- L'adénomyose :**

L'adénomyose est un type d'endométriose interne ; elle est définie par la présence de glandes endométriales et de stroma cytogène à l'intérieur du myomètre. Les foyers kystiques endométriosiques restent en communication avec la cavité utérine. Le myomètre n'est que rarement colonisé. La maladie se manifeste en majorité chez des femmes entre 40 et 50 ans.

La cause de l'adénomyose est également inconnue mais la théorie la plus largement admise postule que la barrière entre l'endomètre et le myomètre, qui empêche normalement l'invasion des glandes et du stroma endometrial dans le myomètre, est compromise ce qui permet à l'invasion de se produire.

#### ✓ **Symptômes :**

- De douleurs pelviennes chroniques.
- De saignements
- D'une infertilité
- De fausses couches à répétition

#### ✓ **Diagnostic d'adénomyose :** Le diagnostic d'adénomyose peut nécessiter la réalisation d'exams complémentaires :

- L'échographie
- L'hystérographie
- L'IRM
- L'hystéroscopie

#### ✓ **Traitement:**

- Le traitement médical : vise à supprimer l'activité de l'ovaire afin de ne pas stimuler les lésions d'adénomyose. Les médicaments les plus souvent utilisés sont les progestatifs, les analogues de la LHRH et le Danatrol.

- Le traitement chirurgical : consiste en une hystérectomie. L'hystérectomie est réalisée en cas de forme sévère ou résistante au traitement médicamenteux.

#### **d)- Le prolapsus génital :**

Le prolapsus génital est un trouble de la statique pelvienne se manifestant par l'issue des parois vaginales à la vulve. Les viscères adjacents accompagnent les parois vaginales et donnent leur nom aux différents éléments du prolapsus (tableau I). La description du prolapsus génital est divisée en trois étages : antérieur, fundique et postérieur. En avant, la colpocèle antérieure est accompagnée par la vessie (cystocèle). La descente du fond vaginal est accompagnée par l'utérus (hystéroptose). En arrière, c'est le plus souvent le rectum qui habite la colpocèle postérieure (rectocèle), avec parfois le cul-de-sac de Douglas (élytrocèle). Le degré de gravité du prolapsus est coté entre 0 et 3, selon la descente par rapport à la vulve (tableau II). Ainsi, un prolapsus génital noté C3 H2 R1 correspond à une cystocèle extériorisée (cystocèle du troisième degré), avec un col utérin à la vulve (hystéroptose du deuxième degré) et une saillie intravaginale de la paroi vaginale postérieure (rectocèle du premier degré). Les termes utilisés pour qualifier les différentes composantes d'un prolapsus sont les suivants :

Cystocèle : Prolapsus de la vessie.

Hystéroccèle : Prolapsus de l'utérus dans son ensemble.

Trachélocèle : Prolapsus du col utérin (par exemple chez une patiente ayant subi une hystérectomie subtotale (ablation du seul corps utérin en laissant en place le col).

Rectocèle : Descente du rectum dans le vagin.

Prolapsus rectal : descente du rectum à travers l'anus.

Élytrocèle ou hédrocèle : Prolapsus du cul-de-sac de Douglas (partie la plus déclive du péritoine pelvien).

Entéroccèle : Prolapsus d'anses intestinales à l'intérieur d'une élytrocèle.

Colpocèle : Prolapsus du fond vaginal (par exemple chez une patiente ayant subi une hystérectomie totale). (Ce terme est parfois utilisé par excès pour qualifier des prolapsus de la paroi antérieure ou postérieure du vagin accompagnant une cystocèle ou une rectocèle (on parle alors de « colpocèle antérieure » ou de « colpocèle postérieure »).

Syndrome du périnée descendant : descente anormale de l'ensemble du périnée, à la poussée abdominale.

**Classification** : La classification du prolapsus en fonction de son importance se fait classiquement en trois stades, dont la définition est clinique :

Stade I : Prolapsus n'arrivant pas jusqu'à l'orifice vulvaire. ☐ Stade II : Prolapsus arrivant jusqu'à l'orifice vulvaire, mais ne le dépassant pas. Stade III : Prolapsus dépassant l'orifice vulvaire (on parle de « prolapsus extériorisé »).

Le prolapsus génital peut parfois s'accompagner d'une incontinence urinaire, mais pas toujours. (Effectivement : On peut avoir une incontinence urinaire sans prolapsus génital, et un prolapsus génital sans incontinence urinaire, les deux phénomènes étant dus à des mécanismes différents). D'ailleurs, par des phénomènes complexes, certains prolapsus peuvent « masquer » une incontinence urinaire, qui ne va apparaître qu'après le traitement chirurgical du prolapsus. **Causes** :

Les trois organes du pelvis sont maintenus à leur place naturelle par deux moyens :

des moyens de suspension : essentiellement constitués par les ligaments qui tiennent ces organes, et par les fascias, sortes de ciments naturels qui solidarisent ces trois organes entre eux ;

des moyens de soutènement : essentiellement constitués par les muscles du périnée (muscles releveurs de l'anus). Un prolapsus génital va donc apparaître si ces moyens deviennent défailants. Les causes les plus classiques en sont les suivantes :

la constipation, qui augmente la pression intra-abdominale, appliquée sur les structures du pelvis ;

la ménopause, et la carence en hormones qui en découle (qui abîme les fascias et désolidarise les organes entre eux) ;

le surpoids et l'obésité (qui provoque une pression trop importante de l'abdomen sur les organes du pelvis, et qui distend les ligaments) ; des grossesses multiples ;

des troubles neurologiques: paraplégie, qui entraîne une dénervation du pelvis et un affaiblissement de ses muscles ;

l'âge, le risque doublant à chaque décennie à partir d'un certain âge; Des accouchements difficiles :(usage de forceps, par exemple), des accouchements

de gros enfants (plus de 4 kg), qui abîment les muscles du périnée. Ces derniers facteurs sont classiques mais n'ont cependant pas été prouvés

**Facteurs de risque:** Certains facteurs peuvent favoriser l'apparition d'un prolapsus génital

- Les anomalies de la statique du rachis lombaire
- Les anomalies constitutionnelles du tissu conjonctif.
- Les traumatismes obstétricaux
- Les traumatismes répétés : sportif de haut niveau, toux ou constipation chronique.
- Les lésions acquises du tissu conjonctif, secondaires au vieillissement physiologiquoestrogénique ou à une carence nutritionnelle.

**Symptomatologie:** La symptomatologie de la descente d'organes est variable. Elle n'est pas corrélée à l'importance du prolapsus génital.

- Perception d'une « boule » ou d'une masse vulvaire.
- Lésions de frottements à l'origine de saignements ou de pertes vaginales.
- Incontinence d'urines au repos ou à l'effort dans 10 % des cas.
- Incontinence anale
- Troubles sexuels variables: impression de béance du vagin, degaz dans le vagin, douleurs lors des relations, impossibilité de vie sexuelle.
- Altération de la qualité de vie : activité physique, sportive, le travail, anxiété.
- Douleurs lombaires ou abdominales.

**Diagnostic :** C'est l'examen gynécologique qui permet de faire le diagnostic de prolapsus génital et d'apprécier la sévérité de la descente d'organes.

Echographie des sphincters de l'anus à la recherche Des examens complémentaires peuvent parfois être nécessaires :

- Une analyse d'urine
- Des Explorations urodynamiques
- Echographie de l'utérus

- Colpocystogramme : opacification des organes pelviens par mise en place de produit radio-opaque dans le vagin, la vessie et le rectum puis clichés au repos puis à l'effort permettant de visualiser une descente respective des organes pelviens à l'effort.
- IRM : permet de remplacer la colpocystogramme dont la pratique est désagréable pour la patiente.

### **Traitement** :

Le traitement du prolapsus génital doit être précédé par un bilan de son retentissement, et par la recherche d'anomalies associées. Il conviendra par ailleurs de corriger certains facteurs favorisants : traiter une constipation, donner un traitement hormonal substitutif en post-ménopause.

Un prolapsus urinaire ou génital relèvera, dans l'immense majorité des cas, d'un traitement chirurgical (quand le prolapsus est à un stade avancé (2e et 3e degrés)). Effectivement, la rééducation périnéale peut parfois maintenir un prolapsus débutant mais une fois que le prolapsus est avancé (c'est-à-dire quand il est du 3e degré), elle ne permet pas de réintégrer les organes qui sont « descendus ». Il faut donc commencer la rééducation dès les premiers signes pour permettre de limiter la « descente » de ce prolapsus et peut-être éviter l'opération.

Le traitement chirurgical a pour but de remplacer les moyens de suspension (fascias, ligaments) ou les moyens de soutènement (muscles du périnée) devenus défailants, et le plus souvent les deux. Il fait appel le plus souvent, de nos jours, à l'utilisation de « prothèses » synthétiques (c'est-à-dire artificielles, n'utilisant aucun produit d'origine animale ou humaine) qui ressemblent à des tissus tricotés (comme les « mailles d'un filet ») : ces prothèses servant à remplacer les fascias défailants, ou à suspendre les organes « descendus » à des ligaments naturels solides.

Ce traitement peut se faire selon trois voies chirurgicales différentes :

- en ouvrant l'abdomen (« laparotomie ») ;
- par coelioscopie ;
- en passant par le vagin (« voie vaginale »).

L'efficacité des trois voies chirurgicales, dans les mains d'un chirurgien expérimenté, est la même. Mais la simplicité technique, le moindre taux de complications, et la durée d'intervention plus courte font préférer, pour beaucoup d'écoles chirurgicales, la voie vaginale chez les femmes en

ménopause ou en pré-ménopause (alors que la coelioscopie ou la laparotomie sont plus souvent réservées aux femmes plus jeunes, en raison de la meilleure efficacité à long terme et de la meilleure résistance aux importants efforts physiques).

Il n'y a pas de « traitement standard », et chaque cas est différent. Le choix de la technique est adapté à chaque patiente. Dans beaucoup de cas, une ablation de l'utérus (« hystérectomie ») est nécessaire, pour des raisons techniques. Il existe également un traitement non chirurgical qui consiste en la mise en place d'un pessaire dans le vagin destiné à maintenir les organes ptosés en place. Il nécessite un suivi régulier mais permet aux femmes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas être opérées de vivre sans problème avec leur prolapsus.

La rééducation périnéale est utile en cas de problème mictionnel mais son efficacité sur le prolapsus lui-même reste douteuse<sup>6</sup>

#### **d)- La grossesse molaire :**

C'est une anomalie de l'œuf caractérisée par l'absence d'embryon, transformation kystique des villosités choriales, prolifération trophoblastique responsable d'une sécrétion excessive de gonadotrophine chorionique. Elle constitue avec la mola invasive et le choriocarcinome la maladie trophoblastique. Elle constitue une urgence en phase hémorragique nécessitant une prise en charge adéquate.

**Le diagnostic positif:** Il repose sur l'association de métrorragies qui peuvent apparaître entre le 1er et le 4ème mois + exagération des signes sympathiques de la grossesse + augmentation de la taille de l'utérus avec comblement des culs de sac latéraux. Le dosage des HCG permet de différencier entre une grossesse molaire et une grossesse normale avec un pic d'élimination urinaire entre 60 et 80 jrs compris entre 100-100000 U/24H.

L'échographie permet de confirmer le diagnostic avec une image typique en flocon de neige ou en grappe de raisin.

L'examen anatomopathologique est indispensable.

#### **La conduite à tenir :**

Elle dépendra de l'âge de la grossesse, la parité, le désir de grossesse, la taille de l'utérus et le saignement :

1) Si -de 16 SA : curetage aspiratif écho-guidé sous perfusion d'ocytocine + anesthésie générale.

2) Si +16 SA : évacuation par voie haute.

3) Si âge avancé ou en absence de désir de grossesse : HYSTERECTOMIE+ surveillance en milieu hospitalier et étude ana-path.

## **e)-HEMORRAGIES OBSTETRICALES**

### **a- L'hémorragie de la délivrance**

**Définition:** C'est une hémorragie survenant dans les 24h suivant l'accouchement et dont es pertes sanguines dépassent 500ml (limite arbitraire définie par l'OMS) En Algérie: 1erc cause de mortalité maternelle et dans les pays développés le risque de décès par hémorragie de la délivrance est de 1/5000 naissances.

**Incidence:**5% des accouchements avec mise en jeu du Pc vital maternel et risque de décès par choc hémorragique (les pertes sanguines peuvent être équivalentes à une plaie de l'artère fémorale) **Cause importante de morbidité maternelle:** due à des transfusions sanguines répétées, séjours en réanimation, anémie.

Toujours chercher une autre cause d'hémorragie : plaie vaginale et/ou du col utérin.

**Etiologies :** La délivrance physiologique doit réunir 4 conditions : Délivrance complète : il ne manque ni cotylédon (partie du placenta) ni membrane à l'examen du placenta.

Vacuité utérine complète

Bonne rétraction utérine

Coagulation sanguine normale

Une anomalie d'une ou de plusieurs de ces conditions risquent d'entraîner une hémorragie de la délivrance dont les principales étiologies sont : A) Atonie utérine « inertie utérine »: cause la plus fréquente, c'est une anomalie de la contraction utérine.

- La mauvaise rétraction utérine entraîne l'absence du globe utérin de sécurité (gros utérus mou et sous ombilical)

- Les vx utérins de Pinard restent béant et entraînent l'absence d'une hémostase physiologique

**B) Rétention placentaire** : c'est une anomalie de la délivrance, l'utérus n'étant pas vide, la rétraction utérine physiologique nécessaire à l'hémostase ne peut se faire. On peut avoir une :

1) Rétention placentaire totale par absence de délivrance spontanée complète dans les 30min suivant l'accouchement.

2) Rétention placentaire partielle par délivrance incomplète et rétention d'un fragment placentaire (cotylédon et/ou membrane) d'où l'intérêt de faire une révision utérine. L'examen minutieux du placenta doit être systématique et au moindre doute on fait une révision utérine.

**C) Troubles de l'hémostase** : « CIVD ou fibrinolyse » peuvent être la cause ou la conséquence des hémorragies obstétricales graves ; une CIVD peut être responsable d'une hémorragie de la délivrance et réciproquement une hémorragie de la délivrance peut entraîner une CIVD elle-même entretenant le saignement (cercle vicieux). Situations favorisant la CIVD : Hématome rétro-placentaire (HRP)

Pré-éclampsie

Infection génitale grave

Embolie amniotique

**D) L'inversion utérine** : exceptionnelle, la surface interne de l'utérus est extériorisée à la vulve « inversion en doigts de gang » Facteur favorisants:

Atonie utérine

Traction excessive sur le cordon lors de la délivrance

Pression abdominale intempestive sur le fond utérin lors de la délivrance (expression utérine) Ce qui nécessite la réduction immédiate et la prévention des récives par administration des ocytociques :

- SYNTOCINON : ini 5UI

**Prise en charge thérapeutique** : C'est une urgence obstétricale grave, engageant le Pc vital maternel qui dépend avant tout de la rapidité de la chirurgie et de la prise en charge.

**Principes du traitement** :



- Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale par une révision utérine et un examen sous valve.

- Assurer la contraction utérine par injection d'ocytociques

- Réanimation médical simultanée

A. 1er temps thérapeutique :

1. Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale : par

Révision utérine en urgence (rien ne doit la retarder)

En cas d'hémorragie, avant la délivrance on réalise une délivrance artificielle suivit d'une révision utérine ☒

L'examen sous valve du col et du vagin à la recherche d'une lésion cervicovaginale devant être suturer.

2. Assurer la contraction utérine : par perfusion de 500cc de SGI 5% + 10UI de SYNTOCINON dans la perfusion + 5UI de SYNTOCINON en IVD + 1 amp de METHERGIN en IM ; suivit d'un massage utérin.

3- Réanimation médicale simultanée :

Pose d'une 2ème voie veineuse de bon calibre

Malade branché sous scope cardio-tensionnel

Surveillance de la TA, pouls, T°, diurèse

Rechercher les signes de choc hémorragique

Oxygénothérapie par voie nasale : 6l/min

Position de TRENDELEMBOUR ☒ Bilan biologique : FNS, Groupage Rh, plaquettes, bilan d'hémostase (TP, TCK, Fibrinogène, PDF)

Compensation des pertes sanguines par macromolécules en attendant la transfusion de sang iso-groupe iso-Rh

Prise en charge d'une éventuelle coagulopathie

Surveillance rapprochée du globe utérin, l'arrêt du saignement avec quantification des bandes sanguines

B. 2ème temps thérapeutique :

1. Utilisation des procédés métalliques : « Procédé de HENCKEL » C'est la mise en place de 4 pinces de Museau au niveau de la lèvre ant et 4 autres au niveau de la lèvre post et on fait une traction - rotation à droite puis à gauche.

2. En cas d'échec, utilisation de Cvotoc (Misoprotol 200jng) en intra- rectal. On poursuit une réanimation médicale et une surveillance maternelle rapprochée.

C. 3eme temps thérapeutique : « chirurgical » :

En cas de persistance de l'hémorragie :

1. Ligature des artères hyponastriques : trt chirurgical conservateur ; mais si persistance de l'hémorragie on passe au traitement radical :

2. Hystérectomie d'hémostase Prévention: La majorité de décès par hémorragie de la délivrance sont due à un trt inadéquat ou retardée selon le rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle.

**b- Rupture utérine** : La rupture utérine est une complication potentiellement catastrophique de l'accouchement qui affecte l'intégrité de la paroi myométrique. La rupture utérine se produit généralement lors du travail de l'accouchement, bien qu'elle puisse également survenir à un stade plus précoce de la grossesse. Cette complication très grave s'accompagne d'une forte morbidité maternelle et périnatale, la mortalité restant un événement rare.

La rupture utérine est parfois assimilée à des complications telles que la déhiscence ou la perforation utérines, mais la rupture utérine est généralement plus néfaste que ces dernières car elle affecte un plus grand nombre de couches de la paroi utérine, entraînant notamment davantage d'hémorragies, et, de manière générale, plus de risques. **Fréquence** : La fréquence d'occurrence des ruptures utérines est très variable selon les études et ce pour différentes raisons:

-Différence des protocoles d'analyse et d'observation

-Différentes définitions de la rupture utérine selon les études: certaines ne considèrent que les ruptures complètes, d'autres incluent également les déhiscences.

- Différence des milieux d'études. Une revue des études effectuée en 2002 arrive cependant à une fréquence inférieure à 0,1 % de ruptures utérines, tous accouchements confondus<sup>2</sup>. Cette fréquence augmente significativement chez

les femmes ayant un antécédent de césarienne, mais demeure inférieure à 0,5 %

**Facteurs de risque :**

1. Rupture d'un utérus sain
2. L'utérus malformé.
- 3- Rupture d'utérus cicatriciel

**Diagnostic clinique :** Forme typique sur utérus sain Le tableau explosif évolue en 2 phases:

1. Pré rupture : Signes de lutte utérins

- Hypercinésie: Hypertonie utérine avec rétraction du corps utérin; l'utérus prend l'aspect d'un sablier avec anneau de rétraction de BANDL.
- Douleur intense continue: Agitation, anxiété, SF Mort fœtale.
- Rarement annoncée par le classique COUP de POIGNARD. On observe le plus souvent une sédation brusque de la douleur (Fausse impression de soulagement).
- Sensation d'écoulement intra abdominal d'un liquide tiède.
- Signes de choc apparaissent: Hypotension, tachycardie.
- Le fœtus mort directement, palpé sous la peau.
- Hémorragie vaginale

**3. Forme asymptomatique:**

- Rupture reconnue a la révision utérine pratiquée en cas de :
- Hémorragie de la délivrance.
- Déchirure cervicale qui dépasse l'insertion vaginale.
- Systématique pour tout accouchement sur utérus cicatriciel.. **Pronostic :**

1. Maternel:

- Mortalité: 2%-20%.
- Morbidité ++ : Hémorragie, infection, accidents thromboemboliques, fistule vésicovaginale.

2.Foetal: • Mortalité : 45- 90 %

### **3; Les pathologies malignes nécessitant une hystérectomie :**

Il s'agit des cancers du col utérin, de l'endomètre et de l'ovaire. Dans ces 3 pathologies, une hystérectomie totale est presque toujours indiquée. D'autres gestes chirurgicaux y sont associés : annexectomie bilatérale, lymphadénectomie (exérèse des ganglions),...

**a- KC De L'endomètre :** appelé aussi cancer du corps de l'utérus ou adénocarcinome de l'endomètre est un cancer développé à partir de la muqueuse, qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine, appelée l'endomètre.

**Epidémiologie :** En 1995, le nombre de cancers de l'endomètre diagnostiqués a été estimé à 4 600 cas en France et 1 200 personnes sont décédées de ce cancer en France. Le taux d'incidence standardisé à la population des pays industrialisés de 15-25 pour 100 000 femmes. Dans les pays industrialisés, son incidence est de 142 200. Dans le monde, son incidence est de 200 000 nouveaux cas annuels avec 50 000 décès<sup>3</sup>, faisant de ce cancer le deuxième plus fréquent de la sphère gynécologique (hors sein, le premier cancer étant celui du col de l'utérus). Cet incidence tend à croître dans les pays industrialisés. survient plus souvent après la ménopause (8 fois sur 10) et touche 10 à 40 femmes pour 100 000. Il n'existe pas actuellement de test de dépistage reconnu de ce type de cancer. **Facteurs de risque :** Le facteur de risque principal non modifiable est l'âge. Ce cancer survient le plus souvent chez la femme de 60 ans. Le principal facteur de risque reconnu du cancer de l'endomètre est l'obésité. Il existe également des prédispositions génétiques au cancer de l'endomètre. Certains médicaments sont en cause dans l'apparition du cancer de l'endomètre, C'est le cas en particulier du tamoxifène qui est utilisé, entre autres dans le traitement curatif du cancer du sein. Le bénéfice apporté par le tamoxifène dans le cancer du sein est bien souvent très supérieur au risque lié à l'apparition du cancer de l'endomètre. L'utilisation d'estrogènes seuls (sans un progestatif) dans le traitement substitutif de la ménopause, double le risque de survenue de ce cancer. L'association oestrogènesprogestatif annule ce sur risque.

**Les manifestations cliniques :** Le symptôme le plus fréquent du cancer de l'endomètre est la survenue de métrorragies post-ménopausiques ce qui signifie la présence de saignements utérins chez une femme ménopausée. Le diagnostic est plus difficile lorsque l'hémorragie atteint une femme qui est encore plus ou moins bien réglée aux alentours de la ménopause, il peut s'agir ce ménorragies (règles plus abondantes) ou de métrorragies.

### **Examens complémentaires:**

- L'échographie montre une augmentation anormale de l'épaisseur de la muqueuse utérine et permet d'apprécier le degré d'infiltration du myomètre.
- L'hystérocopie peut montrer des images typiques, préciser l'extension et le siège des lésions.
- Le curetage ou la biopsie permettent le diagnostic histologique par analyse des tissus.
- L'IRM pelvienne est réalisée dans le cadre du bilan d'extension du cancer.

**Pronostic :** Quand le diagnostic de cancer de l'endomètre est suffisamment précoce, la guérison est habituelle.

Les facteurs de mauvais pronostic sont : L'âge élevé de la patiente, La présence de pathologies médicales associées, Les stades évolués, Certains types histologiques, L'envahissement ganglionnaire

**Traitement :** Le traitement du cancer de l'endomètre repose sur l'ablation chirurgicale de l'utérus et des annexes, ovaires et trompes (hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale), et l'exérèse des ganglions (lymphadénectomie) complétée éventuellement par la curiethérapie (mise en place de produits radioactifs au contact de la tumeur) ou une radiothérapie externe.

### **b- Cancer du col :**

Le cancer du col utérin est un cancer qui se développe à partir de l'épithélium du col de l'utérus. Le cancer du col de l'utérus est la deuxième forme la plus fréquente de cancer chez les femmes à l'échelle mondiale après le cancer du sein. Ce cancer est directement en rapport avec l'activité sexuelle. Le dépistage des lésions précancéreuses est possible grâce à la pratique du frottis de dépistage. La découverte des lésions précancéreuses et notamment des dysplasies sévères ou carcinome in situ permet un traitement assurant une guérison de la patiente avec un très faible taux de récurrence.

Le col utérin est constitué de trois types de tissus :

- l'épithélium malpighien exocervical : il recouvre la partie externe du col utérin appelée exocol.
- l'épithélium glandulaire endocervical : il recouvre la partie interne du col utérin appelée endocol.

- le tissu conjonctif ou tissu de soutien : il est recouvert par les deux épithéliums précédents, qui se rejoignent le long d'une ligne appelée « zone de jonction » ou « zone de transformation ».

Le cancer du col se développe à partir de l'une de ses trois composantes :

- Carcinome épidermoïde (85 %) : se développe à partir de l'exocol. C'est de loin, le plus fréquent des cancers du col utérin.
- Adénocarcinome (15 %) : se développe à partir de l'endocol.
- Sarcome : se développe à partir du tissu conjonctif. Ce type de cancer est très rare. Les cancers dits « in situ » correspondent aux dysplasies du col utérin : seul épithélium de surface est atteint. La membrane basale n'est pas franchie et le tissu conjonctif sous jacent n'est pas envahi. Un carcinome épidermoïde ou un adénocarcinome sont dits invasifs lorsqu'ils franchissent la membrane basale (membrane qui les sépare du tissu conjonctif) et envahissent le tissu conjonctif sous jacent.

**Epidémiologie** : Le cancer du col est la 1<sup>re</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme dans de nombreux pays du tiers monde et représente 20 à 30 % des cancers de la femme dans ces pays contre 4 à 6 % des cancers féminins en Amérique du Nord et Europe. Il représente la seconde cause des cancers féminins dans le monde avec près de 400 000 nouveaux cas annuels et une incidence en faible augmentation. Il est responsable de près de 200 000 décès annuels<sup>1</sup>, dont plus des trois quarts dans les pays du tiers monde. Cette mortalité tend à diminuer. Il a la particularité de toucher la femme relativement jeune, ce qui en fait le cancer responsable de la perte de plus d'années de vie dans le tiers monde<sup>2</sup>. En France, l'incidence standardisée du cancer du col est de 9,5/100 000 en 1990 avec une mortalité de 3,5/100 000 et en 2011, le nombre de nouveaux cas estimés est de 2 810

Le dépistage de masse par frottis cervico-vaginaux permet le diagnostic, et le traitement, des lésions tumorales peu avancées. Il contribue à une diminution de la mortalité de l'ordre de 50 %.

**Les facteurs de risque** : Plusieurs facteurs peuvent favoriser la survenue d'un cancer du col utérin :

- Une infection génitale persistante par un virus appelé Human Papilloma Virus (HPV, condylome), passée souvent inaperçue. La présence du virus HPV est une condition quasi indispensable à l'apparition du cancer du col utérin. Il existe des variétés oncogènes (responsables de cancer) et non oncogènes (non responsables de cancer) de ce virus. Les génotypes 16 et 18 sont responsables de

70 % des cancers du col utérin. Ces virus favorisent la survenue de dysplasies du col utérin qui elles-mêmes sont susceptibles de devenir cancéreuses. La contamination par le virus HPV est favorisée par la précocité des rapports sexuels et par la présence de partenaires sexuels multiples. Des microtraumatismes du col utérin favorisés par de nombreux accouchements (nombre d'accouchements supérieur à 1)

- Le tabagisme Déficit immunitaire : la séropositivité HIV favorise la survenue d'un cancer du col utérin.

**Symptômes** : Les cancers dits « in situ » sont totalement asymptomatiques. Ils sont découverts généralement suite au dépistage habituel par frottis cervico-vaginal. Un cancer « micro invasif » peut également rester asymptomatique. Le cancer invasif du col utérin peut se manifester par :

- métrorragie provoquée, post coïtale (saignement génital survenu après une relation sexuelle)
- métrorragie spontanée (saignement survenant en dehors de la période des règles)
- leucorrhée (écoulement provenant de la filière génitale)
- dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels)
- dans les formes plus avancées, on peut observer des douleurs, une difficulté à uriner ou des faux besoins d'aller à la selle.

**Dépistage** : La prévention du cancer invasif repose sur le dépistage des lésions précancéreuses par la pratique régulière de frottis. Le rythme de ces derniers dépend des recommandations de chaque pays. Aux États-Unis, il est conseillé de faire un frottis tous les deux ans à partir de l'âge de 21 ans, l'intervalle étant allongé à trois ans en cas de trois tests successifs négatifs. Les études cliniques ont démontré l'efficacité du vaccin contre les papillomavirus, pour la prévention du cancer du col. La commercialisation du premier vaccin anti HPV en 2006 est une étape importante dans la lutte contre le carcinome épidermoïde du col de l'utérus. Le carraghénane extrait d'algues rouges est cent fois plus efficace in vitro sur le papillomavirus que le meilleur inhibiteur de ce virus actuellement sur le marché. Son efficacité chez la femme reste cependant à être démontrée.

**Diagnostic** : Le diagnostic d'un cancer du col est porté lors de l'examen histologique d'un fragment du tissu tumoral.

L'examen clinique, le frottis cervico-vaginal et la colposcopie servent au dépistage du cancer du col utérin, mais seul l'examen histologique peut le confirmer avec certitude. L'examen clinique (inspection au spéculum, toucher vaginal et toucher rectal), la colposcopie et l'IRM pelvienne (imagerie par résonance magnétique) permettent également l'évaluation de la taille de la tumeur et donc de son stade. Le diagnostic particulier d'un cancer du col utérin « micro-invasif » ne peut être porté qu'à l'examen histologique d'une pièce opératoire de conisation, incluant la totalité de la lésion.

### **Classification histologique des cancers du col utérin :**

- Carcinome épidermoïde (85%) : - kératinisant - non kératinisant - verruqueux - papillaire transitionnel - de type lympho-épithélial.
- Adénocarcinome (15%) : - mucineux, de type endocervical ou de type intestinal - endométrioïde - à cellules claires - à déviation minimale - papillaire bien différencié - séreux - mésonéphroïde.
- Autres types de carcinomes : - Adéno-squameux - à cellule en verre dépoli - adénoïde kystique - adénoïde de type basai - carcinoïde - à petites cellules - indifférenciés.

**Bilan d'extension :** Comme pour les autres cancers, le bilan du cancer du col utérin comporte un bilan d'extension. Il s'agit d'effectuer un bilan de départ de l'extension de maladie, afin d'adapter au mieux la stratégie du traitement et de la surveillance. Le bilan d'extension permet d'évaluer la taille de la tumeur et son stade. L'extension du cancer du col est principalement locorégionale et lymphatique.

Elle se fait de proche en proche, vers le vagin, la vessie, le rectum, les uretères. L'extension lymphatique se fait vers les ganglions pelviens. L'extension à distance est plus tardive et fait essentiellement vers le foie et les poumons. Ce bilan comporte habituellement :

- 1) Toucher vaginal et toucher rectal : ils permettent d'évaluer l'évolution locale du cancer, vers le vagin, le rectum et les paramètres
- 2) Une IRM (imagerie par résonance magnétique) pelvienne
- 3) Une radiographie pulmonaire
- 4) Une échographie abdomino-pelvienne
- 5) Des marqueurs tumoraux : SCC (Squamous Cell Carcinoma antigen) pour le cancer épidermoïde et CA 125 pour l'adénocarcinome



6) Cystoscopie et rectoscopie en cas de suspicion d'atteinte vésicale ou rectale.

**Traitements :** Le traitement du cancer du col utérin est un traitement multidisciplinaire. Il repose souvent sur une stratégie associant plusieurs traitements :

- La chirurgie
- La radiothérapie
- La chimiothérapie.

Cette stratégie est décidée en fonction du stade initial de la tumeur, de l'âge de la patiente, de son état général, de son désir de conserver la fertilité, du bilan d'extension de la maladie et des facteurs histo-pronostiques de la tumeur (taille, type histologique, extension ganglionnaire, extension métastatique, ...). La décision des modalités du traitement est une décision collégiale multidisciplinaire, associant plusieurs spécialistes. Ainsi sont décidées la séquence thérapeutique (chirurgie ou radio chimiothérapie premières) et les protocoles thérapeutiques (produits, doses, durée du traitement).

## **VI. Conduite à tenir:**

3-1- Bilan préopératoire.

a-Examen clinique : Il permet d'apprécier le volume utérin et sa mobilité :

**Le volume utérin** peut être apprécié par le palper abdominal associé au TV pour permettre une estimation du poids utérin. L'épaisseur de la paroi abdominale, la pusillanimité de la patiente ou la douleur sont autant de difficultés surajoutées. L'imagerie est une solution à envisager .

**La mobilité utérine** : il s'agit d'un test qui peut être effectué au cabinet, ou mieux au bloc opératoire. Il y a eu souvent une discordance entre les constatations au cabinet et au bloc opératoire sous anesthésie. Une main abdominale pousse l'utérus vers le bas, un toucher vaginal associé recherche si l'utérus est mobilisable vers le bas. Si l'utérus n'est pas mobilisable, la laparotomie est préférable.

b- Bilan paraclinique : L'échographie abdominale et vaginale en consultation sont une aide précieuse à la décision. Plus rarement, le scanner ou mieux l'IRM

vont être utiles pour préciser la nature des lésions (fibrome ou adénomyose) ou vont exclure la malignité (fibrome ou sarcome ou lésion ovarienne suspecte).

3- 2- Technique opératoire.

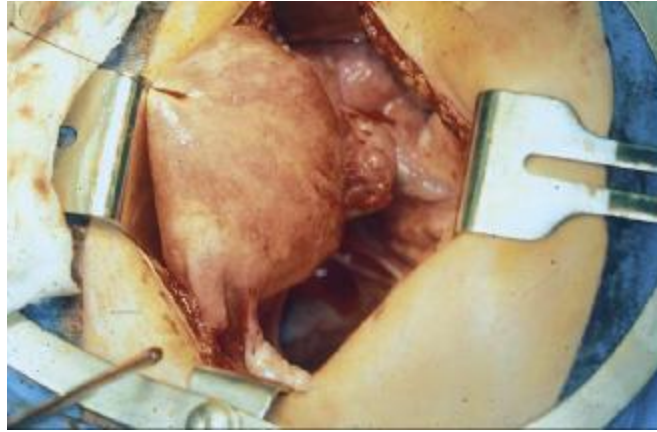
- Compte rendu opératoire :

Type de description : [hystérectomie totale abdominale sans conservation annexielle] : l'incision de référence est transversale basse, d'étendue adaptée au volume utérin, le pelvis est ainsi ouvert et accessible, il convient d'analyser les lésions macroscopiques, de libérer des adhérences peri-annexielles, de repérer par transparence les uretères à leur croisement avec l'artère iliaque.

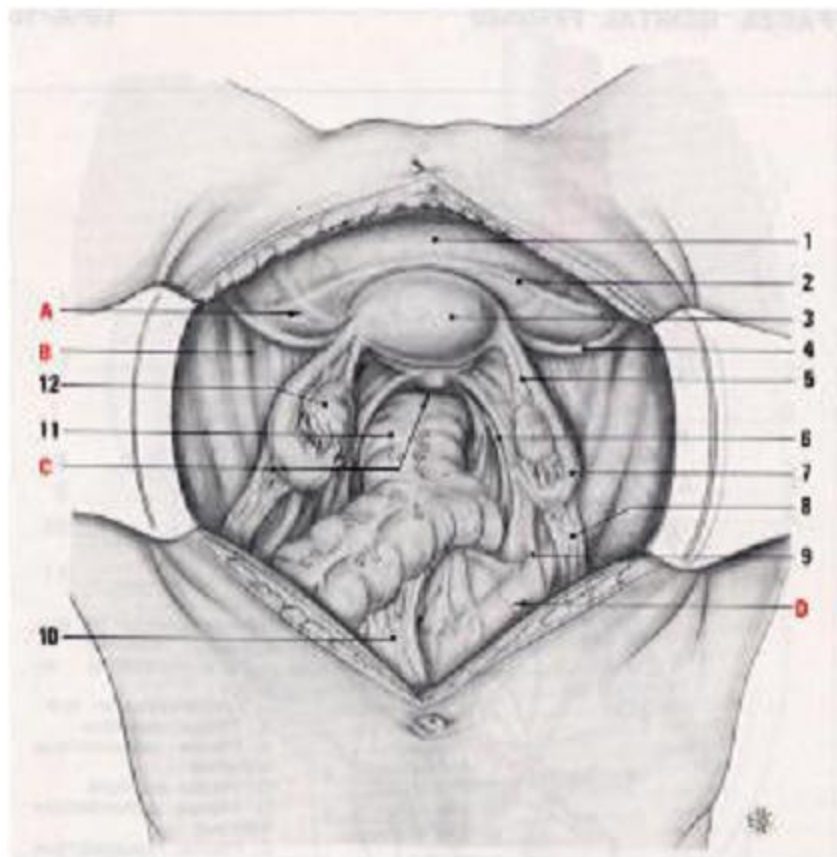
Trois temps distincts d'hémostase se succèdent d'un côté puis de l'autre :

- ❖ Ligature section des ligaments lombo-ovariens : on repère la transparence du double feuillet péritonéal entre les vaisseaux lomboovariens et les vaisseaux iliaques, c'est dans cette zone que doit se placer les deux pinces, une pariétale et une viscérale.
- ❖ Ligature section des ligaments ronds : l'hémostase pariétale est assurée par la pose d'une pince suivie de section et de ligature ou par un aiguillage direct avant section. La section des pédicules supérieurs permet l'ouverture du ligament large et ensuite la séparation de la vessie.
- ❖ Hémostase des vaisseaux utérins : le point de repère est l'isthme, la direction à suivre pour clamber les vaisseaux est l'axe perpendiculaire à l'axe utérin. Le col utérin reste fixé par les culs de sacs vaginaux, par la partie supérieure des ligaments utero sacrés, ces derniers peuvent être séparément pincés, pincés avec les paracervix ou coupés sans ligature. Il reste à inciser le fascia pericervical en circonscrivant le col pour atteindre le point de section du vagin, l'intervention se termine classiquement par la fermeture vaginale.

**La technique opératoire en images :**



L'utérus est exposé par une incision abdominale



**Organes génitaux internes féminins, vue opératoire abdominale**

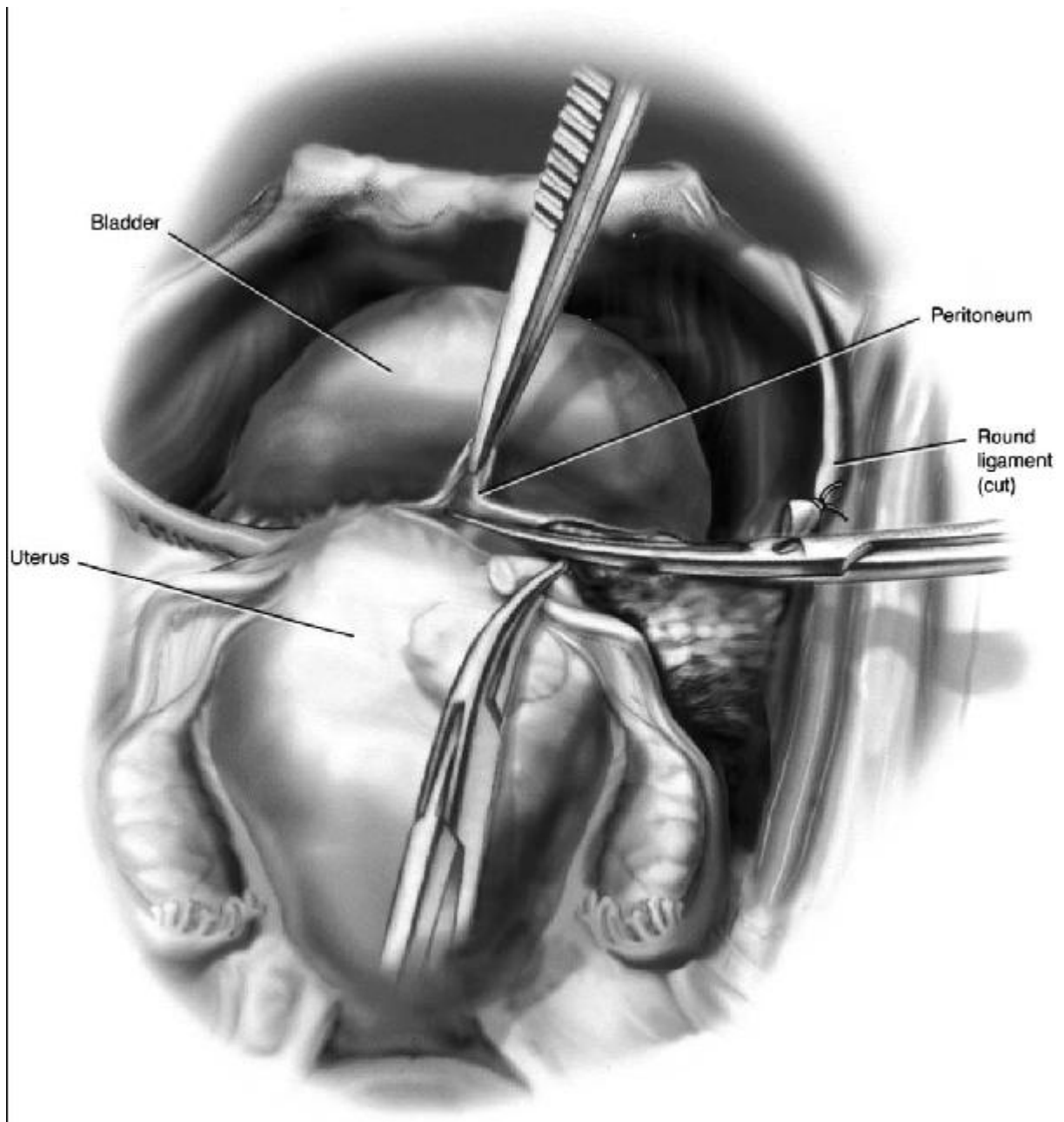
A- Fosse paravésicale .

B- Fosse préovarique.

C- Cul de sac recto-utérin (de Douglas)

D- Vaisseaux iliaques communs.

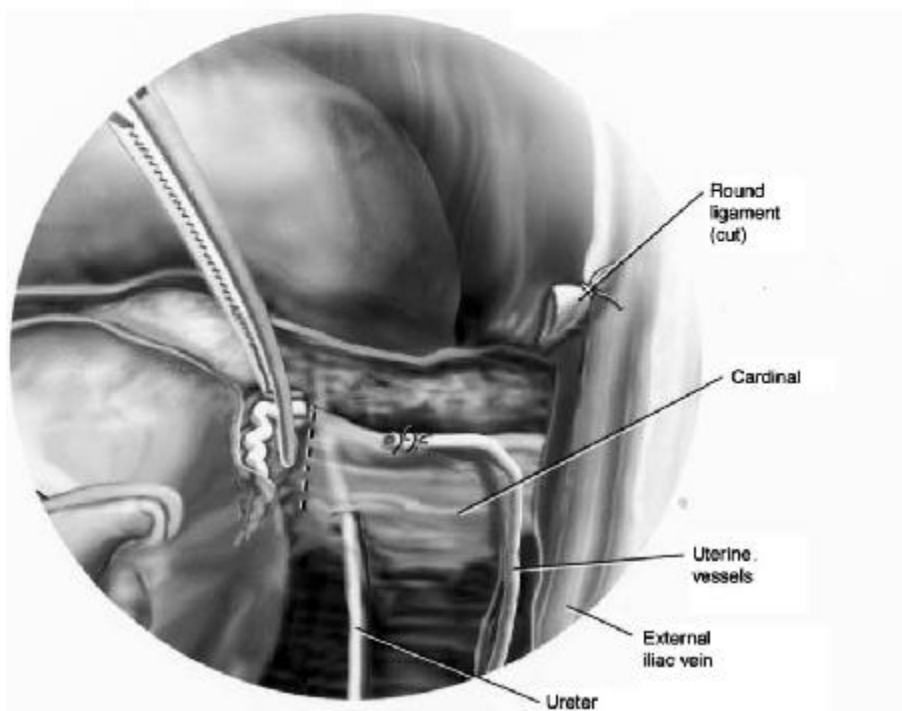
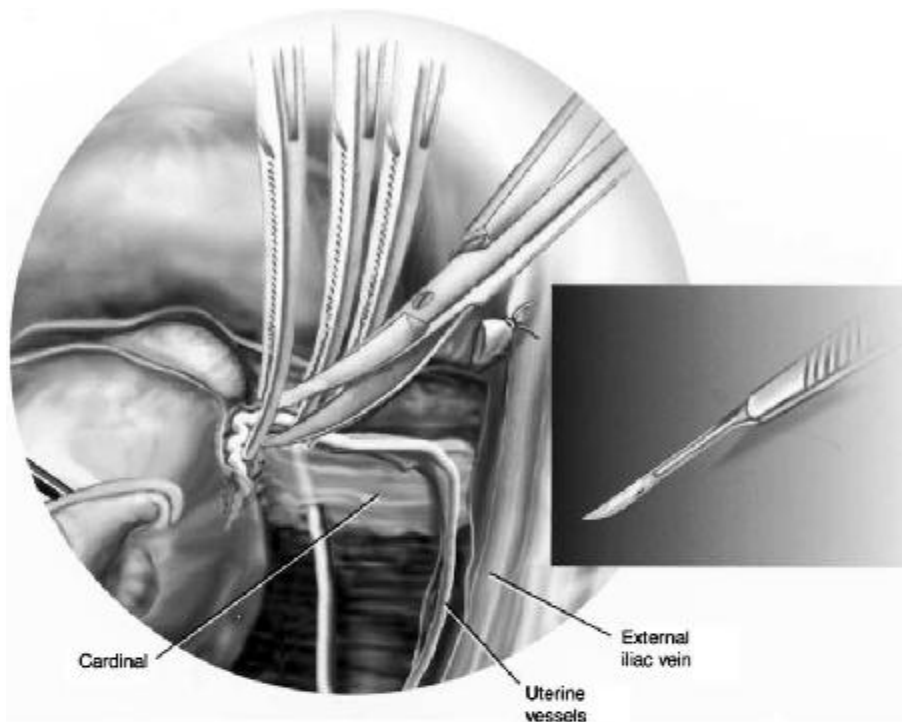
- 1-Vessie.
- 2-Pli vésical transverse.
- 3-Utérus.
- 4- Ligament rond.
- 5-Ligament propre de l'ovaire.
- 6- Ligament utérosacral.
- 7-Trompe utérine.
- 8- Ligament suspenseur de l'ovaire.
- 9-Urètre.
- 10- Mésosigmoïde.
- 11-Rectum.
- 12- Ovaire.



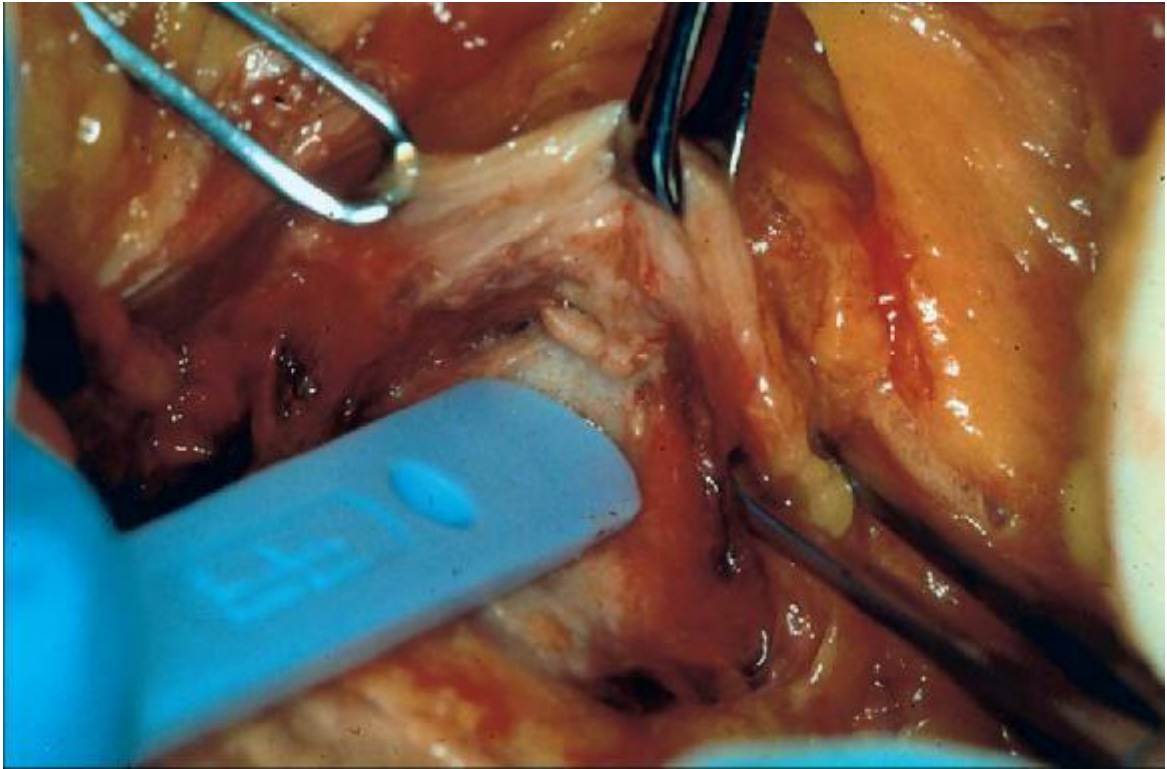
L'hystérectomie abdominale est commencée par clampage, section et ligature des ligaments ronds ; incision du feuillet antérieur du péritoine du ligament large et péritoine vésico-utérin permettant ainsi l'accès à l'espace vesico-utérin

A–Séparation de la vessie par refoulement aux ciseaux ou aux compresses. Si les ovaires seront enlevés, les ligaments de l'infundibulopelvic sont disséqués et séparés de l'uretère

B– Section des ligaments utéroovariens et des trompes .

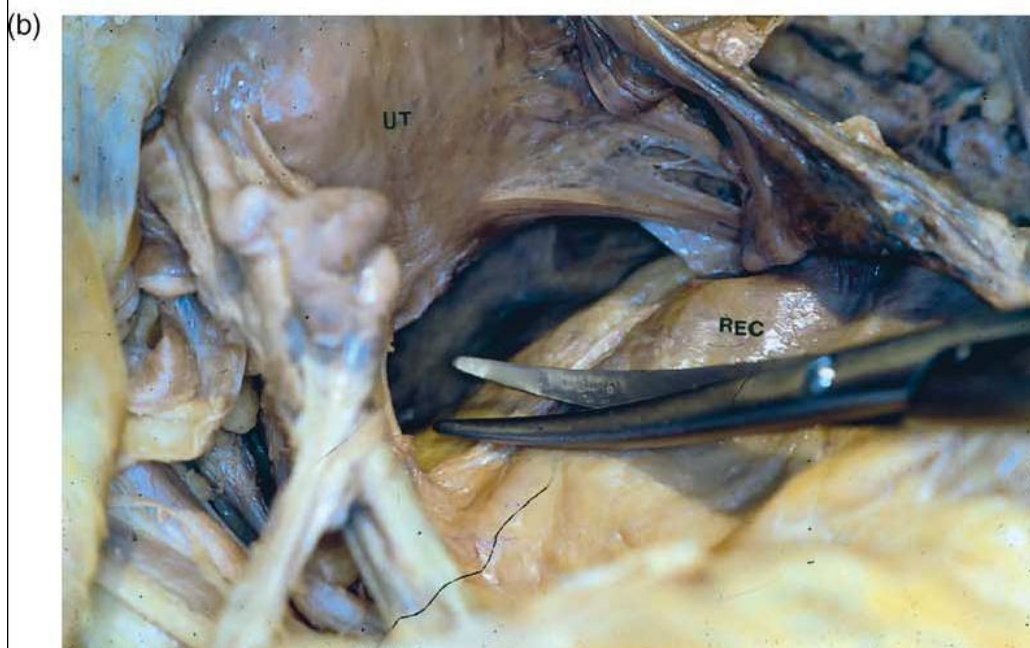
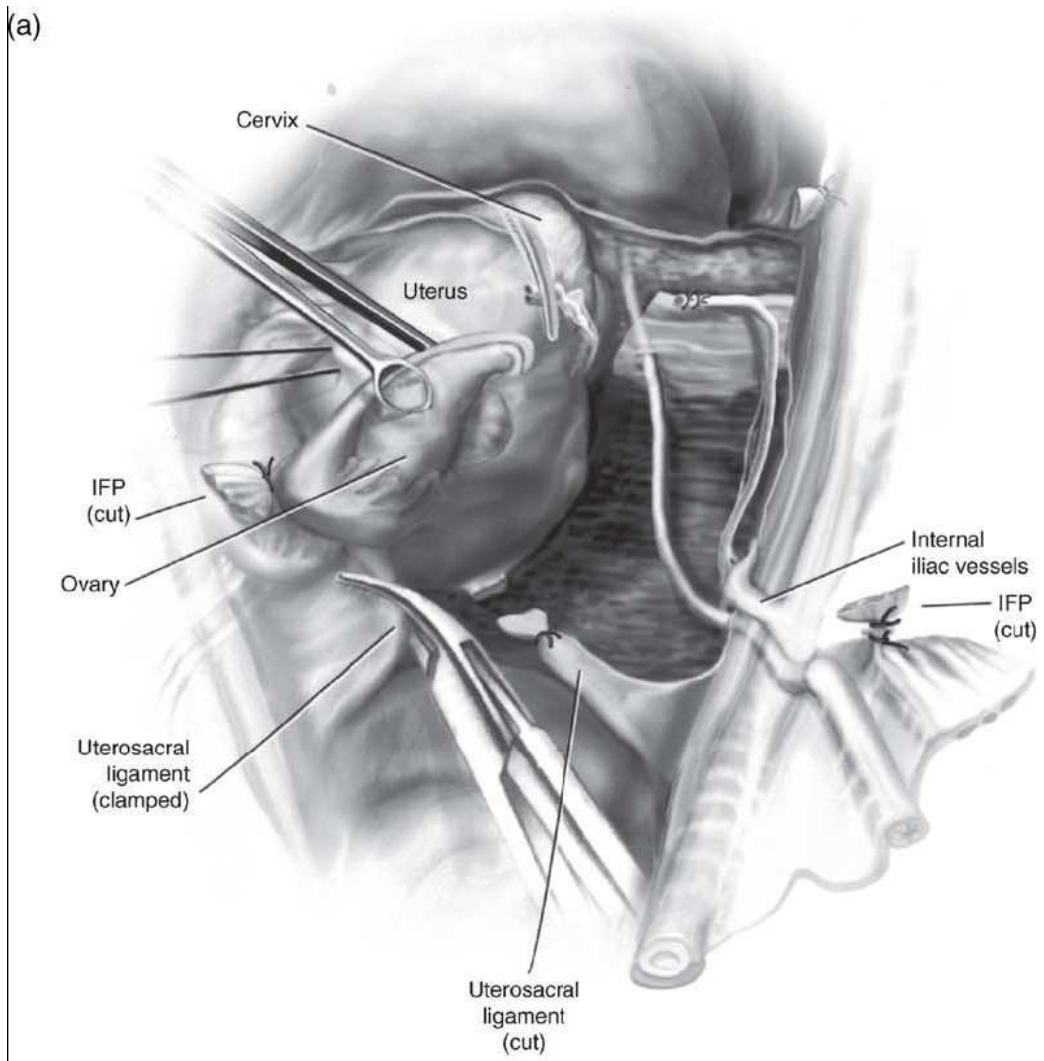


Hémostase des vaisseaux utérins réalisée par ligature- section et suture



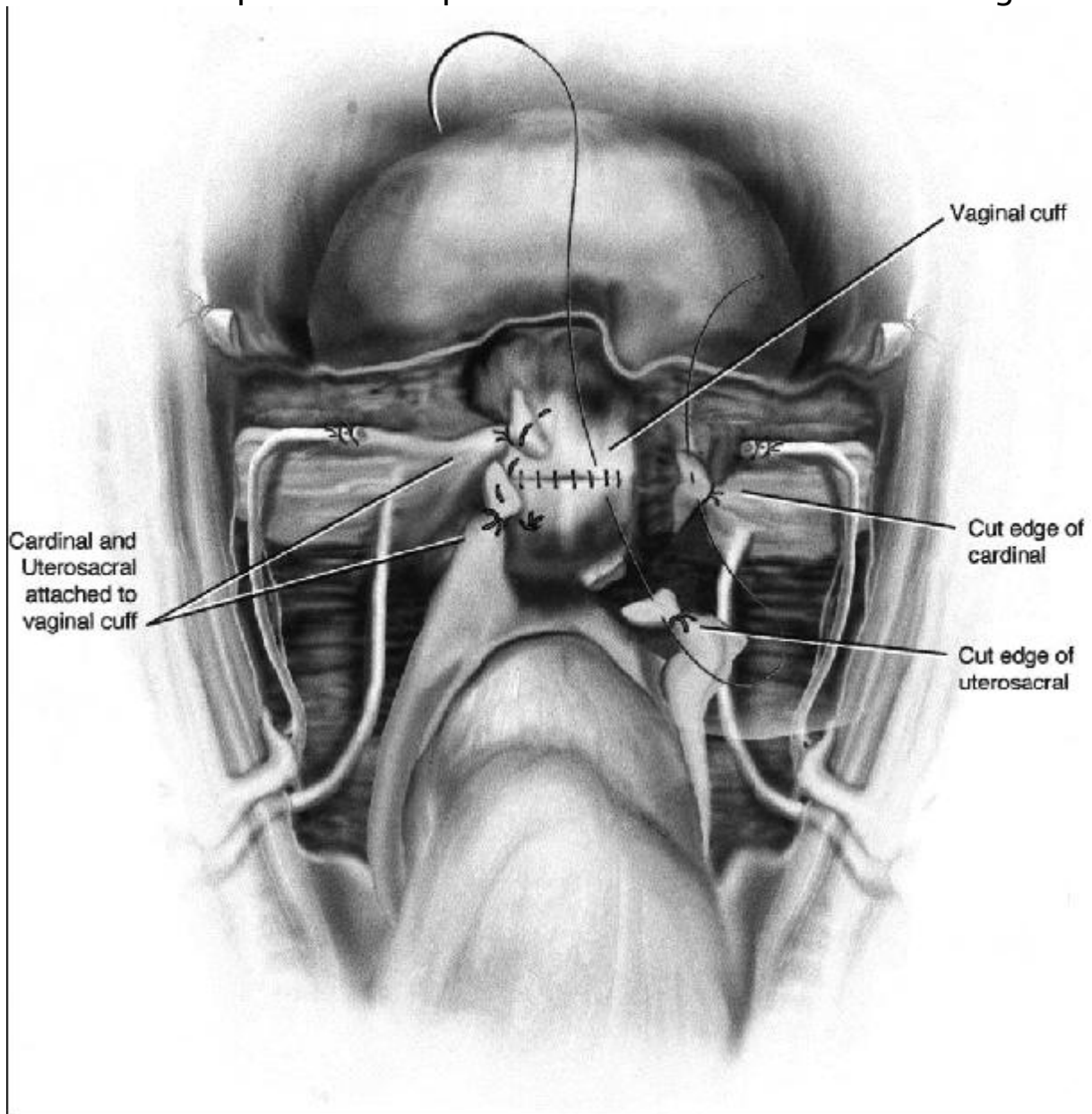
Incision du fascia péricervical en circonscrivant le col pour atteindre le point de section du vagin.





a- Ligature section des ligaments utero -sacrés.

b- Incision du péritoine en postérieur entre le rectum et le vagin



Après l'extraction de l'utérus, fermeture vaginale. Les extrémités des ligaments coupés sont suturées au vagin pour le suspendre

## **VII-COMPLICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE :**

### **1-Complications per-opératoires :**

les complications peropératoires les plus fréquentes des hystérectomies sont :

-**les complications hémorragiques** :avec environ 4,7 % de saignements jugés excessifs .

Le risque d'hémorragie per –opératoire pour Harris(1995) varie entre 0,2% et 3,7% pour la voie abdominale chose

La transfusion per-opératoire était estimée par Dicker et al (1982) à 15, 4% pour la voie abdominale .

-**les plaies d'organes** : dont le taux de survenu dans la littérature est de l'ordre de 1 ,7% et 5,1% pour la voie abdominale et vaginale respectivement, avec une fréquence plus élevée des plaies vésicales estimée à environ 0,6 % des cas dans la littérature [62] et estimée par Dicker et al à un taux variable entre 1% et 2% pour la voie abdominale .

La prévention de ces lésions est importante, associant : une vidange vésicale (sondage évacuateur pour la voie vaginale et sondage à demeure pour les autres voies).

Tostain insiste sur l'importance de la suture immédiate de la plaie et donc sur sa reconnaissance, au besoin par un test au bleu de méthylène (on utilise une sonde urinaire à usage unique si la patiente n'est pas sondée, ou bien la sonde à demeure, sur laquelle on a un vésirig, dans lequel on injecte préalablement une ampoule de bleu de méthylène), afin d'éviter les complications à type de fistule urogénitale .

En ce qui concerne les plaies digestives, les séries de la littérature en comptent 0,1 % Ce taux élevé de la littérature est du au fait que l'indication d'une voie abdominale se fait essentiellement chez des patientes ayant des antécédents de chirurgie pelvienne (promontofixation), des antécédents d'endométriose sévère (nodule

de la cloison rectovaginale) ou un volume utérin excessif pour une autre voie.

Ceci explique les difficultés que nous pouvons rencontrer lors de la dissection, en particulier sur le plan digestif chez ces patientes à risque. Il est donc important de réaliser une préparation colique préopératoire, afin de traiter les plaies dans le même temps et par la même voie d'abord, leur diagnostic ayant été fait par un contrôle de l'intégrité du tube digestif en fin d'intervention et par un test aux bulles au moindre doute. Ce dernier s'effectue lors des voies : abdominale ou coelioscopique, après mise en place de sérum physiologique dans la cavité péritonéale, par insufflation d'air dans l'anus par l'intermédiaire d'une sonde de Foley n° 22 ; l'apparition de bulles dans la cavité péritonéale, confirme alors l'existence de la plaie.

Les plaies urétérales sont rares (0,04 %) dans la littérature [62

Il est nécessaire de prévenir ces lésions en tenant compte des antécédents de

la patiente, en disséquant et en repérant les uretères avant toutes difficultés par voie haute, ou en les écartant et en les protégeant par une valve antérieure, par voie vaginale .

## **2-Les complications postopératoires:**

Les complications postopératoires sont dominées par :

**-les complications infectieuses** :qui sont divisées en :

· Infection de la paroi abdominale :qui est la complication la plus fréquente et qui varie dans la littérature entre 14% et 42% selon Dicker et al .

**-Hyperthermie post-opératoire** : qui était définie par Gribaldi et al (1985) comme une température supérieure ou égale à 38° sans signes cliniques d'infection.

Dicker et al (1982) rapportent que 16 ,8% de femmes subissant une hystérectomie abdominale font une hyperthermie postopératoire de cause inconnue, une fréquence qui demeure très élevée en comparaison avec notre travail(1,26%).

- **Les infections urinaires** : étaient observées certaines patientes, elles ont reçu une antibiothérapie à base de fluoroquinolones avec une bonne amélioration clinique et stérilisation de l'ECBU globalement conforme aux données de la littérature (Dicker et al) dont la fréquence des infections urinaires dans la voie abdominale varie en 1,1% et 5%.

-**Les occlusions intestinales** : sont rares et compliquent le plus souvent les hystérectomies abdominales avec une fréquence de 1 à 2 % selon les auteurs.

Pour Dicker et al l'iléus paralytique était rencontré dans 2,2% d'hystérectomies.

-**les complications hémorragiques secondaires** : Amirikia et Evans et Dargent et Rudigoz trouvent plus d'hémorragies par voie vaginale que par voie abdominale : respectivement 2,6 % contre 0,9 La prévention tient ici une place importante, visant à diminuer l'incidence des

complications, qu'elles soient per- ou postopératoires. Elle passe en premier lieu par le bon choix de la voie abord qui repose sur la parité de la patiente, l'existence d'antécédents de chirurgie pelvienne, de césarienne ou d'endométriose et le volume utérin. Ensuite, on préviendra les complications hémorragiques, en assurant l'hémostase des pédicules utérins et annexiels (en doublant au besoin les ligatures), en contrôlant la tranche vaginale et en n'hésitant pas à changer de voie d'abord si cela est nécessaire. Enfin, les plaies d'organes seront prévenues par l'appréciation des antécédents des patientes (préparation colique durant 48 heures en plus du 75 lavement évacuateur pour les antécédents de chirurgie pelvienne ou d'endométriose sévère) et par différentes mesures propres à chaque organe. Autre complications à citer :

-**L'hématome de la paroi abdominale** :

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

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

Il est traité par des soins locaux, parfois par un drainage chirurgical. Elle est généralement sans gravité et traitée par antibiotiques.

**- 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.

**- Troubles de la statique pelvienne**

La fréquence estimée du prolapsus de la voûte vaginale après hystérectomie se situe entre 0,2 et

3-Les complications à distance :

Les complications à distance en relation notamment avec la ménopause

brutale en cas d'annexectomie associée, ne sont pas analysables vu le manque d'informations concernant le suivi des patientes.

La plupart des troubles tardifs seraient liés à l'âge, aux modifications hormonales voire aux éléments de la vie, plus qu'à l'influence perverse d'une intervention qui était devenue indispensable .

**Autres risques :**

- **Laparo conversion** : Il s'agit de la modification de la voie d'abord prévue initialement avec l'ouverture de l'abdomen. Le chirurgien « laparo converti » lorsqu'il existe une difficulté opératoire ou lorsqu'il constate des éléments non prévus initialement ;
- Exceptionnellement, séquelles graves ou risque vital ;
- Risques liés à l'anesthésie et aux produits d'anesthésie.

**VII. Hystérectomie et la ménopause :**

**1\_ Si la patiente n'est pas ménopausée avant l'intervention :**

Les principales manifestations après une hystérectomie sont l'absence de règles et de possibilité de grossesse. Cela ne signifie pas que la patiente sera nécessairement ménopausée. Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persiste jusqu'à la ménopause naturelle. Il n'y aie plus souvent ni bouffées de chaleur ni autre manifestation de ménopause après l'intervention.

Si les ovaires sont retirés, l'intervention entraîne la ménopause et la patiente pourra avoir alors des manifestations telles que des bouffées de chaleur. dans ce cas, il faut discuter les différentes possibilités thérapeutiques.

**2- Si la patiente est déjà ménopausée avant l'intervention :**

Il n'y aura pas de modification particulière.

**3- Dans tous les cas :**

L'hystérectomie ne modifie pas la possibilité ni la qualité des rapports sexuels. Mais des effets psychologiques peuvent survenir liés à l'intervention chirurgicale

**VIII. Conséquences fonctionnelles et psychosexuelles de l'hystérectomie :**

Les complications de l'hystérectomie peuvent être la conséquence directe de modifications anatomiques ou organiques liées à la chirurgie. Pour celles-là, le chirurgien est compétent. C'est bien différent si ces symptômes, en particulier les douleurs ou les troubles de la sexualité, ont été sous-évalués en préopératoire, et persistent après l'intervention.

**-Altération végétative :**

La lésion chirurgicale de l'innervation végétative s'effectue à divers niveaux :

- le plexus utérovaginal (ancien ganglion de Frankenhauser), composé de ganglions paracervicaux, et de rameaux terminaux. Les rameaux utérins, longeant l'artère utérine et s'anastomosent avec le plexus ovarien homolatéral, innervent l'utérus et la partie médiale de la trompe. Les rameaux cervico-isthmiques qui pénètrent la face postérieure de l'isthme. Les rameaux vaginaux longent les artères vaginales, ils innervent le vagin, l'urètre les glandes et les bulbes

vestibulaires et donnent les nerfs caverneux du clitoris; - le plexus vésical, destiné à la vessie et l'urètre ;

- le plexus rectal moyen qui accompagne l'artère rectale moyenne. Ces trois principaux plexus proviennent du même plexus hypogastrique inférieur. Il s'agit d'une lame réticulée qui chemine dans la partie latérale du ligament utérosacré, tendu de S2-S3, le long du bord latéral du rectum, au col utérin et au fornix vaginal postérieur; elle se répand dans les parois vaginales latérales, les ligaments cardinaux (paramètre et paracervix) et la base des ligaments larges.

- Du point de vue théorique, l'ablation chirurgicale des ligaments utérosacrés, du col va entraîner la perte d'une grande partie du plexus hypogastrique inférieur et entraîner des dysfonctions au niveau des organes qu'il innerve (2). Butler (3) a étudié le contenu en fibres nerveuses et ganglions des ligaments utérosacrés et cardinaux de femmes subissant soit une hystérectomie radicale soit une hystérectomie simple; ses données confirment que l'hystérectomie élargie lèse plus les fibres nerveuses que l'hystérectomie simple, mais suggèrent que la destruction limitée au tissu utérosacré situé à proximité du col ne serait probablement ni assez latérale ni assez profonde pour engendrer les dégâts d'une hystérectomie élargie.

### **-Altération somatique**

L'innervation somatique provient des plexus lombaires, sacrés et honteux.

Le plexus lombaire donne :

- Les nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal. Ils présentent un trajet curviligne dans la paroi abdominale, dont les branches terminales peuvent être lésées au cours des incisions de Pfannenstiel (notamment l'incision ou la suture de l'aponévrose du muscle transverse), donnant lieu à des hypoesthésies ou des névralgies (4-6) ;

- Le nerf génito-fémoral se porte en bas et en dedans à l'intérieur du psoas, perfore la couche antéro-interne du muscle et chemine sous le fascia iliaque. Les lésions affectant ce nerf sont rares, le plus



souvent secondaires à un hématome du psoas et donnent des hypoesthésies ou des névralgies des territoires innervés

- Le nerf fémoro-cutané latéral se dirige en bas et en dehors jusqu'au bord latéral du psoas au niveau de la crête iliaque, il chemine ensuite sur le muscle iliaque. Il donne des branches innervant le fascia lata et la région antéro-latérale de la cuisse ainsi que des rameaux péritonéaux de la fosse iliaque. Son atteinte se manifeste par des paresthésies au niveau de la couture du pantalon parfois aggravées à la marche, il peut être lésé lors d'une hystérectomie si les écarteurs sont trop latéraux (7, 8) ;

- le nerf fémoral chemine latéralement entre les deux plans du psoas, se dirige en avant sous le fascia iliaque puis passe dans la lacune musculaire, sous le ligament inguinal, à l'extérieur de la bandelette ilio-pectinée et se termine dans le triangle fémoral sous le fascia criblé. Il innerve les fléchisseurs de la cuisse la face antérieure de la cuisse et supéro-médiale de la jambe. Le nerf fémoral peut être lésé par une hystérectomie vaginale (9, 10) ou abdominale (11-13), donnant lieu à une hypoesthésie des territoires innervés associée à une limitation de flexion de la cuisse et de l'extension de la jambe sur la cuisse;

- le nerf obturateur traverse la fosse ilio-lombaire se dirige en bas et en avant, sur le muscle obturateur interne, en regard de la fossette ovarienne, avant de s'engager dans le foramen obturé et de se diviser en deux branches terminales. Il est responsable de la sensibilité de la face supéro interne de la cuisse et de l'adduction de la cuisse, son atteinte lors d'une intervention provoque une hypoesthésie et/ou une névralgie associées ou non à des troubles moteurs (14, 15).

Le plexus sacré donne les nerfs glutéaux, les nerfs des muscles piriforme, carré fémoral, obturateur interne et le nerf cutané postérieur de la cuisse. La majeure partie des rameaux ventraux de

S1-S2-S3 fusionne avec le tronc lombosacré pour former le nerf sciatique :

- le nerf cutané postérieur de la cuisse est une collatérale du plexus sacré. Il donne trois branches collatérales qui participent à l'innervation des grandes lèvres, de la région sacrée et de la partie inféro-latérale de la fesse .
- le nerf sciatique sort du petit bassin par le foramen infrapiriforme en dehors du nerf pudendal. L'atteinte de ce nerf peut survenir au décours d'une hystérectomie (16, 17), du fait d'une malposition de la patiente, elle se traduit par des algies sur tout le trajet du nerf, une hypoesthésie et des troubles moteurs portant sur les territoires innervés par les deux branches terminales.

Le plexus pudendal (ou honteux) est formé par des nerfs spinaux de S2-S3-S4. Il donne les nerfs de l'élévateur de l'anus, du muscle coccygien, rectal supérieur, perforant cutané et des nerfs viscéraux apportant le contingent sympathique au ganglion hypogastrique. Il se termine par le nerf pudendal.

Le nerf pudendal ou nerf honteux interne constitue la branche terminale du plexus honteux. C'est un nerf mixte étudié par Shafik . Il est formé de trois racines détachées des 2e, 3e et 4e racines sacrées. Ce nerf est responsable sur le plan moteur de la tonicité de la sangle puborectale et du sphincter urétral et anal ainsi que de l'activité des muscles transverses, ischiocaverneux, bulbocaverneux et constricteurs de la vulve. Sur le plan sensitif, il véhicule la sensibilité des deux tiers postérieurs des grandes lèvres, des petites lèvres, le clitoris, le bulbe et l'orifice vaginal ainsi que la sensibilité périnéale et périanale.

À tous les niveaux, ce nerf peut être lésé par étirement, compression ou inflammation, donnant lieu à des névralgies dans les territoires de distribution, pouvant être reproduites par le toucher au niveau du trajet du nerf et souvent aggravées par la position assise. Ces troubles sensitifs peuvent être associés à des troubles sphinctériens.

Le rôle de l'hystérectomie dans la genèse des névralgies pudendales est difficile à établir. Certains auteurs notent des altérations électro physiologiques régressives après hystérectomie radicale, cependant l'hypothèse selon laquelle elle se comporterait comme un facteur de décompensation d'une atteinte préexistante ne peut être éliminée .

### **-SEXUALITÉ APRÈS HYSTÉRECTOMIE :**

La majorité des études s'intéresse à l'effet de l'hystérectomie sur la vie sexuelle des patientes, plusieurs études nous permettent de penser qu'il existe un effet nul voire positif de cette intervention. Cependant nous pouvons observer qu'il existe de réelles différences suivant les voies d'abord chirurgicales, l'état psychologique préopératoire, l'attente des patientes.

### **-Voies d'abord :**

Il est difficile d'évaluer l'importance des différentes voies d'abord utilisées lors de l'hystérectomie sur l'activité sexuelle postopératoire après un facteur aussi important que l'ablation de l'utérus. Certaines études ne montrent pas de différence entre l'hystérectomie pratiquée par voie haute (totale et subtotale), par voie vaginale , et par voie coelioscopique .

Cependant Ayoubi et al. notent une reprise des rapports plus longue lorsque l'hystérectomie était pratiquée par voie haute, la diminution des dyspareunies est significative pour la voie vaginale et coelioscopique. Il existerait une meilleure relation dans le couple et une meilleure estime de soi après une intervention réalisée par voie coelioscopique. La détérioration sexuelle semble plus importante pour les hystérectomies pratiquées par voie haute.

Cosson et al. ont évalué les séquelles à long terme de l'hystérectomie vaginale inter annexielle en comparant rétrospectivement un groupe contrôle de femmes opérées d'une cholécystectomie coelioscopique, du point de vue sexuel il n'a pas été montré de différence significative qualitative et quantitative

entre les deux populations, hormis la satisfaction du partenaire, plus élevée dans le groupe hystérectomie. D'une façon plus générale pour les auteurs l'âge conditionne les signes fonctionnels postopératoires.

Sauf cas exceptionnel, les indications de voies d'abord ne sont pas posées en fonction de l'activité sexuelle des patientes, mais plutôt sur une indication organique introduisant un facteur confondant non négligeable entre le type de voies d'abord et la fonction sexuelle postopératoire.

### **Types d'hystérectomies**

La réelle question est de savoir s'il faut réaliser ou non une hystérectomie subtotale, seuls Kilku et al. trouvent une différence significative sur l'orgasme postopératoire en faveur de la conservation cervicale. L'auteur avance plusieurs raisons, l'absence de cicatrice vaginale qui est en faveur du respect de l'anatomie, de plus l'innervation végétative cervicale par les plexus de Franckenhäuser serait respectée. Cependant, l'auteur admet que la réaction psychologique subconsciente peut jouer un rôle. Même en cas de conservation cervicale le facteur prédominant reste la qualité de la relation avec le partenaire pour Helstrom qui montre que les résultats concernant l'activité sexuelle s'effondrent de 61 à 17 % suivant la qualité de la relation.

La réalisation d'une ovariectomie bilatérale dans le même temps opératoire est responsable d'une chute des taux d'œstrogènes et d'androgènes, cependant les résultats publiés sont contradictoires concernant les effets sur la sexualité postopératoire. Khastgir et Studd suggèrent que l'annexectomie bilatérale détériorerait le pronostic sexuel des patientes en regard de leurs âges, la supplémentation hormonale est une attitude de routine dans leur étude. Kilku et al. retrouvent un risque de baisse de la libido (RR =

1,9; IC = 1,3-2,8) et de diminution de la fréquence des orgasmes (RR = 2,0; IC = 1,4-2,8) associées à l'ovariectomie. Ces résultats sont pondérés par les effets connus de la carence hormonale chez les patientes ménopausées.

## État psychologique

L'absence d'utérus peut être vécue sur le plan sexuel de manière organique et/ou symbolique

La fonction organique est détaillée par les recherches de Masters et Johnson montrant la présence de contractions utérines ressenties au moment de l'orgasme, mais qui peuvent être perçues par les femmes hystérectomisées (organe fantôme).

À l'inverse, les effets de l'ablation de l'utérus peuvent être rapidement bénéfiques pour les patientes contraintes à la rareté des rapports ou à l'abstinence du fait d'une contraception difficile, de troubles hémorragiques majeurs ou de douleurs invalidantes dans ces situations où l'indication chirurgicale est consensuelle les changements dus à l'intervention ont pu être appréciés par une étude prospective de Rhodes et al:

1 101 patientes ayant entre trente-cinq et quarante-neuf ans ont été interrogées avant l'intervention et un an après. Cet auteur retrouve une augmentation de l'activité sexuelle passant de 70,5 % à 76,6 % à un an, il existe de plus une amélioration de la qualité des rapports avec une diminution des dyspareunies (18,6 % à 3,6 %), une diminution de l'anorgasmie (7,6 % à 4,9 %) et également une diminution du nombre de femmes souffrant d'une baisse de la libido (10,4 à 6,2 %).

Les conséquences de l'hystérectomie sont tout autres dans un contexte de pathologie fonctionnelle. La situation la plus fréquente est celle d'une hystérectomie réalisée pour « algies pelviennes » mal évaluées qui a tous les risques d'aggraver l'état initial .

Les algies pelviennes chroniques sont souvent rattachées au cadre nosographique des douleurs psychosomatiques et des troubles dits « fonctionnels ». Il s'agit de douleurs non explicables par une anomalie anatomique et/ou physiologique, et dans laquelle, le choix de l'organe et le symptôme aurait une signification symbolique.

Dans les classifications internationales (DSMIV et CIM 10), ces douleurs entrent dans le cadre des troubles douloureux somatoformes (tableau 1), et ne doivent pas être confondues avec les troubles de somatisation et les troubles dissociatifs (hystérie de conversion).

Lors de l'interrogatoire des patientes présentant des algies pelviennes chroniques, il faut systématiquement rechercher deux éléments très fréquemment associés cités par Dellenbach qui sont:

- des antécédents de traumatismes sexuels;
- des difficultés ou des violences conjugales,

Ces antécédents peuvent représenter des facteurs de vulnérabilité, des facteurs déclenchants ou des facteurs d'entretien suivant les circonstances qu'il est nécessaire de prendre en compte en tant que tel dans la prise en charge.

Quel que soit le tableau clinique, le fonctionnement reste schématiquement celui d'un sentiment de culpabilité, menant à des conduites d'évitement, pouvant elles-mêmes participer au développement d'un véritable trouble anxieux, tous ces mécanismes participent à un phénomène de maintien des algies pelviennes chroniques.

Peu de travaux se sont intéressés à la prise en charge thérapeutique de ces patientes mais ils montrent qu'une amélioration significative des patientes est possible lorsqu'une approche multi dimensionnelle leur est proposée (35, 36).

### **-Facteurs prédictifs :**

La présence d'une dysménorrhée et la fréquence des rapports préopératoires sont des facteurs prédictifs d'une relation sexuelle postopératoire de bonne qualité .

L'indication opératoire indiscutable pour lésion organique semble prédominer parmi les facteurs de bon pronostic, cela est confirmé par un essai randomisé réalisé par Alexander et al. qui ne retrouve pas de différence significative sur l'activité sexuelle postopératoire en comparant l'hystérectomie et la résection endométriale dans le cadre d'hémorragies fonctionnelles. Cette notion est confirmée par Hurskainen en comparant de façon prospective l'hystérectomie au dispositif intra-utérin de lévonorgestrel dans les ménorragies sévères.

Sur le plan psychologique le travail de Donoghue et al. montre que sur un cohorte de 60 patientes hystérectomisées, 34 % présentaient une dépression et 29 % un trouble anxieux en préopératoire. La prévalence de la dépression chute en postopératoire à 8 % quand le niveau des troubles anxieux reste stable (22 %).

Les principaux facteurs de risque d'émotions négatives en postopératoire mis en évidence sont une dépression intense en préopératoire, ainsi que des inquiétudes importantes concernant l'intervention en elle-même. Le reste de la littérature à ce propos relève le même type de résultats.

Graesslin confirme que les conséquences de l'hystérectomie sont limitées, mais insiste sur la prise en charge pré- et postopératoire des patientes.

L'entente sexuelle préopératoire semble être le facteur le plus important, le partenaire sexuel par son intégration émotionnelle, son adaptation aux conséquences de l'hystérectomie, ses capacités physiques et mentales joue un rôle déterminant.

## **IX. Les avantages d'une hystérectomie :**

Les avantages sont d'autant plus importants que la souffrance initiale est importante.

- Arrêt total et définitif des hémorragies provenant de l'utérus

- Diminution voire disparition des douleurs pelviennes pendant les règles, pendant les rapports sexuels ou spontanées
- Guérison d'un cancer utérin ou amélioration de l'espérance de vie
- Diminution voire disparition des symptômes liés à la compression des organes de voisinage : vessie, rectum, uretères
- Diminution voire disparition de la gêne occasionnée par une prolapsus génital (descente d'organe)
- Sauvetage maternel en cas d'hystérectomie effectuée pour complication hémorragique de l'accouchement.

### **X. Les inconvénients d'une hystérectomie :**

- Absence définitive et irréversible des règles et de la possibilité de grossesse ;
- Ménopause post chirurgicale uniquement en cas d'ablation associée des ovaires : possibilité de bouffées de chaleur, irritabilité, baisse de la libido, troubles du sommeil etc. Il existe la possibilité d'un traitement hormonal substitutif ;
- Effets psychologiques de ce que représente une hystérectomie.

### **XI. Les fausses idées liées à l'hystérectomie :**

Plusieurs fausses idées sont imputées à l'hystérectomie. En réalité :

- Pas de prise de poids ;
- Pas de ménopause post chirurgicale lorsque les ovaires sont laissés en place ;
- Pas de modification objective de la qualité des rapports sexuels.

### **XII. 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...).

## CONCLUSION

développer sa réalisation par voie vaginale, associée ou non à une assistance coelioscopique.

Cependant, il reste encore des indications d'hystérectomies abdominales initiales qui semblent incontournables et indispensables.

La voie abdominale était choisie pour nous devant l'existence de :

- Volume utérin important qui représente pour nous la principale indication de choix de la voie haute.
- Antécédents chirurgicaux adhésiogènes.
- Mauvais accès vaginal.
- Décision d'une annexectomie.

En plus les critères de choix précédemment cités, le choix d'une voie d'abord dépend en grande partie de la formation et de l'expérience de l'opérateur, de l'indication de l'intervention, de la nature de la maladie et des caractéristiques de la patiente.

Notre choix préférable de l'hystérectomie totale ainsi que l'annexectomie associée semble être compatible avec les données de toutes les séries pour prévention de cancer sur col restant et de cancer de l'ovaire vu sa manifestation tardive à un stade évolué.

Les données opératoires et les complications per et postopératoires étaient très diminuées par rapport à la littérature.

**Si l'hystérectomie est faite dans un contexte de troubles organiques indiscutables, elle fait disparaître les symptômes et améliore la qualité de vie. À l'inverse, une mauvaise indication en particulier pour algies pelviennes associées à des troubles anxieux, ou à des antécédents de dépression expose aux risques de décompensation post opératoire. C'est dans ces situations qu'il faut compléter le bilan organique et psychologique préopératoire. L'information préopératoire est orientée aujourd'hui sur le risque médico-légal, avec son cortège de complications dont la liste n'est jamais exhaustive, mais toujours suffisante pour aggraver l'angoisse. L'information anatomique et physiologique doit être appropriée à chaque patiente.**

Si la plupart des femmes conceptualisent bien l'hystérectomie par voie abdominale, dans un imaginaire forcément violent, mais « classique » de la chirurgie, c'est autre chose pour la chirurgie vaginale ou cœlioscopique. Les suites sont a priori meilleures, mais pour certaines patientes l'organe disparaît trop vite ou trop simplement pour arriver à en faire le deuil. Il peut rester un fantasme de perméabilité du corps, d'instabilité des organes.

Quelques mots associés à un schéma explicite suffisent souvent, mais ils sont nécessaires avant et non après l'intervention. L'intégrité corporelle imaginaire passe parfois par la conservation du col : il faut savoir écouter avant de décider avec et pas pour la patiente ou pour la technique opératoire. Le suivi postopératoire doit être assuré par le chirurgien lui-même pour compléter l'information, rassurer, accompagner.

Ces quelques conseils simples peuvent même miser les risques de décompensation psychique postopératoire.

## **RESUME**

L'hystérectomie, ablation chirurgicale de la totalité ou d'une partie de l'utérus, est l'intervention la plus fréquemment réalisée chez la femme en dehors de la césarienne dans les pays développés. On estime à environ 70000 le nombre d'hystérectomies réalisées en France chaque année, 604121 aux Etats-Unis et 72362 en Angleterre.

La laparotomie est la voie la plus répandue dans le monde.

Nous avons relevé dans notre travail les indications d'hystérectomie abdominale pour lésions bénignes.

Notre étude descriptive, rétrospective comprend 446 hystérectomies abdominales pour lésions bénignes, hémorragies obstétricales, des lésions malignes; effectuées sur 2 années (2016 et 2017) dans notre institution collectées du service de gynécologies de l'hôpital de TLEMCEM de l'ALGERIE.

Les indications d'hystérectomie abdominale sont choisies en fonction de certains critères de sélection tel que :

- Le volume utérin.
- Les antécédents de chirurgie pelvienne adhésiogène représentent.
- L'indication d'une annexectomie
- Mauvais accès vaginal (nulliparité, virginité).

Le fibrome utérin était l'indication principale de nos hystérectomies dans 25% des cas.

L'hystérectomie totale (70%) était préférée par rapport à l'hystérectomie subtotale (1%).

L'annexectomie était faite dans la moitié des cas soit pour une pathologie annexielle associée, soit pour le statut ménopausique.

Les laparotomies étaient grevées de complications per-opératoires des, dominées par les complications hémorragiques.

Des complications postopératoires dominées par les complications infectieuses (infection de la paroi, infections urinaires, hyperthermie postopératoire).





# **PARTIE PRATIQUE**

## **II. METHODES ET MATERIELS**

Le modèle de présentation des donnée : **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.

### **Le type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive ; rétrospective, établie sur une durée de 24 mois (Janvier 2016-decembre 2017).

**La population cible :** Les patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN pour hystérectomie par voie haute

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

### **les paramètres e l'étude :**

Age

Grossesse et parités.

Origine.

Groupage sanguin.

ATCD personnels médicaux et chirurgicaux.

ATCD familiaux médicaux et chirurgicaux.

.Etiologies.

Le type de l'intervention :



A) Hystérectomie fundique avec ou sans conservation des annexes.

B) Hystérectomie subtotale avec ou sans conservation des annexes.

C) Hystérectomie totale avec ou sans conservation des annexes.

D) Hystérectomie avec ou sans conservation des annexes.

La durée de séjour.



âge	Origine	GS	GP	ATCD P médicaux	ATCD P chirurgicaux	ATCD F médicaux	ATCD F chirurgicaux	Etiologie	Type d'intervention	DS
74	remchi	O-	G0P0	HTA		HTA		Fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	04
50	Beni mester	A+	G4P4	Goitre	Apendicectomie+LV		Appendicectomie		HVH avec annexectomie bilatérale	03
45	sebdou	O+	G6P4		LV				HVH avec annexectomie bilatérale	15
52	Tlemcen	A+	G6P5	Diabete+HTA	Thyroidectomie	Diabete+HTA			HVH avec annexectomie bilatérale	
50	Tlemcen	B-	G3P3	HTA+goitre	Fibromectomie+LV					
44	Amieur	A+	G3P1	Diabete+hypothyroidie+cardiopathie ischemique		HTA	Appendicectomie			
50	maghnia	B+	G4P4	Diabete	Cholecystectomie	Diabete+HTA		Fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	
53	sabra	O+	G5P5	HTA+cardiopathie				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	
51	Chetouane	O+	G7P1	Hta+diabète	Fibrome utérin	Diabete+HTA		Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	04
48	Oueld mimoun	A+	G4P0	Hypothyroidie	LV			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	03
46	remchi	A+	G5P4	Diabète+hypothyroidie		HTA				
47	Tlemcen	O+	G6P6			Diabete+HTA		Fibrome utérin	HVH interannexielle	
46		O+	G0P0	HTA						
43	Tlemcen	A+	G4P4						HVH avec annexectomie bilatérale	
64	Tlemcen	B+	G2P2	HTA+goiter					HVH avec annexectomie bilatérale	
46	Ben sekrane	O+	G4P4			Diabete+HTA		Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	15
55		A+	G0P0	Diabète+dépression chronique	Appendicectomie			Fibrome utérin		
41	Tlemcen	O+	G2P2	Diabète+hypothyroidie+HTA					HVH avec annexectomie bilatérale	16
48	Honaine	A+	G8P8	Surdité	LV			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	
51	Tlemcen	B+	G3P3	Dysthyroidie	Fibrome utérin			Fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	
45	maghnia	A+	G0P0	HTA		Diabete+HTA	Appendicectomie	Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	15
55	Tlemcen	A+	G0P0	Cardiopathie HTA				Métrorragie post ménopausique		02
38	Tlemcen	A+	G5P5			Hyperthyroidie				03
60	Tlemcen	O+	G3P3					Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	
43		B+	G0P0	diabète+dysthyroidie		HTA				
53	Tlemcen	B+	G13P10		LV			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	
45	Tlemcen	O+	G3P3	Allergie		Diabete+HTA		Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	04
40	Tlemcen	O+	G0P0							04
50	sebdou	B+	G6P4	Diabète						
65		O+	G11P9	HTA				Fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	
39	Tlemcen	A+	G0P0	Hta						03
68	Tlemcen	A+	G7P6	Diabète+HTA			Appendicectomie			
49	Tlemcen	B+	G0P0	Anémie	Apendicectomie			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	15
67	maghnia	O+	G3P3	HTA	apendicectomie	Diabete+HTA				04
72	Tlemcen	AB+	G0P0		LV					
38	Tlemcen	A+	G2P1		Césarienne+LV	HTA		Fibrome utérin	HVH interannexielle	03
45	sebdou	O-	G5P5			Diabete+HTA		Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	16
61	Tlemcen	A-	G6P6	Diabète+HTA				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	03

58	Tlemcen	A-	G4P4		Apendicectomie				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	04
52	Tlemcen	B-	G5P3	HTA		Dysthyroïdie			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	16
40	Benisaf	B-	G3P2		Césarienne				métrorragies	HVH interannexielle	03
41		B-									
47	Tlemcen	AB+		Diabète+HTA	Fibrome utérin				Fibrome utérin		04
64		AB+	G5P4	HTA							
58	Ben sekraane	A+	G7P6	Diabète+HTA	LV				Fibrome utérin	HVH interannexielle	02
43	Tlemcen	O+	G3P2								
68	Tlemcen	A+	G3P3	HTA	Césarienne						03
50	Tlemcen	A-	G0P0	Diabète+HTA		Diabète+HTA			Néo de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	27
45	Tlemcen	A+	G4P2						Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	03
52	Tlemcen	O+	G6P5	HTA	Apendicectomie+LV	HTA	Appendicectomie		Fibrome utérin	HVH interannexielle	04
50	Tlemcen	AB+	G0P0	Diabète							
44	remchi	B-	G3P1	Anémie	Césarienne	Dysthyroïdie			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	04
50		B+	G3P2		Fibrome utérin+LV				Fibrome utérin	HVH interannexielle	02
53	Tlemcen	O+	G0P0	Diabète+HTA	Apendicectomie				Fibrome utérin		
51	maghnia	AB+	G4P2	HTA	LV				Fibrome utérin	HVH interannexielle	03
55	Tlemcen	A-	G5P3	Diabète+HTA		HTA					06
39	Tlemcen	A-	G3P3		Apendicectomie				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	03
61	Tlemcen	O+	G6P3	HTA							04
44	Tlemcen	AB+	G3P2	Diabète					Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	04
54	Tlemcen	AB	G5P5	HTA	Césarienne				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	03
46	Tlemcen	AB-	G0P0	LLC	Apendicectomie	Diabète+HTA	Appendicectomie				03
39	Tlemcen		G1P1	Anémie	Fibrome utérin				Fibrome utérin		04
60		AB+	G5P4	HTA	LV	HTA			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	04
55	Tlemcen	B+	G4P2	Diabète+HTA		Diabète+HTA			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	04
51	sabra	B+	G6P3								
50	Tlemcen	A-	G3P3	Allergie	Fibrome utérin				Fibrome utérin		05
61	Tlemcen	A-	G5P3	Diabète+HTA	LV	Hypothyroïdie			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	04
47	Tlemcen	O+	G0P0		Kyste ovarien				Néo de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	21
40	Oueld mimoun	O-	G3P2	Diabète	Kyste ovarien						03
41	Tlemcen	A+	G0P0	Diabète					Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	02
65		A+	G5P3	HTA	Césarienne						05
38	Tlemcen	B+			Apendicectomie						06
49	Tlemcen	A+	G5P2	Diabète+HTA					Fibrome utérin	HVH interannexielle	05
47	maghnia	AB+	G3P1	Dysthyroïdie	Apendicectomie+LV				Fibrome utérin	HVH interannexielle	03
52	Tlemcen	A+	G8P5	Diabète+HTA		HTA			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	04
43	Tlemcen	A+	G4P3								04
44		A+	G5P5		Apendicectomie				Utérus polyyomateux	HVH interannexielle	04
40	Tlemcen	A-	G3P3	Diabète		Diabète+HTA					03
35	Tlemcen	B+	G3P1		LV				Kyste ovarien		04
55	Tlemcen		G4P4	Diabète+HTA					Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	03
40	sebdou	O+	G3P2		Fibrome utérin				Néo de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	17
42		O+			Kyste ovarien	Diabète	Appendicectomie				03
47	Tlemcen	B+	G4P2	Anémie	Césarienne				Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	02

50	Tlemcen	A+	G6P3	HTA	LV				Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	02
51		B+	G5P3	Diabète+HTA		HTA			Fibrome utérin		
57	maghnia	A+	G7P3	HTA	Apendicectomie		Kystectomie	Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	21
55	Tlemcen	O-	G5P2	Diabète+HTA	Apendicectomie+LV		LV	Fibrome utérin			03
44		A+	G0P0					Utérus polyyomateux		HVH avec annexectomie bilatérale	04
43	Tlemcen	A+	G1P1	Asthma	GEU						
54	Tlemcen	A+	G5P5	Diabète				Fibrome utérin		HVH interannexielle	03
42	Ben sekrane	B+	G3P3		Apendicectomie						20
41	Tlemcen	AB+	G2P1		Fibrome utérin	Diabète			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	03
56	Tlemcen	AB-	G4P4	Diabète+HTA	LV	HTA		Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	05
38	Tlemcen	AB-		Diabète+anemie							03
47		O+	G4P2		Césarienne+Apendicectomie	Diabete+HTA	Appendicectomie	Fibrome utérin		HVH interannexielle	04
52	Tlemcen	B+	G4P3	Diabète+HTA	LV			Kyste ovarien			04
53	Chetouane	A+	G6P5	HTA			Kystectomie	Fibrome utérin			05
55	Tlemcen	A+	G7P6	HTA				Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	04
47	Tlemcen	A+	G3P3								03
46	Tlemcen Tlemcen	AB+	G5P4	Diabète	Césarienne+LV	Diabete+HTA	LV+ appendicectomie	Utérus polyyomateux		HVH avec annexectomie bilatérale	05
41	maghnia	AB-	G3P3	Anemie				Utérus polyyomateux		HVH avec annexectomie bilatérale	04
40		A-	G3P1		Kyste ovarien			Fibrome utérin		HVH interannexielle	03
53	Tlemcen	A+	G6P3	Diabète							05
54	Tlemcen	A+	G4P3	HTA				Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	02
36	Tlemcen	B+	G2P1		Apendicectomie		Appendicectomie				03
58	Tlemcen	B-	G4P diabète 4	HTA				Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	04
59	Tlemcen	AB+	G8P7	HTA	LV	HTA		Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	06
56		AB+	G4P4	HTA			LV	Fibrome utérin			03
39	Tlemcen	O+	G4P2	Anemie	Fibrome utérin+LV						03
41		A+	G4P2		Césarienne	diabète					16
50	Tlemcen	A+	G5P2					Fibrome utérin		HVH interannexielle	
52	Tlemcen	A+	G7P4	Diabète+HTA	Apendicectomie	Diabete+HTA		Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	03
43	sebdou	A-	G5P4		Kyste ovarien+LV			Utérus polyyomateux		HVH avec annexectomie bilatérale	05
51		B+	G4P3	HTA				Fibrome utérin		HVH interannexielle	04
46	Tlemcen	AB+	G3P3	Diabète	Césarienne						04
44	Tlemcen	AB-			LV		Appendicectomie	Fibrome utérin		HVH interannexielle	04
49		O+	G3P3								02
53	remchi	A+	G7P6	HTA				Fibrome utérin			03
52	Tlemcen	O-	G5P5					Fibrome utérin		HVH interannexielle	05
41		AB+	G4P0		Fibrome utérin	HTA		Utérus polyyomateux		HVH avec annexectomie bilatérale	07
63	sebdou	A-	G8P7	HTA				Métrorragie post ménopausique		HVH avec annexectomie bilatérale	04
52		A+	G4P4	HTA	Césarienne	Diabete+HTA		Kyste ovarien			03
43	Tlemcen	A+	G0P0								05
40	Tlemcen	B+	G1P1		GEU		Appendicectomie	Utérus polyyomateux		HVH avec annexectomie bilatérale	06
46		AB-	G0P0								05
54	Tlemcen	A-	G7P5	HTA	Césarienne			Fibrome utérin			06
70	Tlemcen	B+	G8P7	HTA							05

37	Tlemcen	B+		Diabète			Fibrome utérine	Fibrome utérin	HVH interannexielle	05
50	Tlemcen	O+	G5P4	HTA+asthma	LV		Kystectome			05
55		O-	G4P3	HTA	Césarienne	HTA			HVH interannexielle	07
45	Tlemcen	B+	G3P1		Kyste ovarien					06
51	remchi	B-	G7P5	Anemie					HVH interannexielle	04
52	Tlemcen		G4P4	HTA	Césarienne			Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	05
46	Tlemcen	B+	G4P2	Diabète	Fibrome utérin			Fibrome utérin		05
44	Honaine	O+	G4P2							06
49		A+	G5P2		Apendicectomie+ hernie	Diabete+HTA	Appendicectomie	Néo de col	HVH avec annexectomie bilatérale	22
47	maghnia	A+	G3P1	Diabète	Césarienne			Fibrome utérin		06
49		B+	G4P3			HTA	LV	Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	07
48	Tlemcen	A+	G7P6	Diabète	Apendicectomie			Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	08
53	Tlemcen	A+	G5P4	HTA				Fibrome utérin	HVH interannexielle	
51		A+	G7P5		LV			Fibrome utérin	HVH interannexielle	05
43	Tlemcen	AB-	G3P3		Kyste ovarien	Diabete+HTA	Appendicectomie	Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	
40	Tlemcen	AB+	G4P2	Anémie	Césarienne			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	07
36		B-								06
51	Tlemcen	A+	G0P0	Diabète	Herine		LV	Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	20
52		A+	G7P5	HTA+		HTA				07
50	Tlemcen		G5P2	Cardiopathie	Kyste ovarien+Hernie			Fibrome utérin	HVH interannexielle	06
46		B+	G4P3							05
44	Amieur		G2P1	Diabète	Césarienne+LV + Fibrome utérin			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	08
40		B-	G3P1		GEU+apendicectomie					06
49	Tlemcen	A-	G5P2							06
52	Tlemcen	A-	G7P7	Diabète	Césarienne		LV	Fibrome utérin	HVH interannexielle	05
61	Tlemcen	A+	G6P2	Diabète+HTA			Appendicectomie	Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	06
56	Tlemcen	B+	G8P7	Diabète				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	05
53	Tlemcen	AB+	G7P6	HTA				Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	05
52		A-	G4P3	HTA	LV	HTA	Appendicectomie	Fibrome utérin		05
40	Tlemcen	A+	G3P3		Kyste ovarien			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	08
35	remchi	A+	G1P1	Myopie forte	Césarienne	Diabete+HTA				06
48	Tlemcen	B+	G0P0					Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	05
60	Tlemcen	B-	G5P4	Diabète+HTA						06
49		AB+	G6P3	HTA				Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	08
59		O+	G8P7	HTA			Mastectomie	Métrorragie post ménopausique	HVH avec annexectomie bilatérale	07
47	Tlemcen	B+	G4P3					Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	06

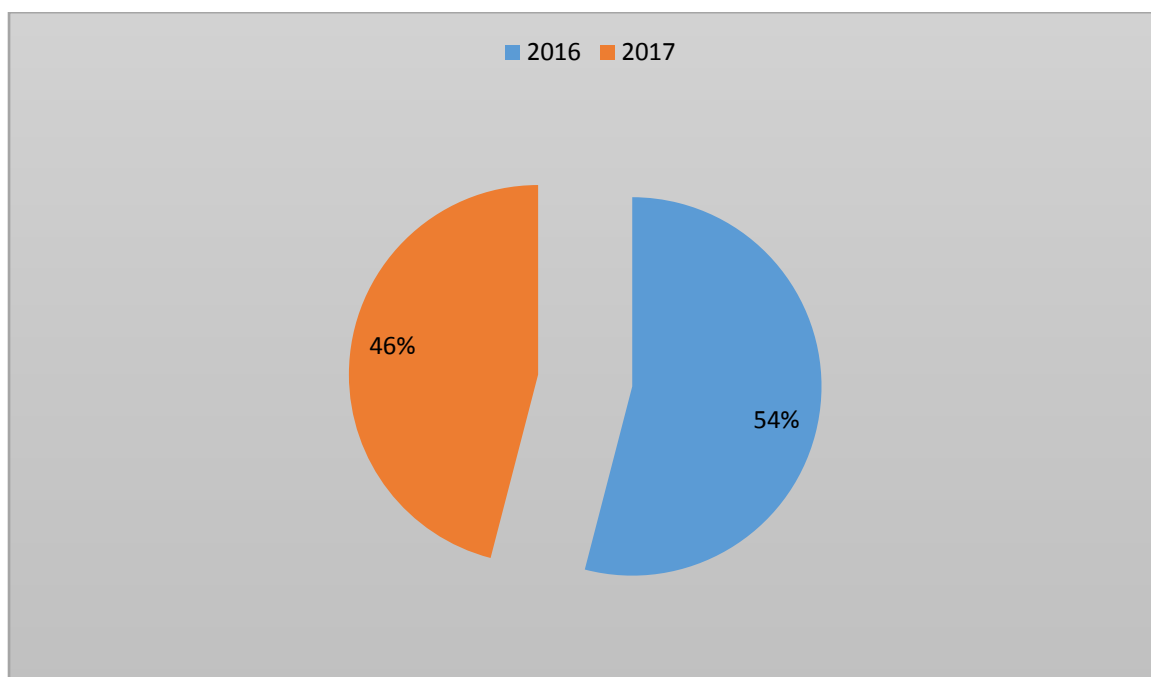
41	Tlemcen	O+	G3P1	Diabète	Césarienne		LV	Fibrome utérin		05
68	Tlemcen	O-	G4P3	HTA	Hernie	HTA		endocervite		07
65		B-	G8P7	HTA	LV					08
56		B+	G5P4	HTA	Césarienne			Fibrome utérin		05
47	Tlemcen	A+	G3P1		Kyste ovarien		Lv	Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
58	Tlemcen	A+	G7P7	Diabète+HTA	LV			endocervite		06
42		A+	G4P2		Kyste ovarien+LV	Diabete+HTA		Fibrome utérin		
63		B+	G8P7	HTA	LV					07
53	Tlemcen	B-	G6P6	HTA	Césarienne			Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	22
55	Tlemcen	O-	G4P4	HTA+hypothyroïdie						05
39		O+	G1P1		Kyste ovarien+hernie			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	06
54	Tlemcen		G6P6	HTA				Fibrome utérin		06
67	Tlemcen	B+	G8P7	HTA	Herine			endocervite		06
49	remchi	B-	G5P4	Cardiopathie						06
44		A+	G6P3		Césarienne+Fibrome utérin	HTA		Fibrome utérin		05
40		A+	G0P0				Mastectomie	Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
60	Tlemcen	B+	G4P3	Diabète+HTA						15
42	Tlemcen	A+	G0P0	Diabète	Kyste ovarien			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
40		O+	G3P3	Asthma	Césarienne+LV			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
38	Tlemcen	A+					LV	Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
41	Tlemcen	A+	G2P1		GEU+LV			Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	05
40	Tlemcen	B+	G3P0		Herine		Mastectomie			06
57	Tlemcen	B-	G6P6	Diabète+HTA	apendicectomie			endocervite		07
43		AB-	G0P0		apendicectomie	HTA		Utérus polyyomateux		08
45	Tlemcen	AB+	G0P0					Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	06
54		B-	G4P4	HTA	Césarienne+LV		Appendicectomie	Fibrome utérin		
55	Tlemcen	AB+	G6P3	Diabète+HTA+cardiopathie	Apendicectomie			Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	09
56		A+	G5P4		LV+hernie			Fibrome utérin		08
49		A-	G7P6		hernie					18
48	Beni mester	O+	G0P0	Diabète	Apendicectomie			Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	07
41		O+	G3P3	Allergie				Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	06
40	Tlemcen	B+	G2P0	Diabète	GEU	HTA				15
49		B-	G0P0		Kyste ovarien+LV					06
53	remchi	AB+	G4P3	Diabète+HTA	hernie			Fibrome utérin		05
44		O+	G4P2		Césarienne			Utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
54	Tlemcen	A+	G6P3	HTA+dysthyroïdie	Apendicectomie+LV		LV	Fibrome utérin		06
40	Tlemcen	A+	G1P1	Diabète	GEU+Apendicectomie	HTA		Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	20
41		A+	G2P1	Diabète						04
46	Tlemcen	B-	G5P4					Néo de co	HVH avec annexectomie bilatérale	21
44	Benisaf	B+	G3P3		LV+Hernie			Utérus	HVH avec annexectomie	

								polymyomateux	bilatérale	16
41	Tlemcen	AB+	G3P1	allergie	Kyste ovarien			Utérus polymyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
55	Tlemcen	O+	G4P2	HTA	Apendicectomie+L	Diabete+HTA		Fibrome utérin		06
40	Chetouane	A+	G3P3		GEU+LV		LV			06



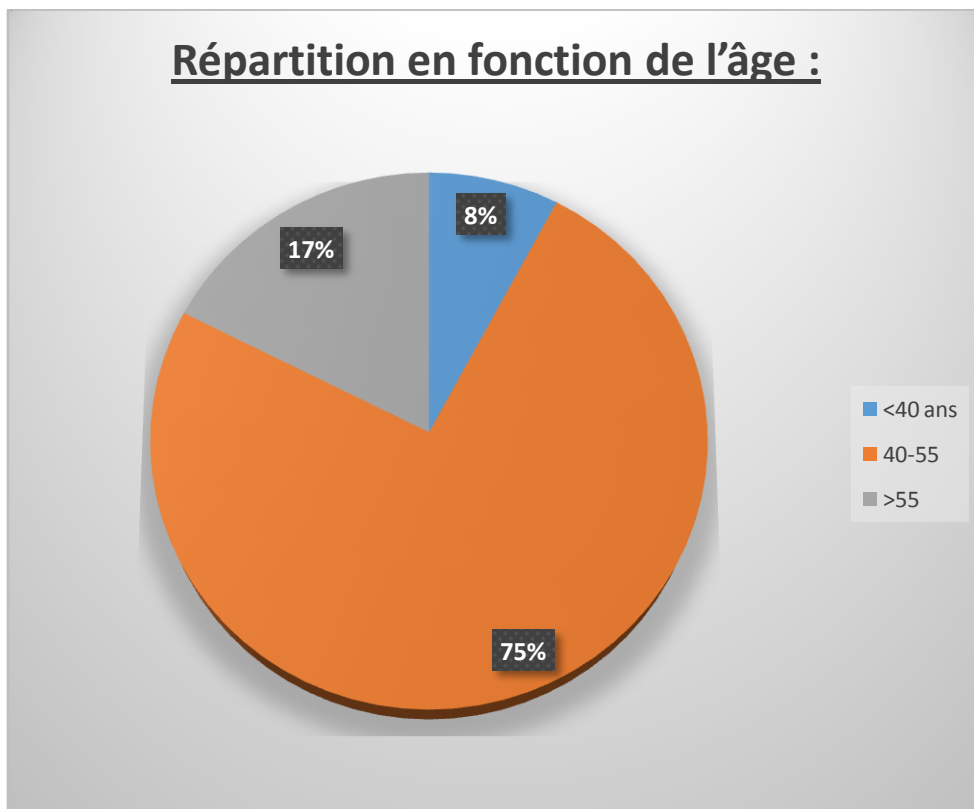
*1 ; Répartition en fonction de l'année :*

	2016	2017
Nb de cas	241	205
%	54.04	45.96



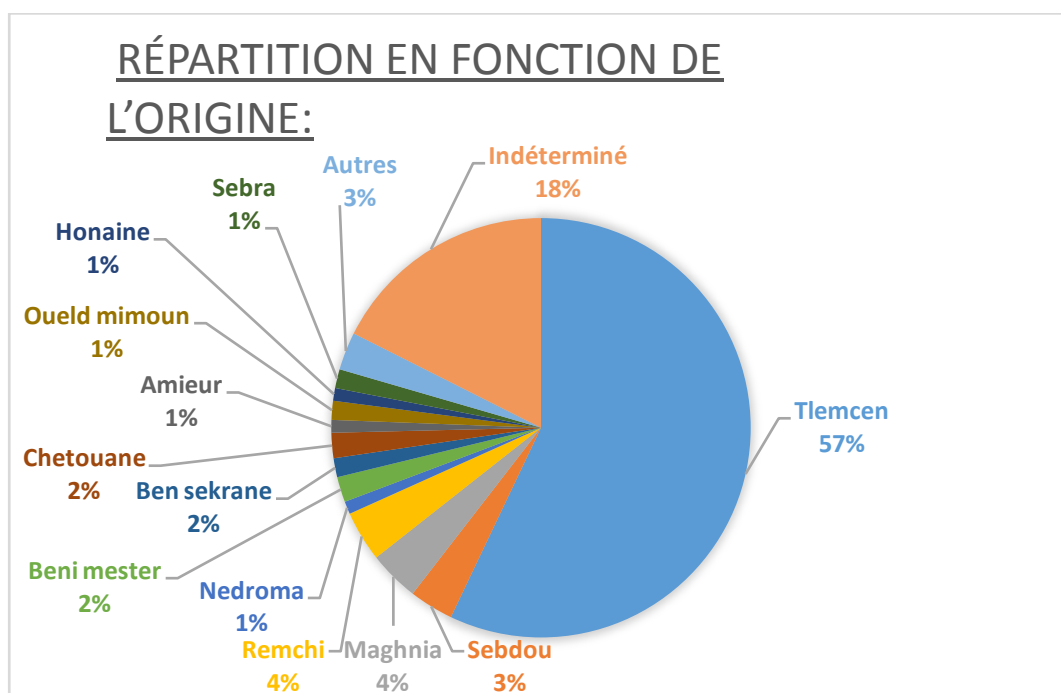
**2- Répartition en fonction de l'âge :**

	<40 ans	40-55	>55
Nb de cas	35	333	78
%	7.85	74.66	17.49



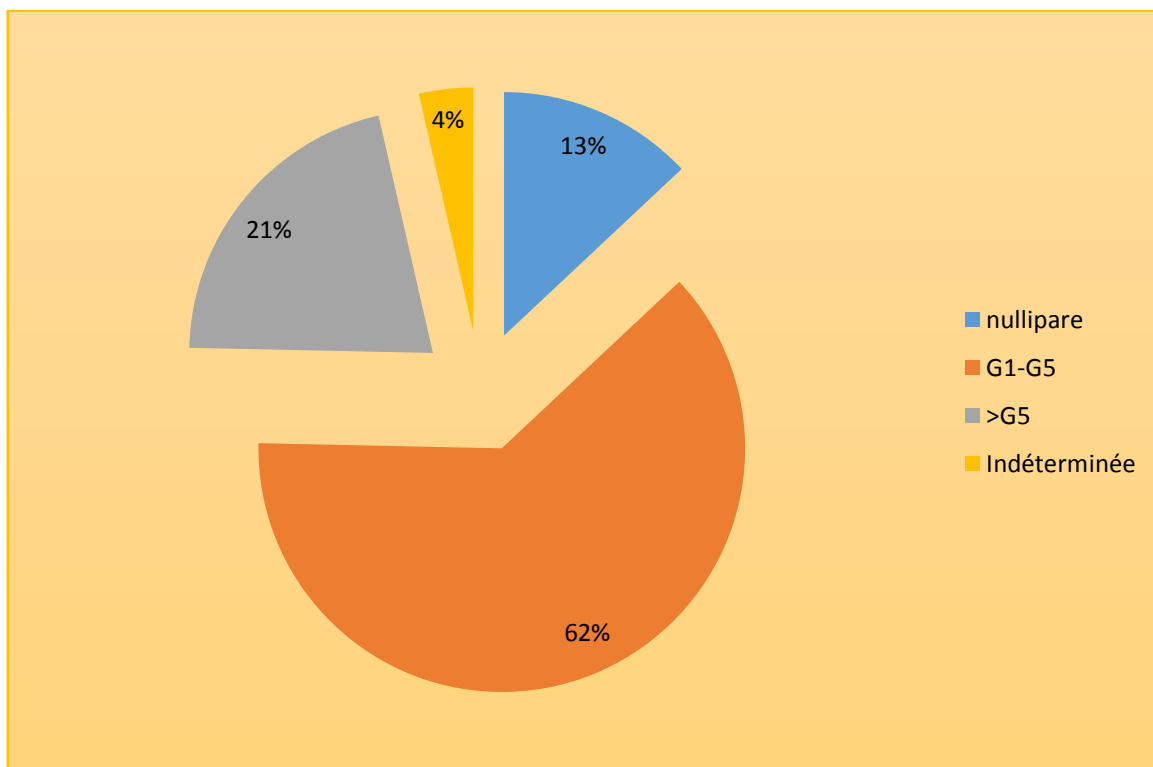
### 3; Répartition en fonction de l'origine :

	Tlemcen	Sebdou	Maghnia	Remchi	Nedroma	Beni mester	Ben sekrane
Nb	254	15	17	17	5	9	6
%	56.95	3.36	3,81	3,81	1.21	2.02	1,34
	Chetouane	Amieur	Oueld mimoun	Honaine	Sebra	Autres	Indéterminé
Nb	9	4	7	4	7	13	79
%	2.02	0,90	1,57	0,90	1,57	2.91	17.71



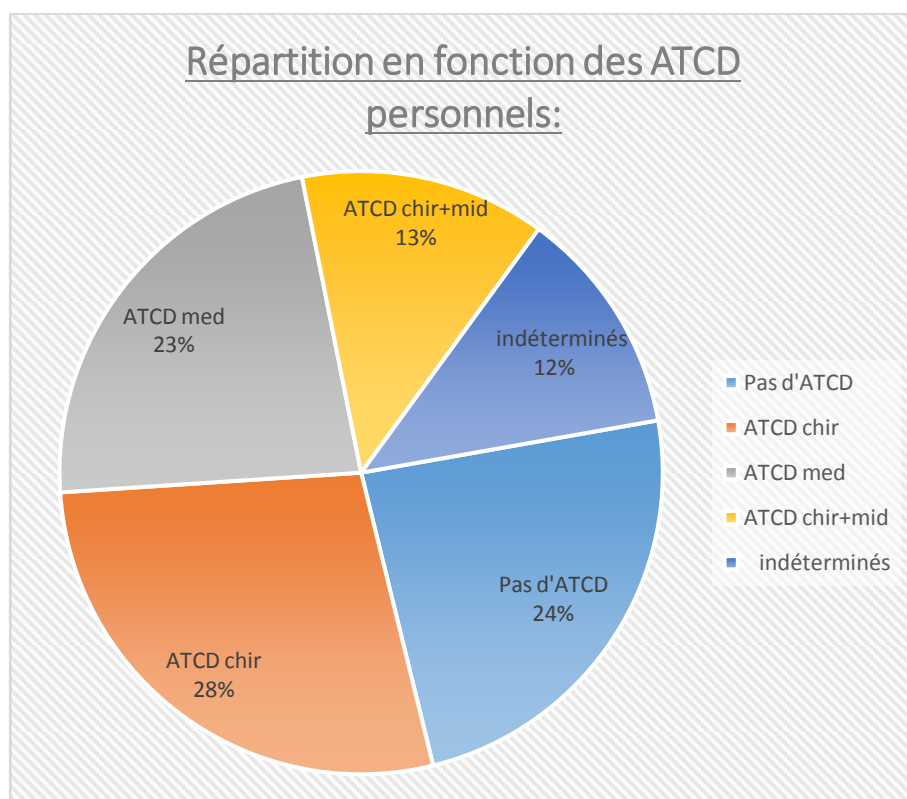
#### 4; Répartition en fonction de la parité :

	nullipare	G1 -G5	>G5	indéterminée
nb	58	278	94	16
%	13,09%	62,33 %	21,07 %	3,58 %



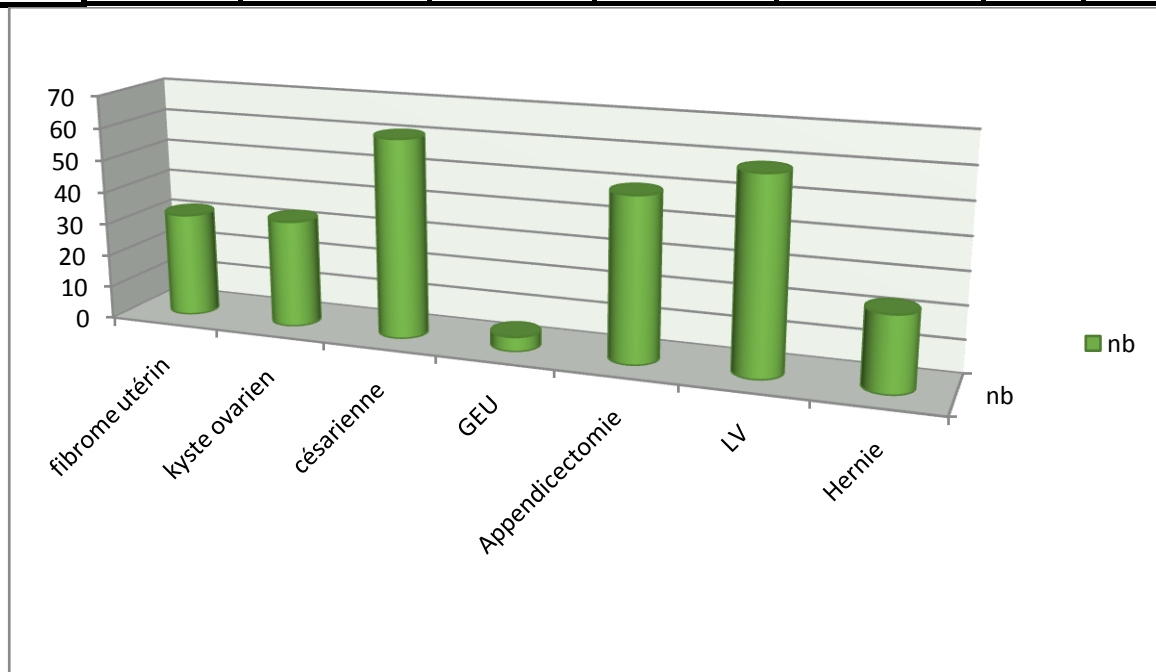
## 5 Répartition en fonction des ATCD personnels :

	Pas d'ATCD	ATCD chir	ATCD med	ATCD chir+med	indéterminés
nb	107	124	102	59	54
%	23,99%	27,8%	22,87%	13,23%	12,11%



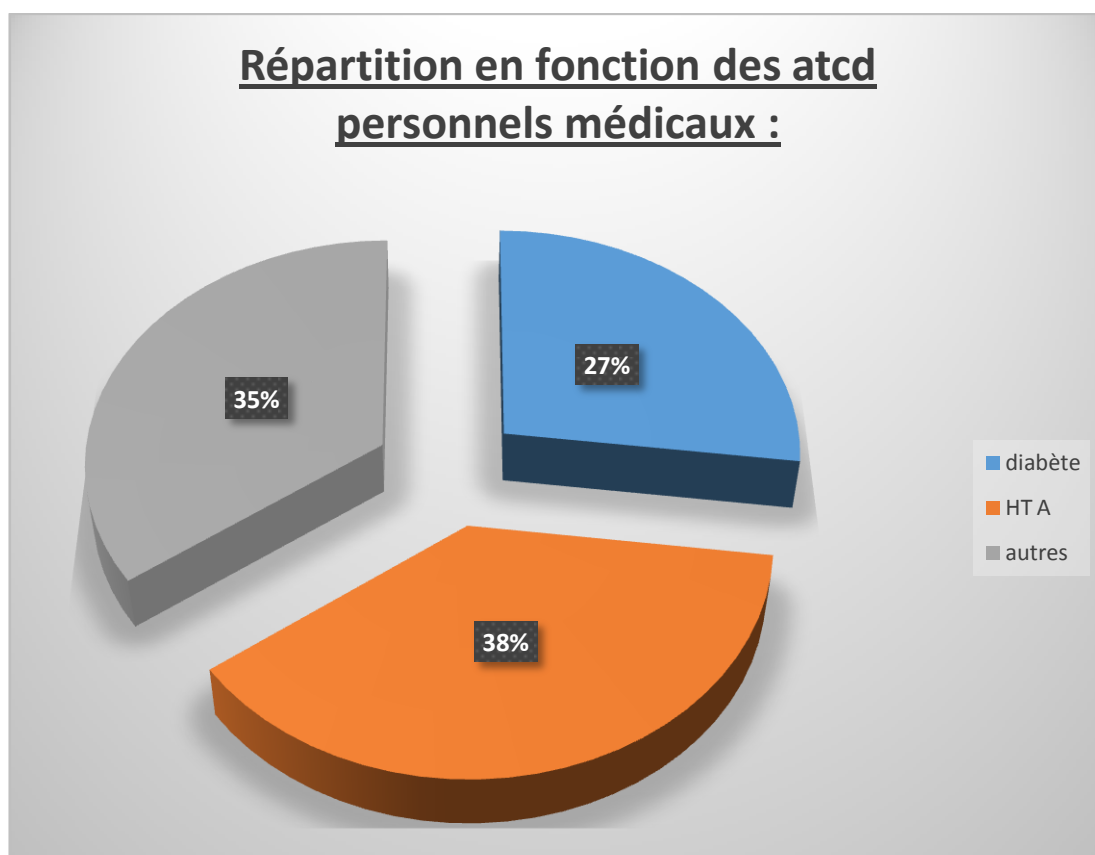
**6-Répartition en fonction des ATCD personnels chirurgicaux :**

	Fibrome utérin	Kyste ovarien	césarienne	GEU	appendicectomie	LV	Hernie
nb	32	33	61	16	50	59	23
%	7,17%	7,4%	13.68%	3,58%	11,21%	13.23%	5,16%



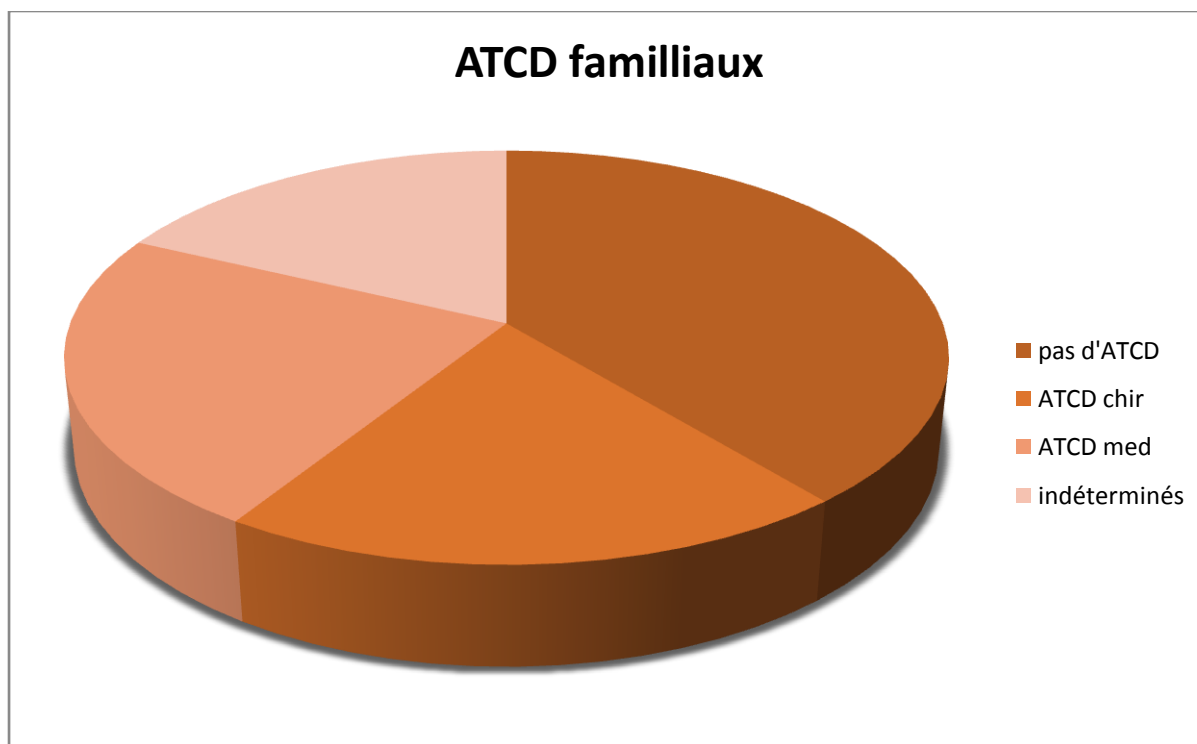
**7- Répartition en fonction des atcd personnels médicaux :**

	diabète	HT A	autres
nb	53	74	72
%	27.04%	37.75%	35.20%



**Répartition en fonction des ATCD familiaux :**

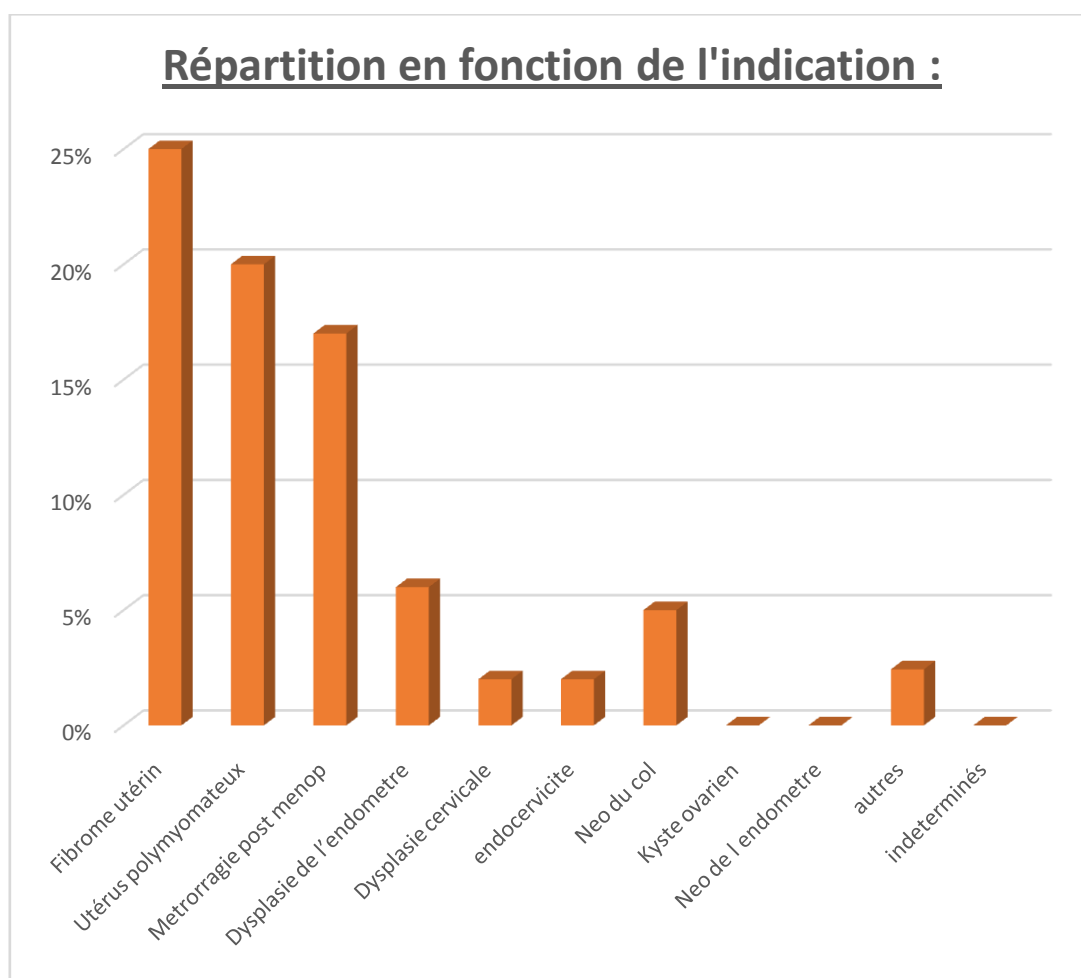
	Pas d'ATCD	ATCD chir	ATCD med	indéterminés
nb	174	89	103	29
%	39.01%	19.95%	23.09%	17,94%





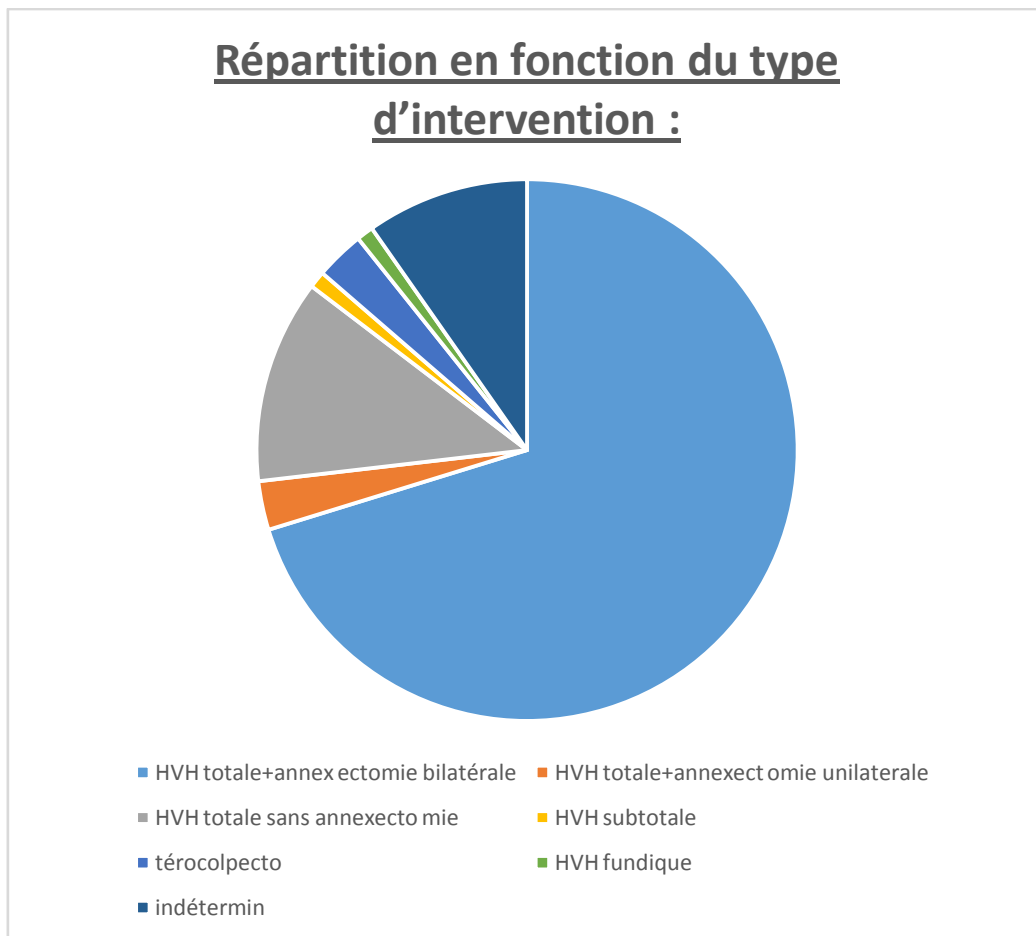
## 9-Répartition en fonction de l'indication :

	Fibrome utérin	Utérus polomyomateux	Métrorragie post menop	Dysplasie de l'endometre	Dysplasie cervicale	endocervicite	Neo du col	Kyste ovarien	Neo de l'endometre	autres	indéterminées
nb	111	89	76	27	9	9	22	11	6	11	75
%	24.89%	19.95%	17.04%	6.05%	2.02%	2.02%	4.93%	2,47%	1,34%	2,47%	16.81%



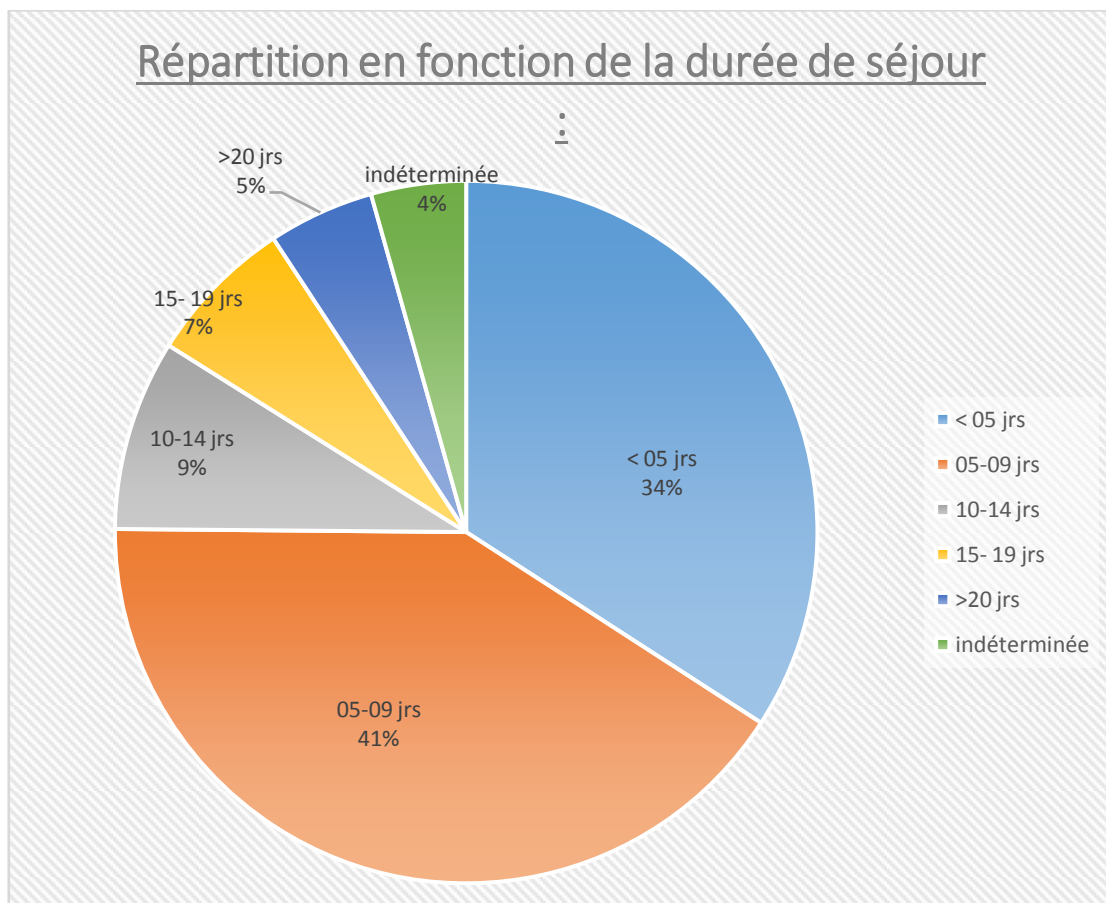
**9- Répartition en fonction du type d'intervention :**

	HVH totale+annex ectomie bilatérale	HVH totale+annexctomie unilaterale	HVH totale sans annexectomie	HVH subtotale	Térocolpecto	HVH fundique	Indétermin
Nb	313	13	54	5	13	5	43
%	70,18%	2,91%	12,11%	1.12%	2,91%	1.12%	9,64%



**Répartition en fonction de la durée de séjour :**

	< 05 jrs	05-09 jrs	10-14 jrs	15- 19 jrs	>20 jrs	indéterminé
nb	152	183	39	31	22	19
%	34,08%	41.03%	8,74%	6,95%	4.93%	4,27%



## **DISCUSSION :**

### **1-Répartition selon l'année de réalisation :**

On distingue une prédominance du nombre de cas d'HVH réalisé durant l'année 2016 avec un pourcentage de 54.04%, alors que durant l'année 2013 le nombre d'HVH réalisées correspond à 45.96% de l'ensemble des 12 mois d'étude.

### **2 Répartition selon l'âge :**

Le pic maximal des cas enregistrés d'hystérectomie par voie haute dans les 2 années de notre étude se situ au niveau de la tranche d'âge 40 - 55 ans avec un pourcentage de 74.66 %.

Pour les autres tranches d'âge, le pourcentage se situ à 7.85% pour les moins de 40 ans, et de 17.49% pour les plus de 55 ans .

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.

### **3- Répartition selon l'origine :**

La répartition géographique nous montre que plus de la moitié des cas d'hystérectomie par voie haute enregistrée au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé mère enfant de la wilaya de TLEMEN (56.95%) se concentre au niveau de TLEMEN centre ville.

On peut expliquer ce fort pourcentage par la proximité des EHS du centre ville d'une part, et par le niveau culturel relativement développé des citoyens de TLEMEN centre ville d'autre part.

### **4- Répartition selon la parité :**

Le pourcentage d'hystérectomie par voie haute enregistré ces 2 dernières années est plus important chez les multipares par rapport aux nullipares. Il est respectivement de 62,33% contre 13,9% seulement.

Cependant, on a noté quelques 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 par voie haute comme traitement curatif.

### **5- Répartition selon les antécédents personnels :**

23,99% des patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMEN et qui ont bénéficié d'une hystérectomie par voie haute présentent des ATCD personnels chirurgicaux dont les cholécystectomies, les césariennes, et les appendicectomies constituent la grande part par rapport aux autres (fibromes et les kystes ovariens).

On enregistre également que 22,87% des patientes ont des ATCD médicaux dominés par le diabète et l'HTA. Cependant 23,99% des patientes opérées ne présentaient aucun ATCD.

**6-Répartition selon les ATCD personnels chirurgicaux:** Seulement 124 des patientes opérées durant les 24 mois d'études présentent des ATCD personnels chirurgicaux et près de 13,68 % du nombre de ces patientes sont césarisées, pour 13,23% ayant présentés précédemment une lithiase vésiculaire.

**7-Répartition selon les ATCD personnels médicaux :**

durant les 24 mois d'études 127 patientes présentent des ATCD médicaux dont HTA est l'ATCD médicale majeur avec 37,75% ,puis on deuxième position le diabète pour 27,04%

**8- Répartition selon les antécédents familiaux :**

Les familles de 39,01% des patientes ayant subi une hystérectomie par voie haute ne présentent aucun antécédent.

Cependant, 23,09% d'entre - eux présentent des ATCD médicaux type HTA et diabète, par rapport à 19,95 % seulement qui présentent des ATCD chirurgicaux (cholécystectomie, thyroïdectomie...).

**9- Répartition selon l'indication :**

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

- fibrome utérin 24,89%
- Utérus polomyomateux 19,95%
- Métrorragies post ménopausique 17,04%

Cependant, les dysplasies et les néo de l'endomètre ne représentent que 10%, l'ensemble des tumeurs et les kystes ovariens ainsi que les néo du col tous pourcentage confondu représentent 28%.

**10-Répartition selon le type de l'intervention :**

Le type d'intervention le plus fréquemment réalisé dans le cadre d'une hystérectomie par voie haute est la totale avec annexectomie bilatérale retrouvée dans 70,18% des cas.

Cependant, les annexes peuvent être conservé (HVH totale sans annexectomie) si l'appareil génitale est toujours fonctionnelle (12,11% des cas) en dehors des affections malignes avec une moyenne .

Les autres types d'intervention demeurent de moins au moins utiliser.

**11-Répartition selon la durée du séjour**

41% des femmes ayant subi une hystérectomie par voie haute ont été hospitalisé pour une durée moyenne de 05 à 09 jours ; cependant 34% ont quitté leurs lits avant le 05ème jours, alors que 5% seulement ont dépassé les 20 jours d'hospitalisation.

**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)

## **Conclusion**

La plupart des études en matière d'HVH sont de qualité inégale et retrouvent des résultats parfois contradictoires, dépendant du type d'établissement hospitalier dans lequel l'étude a été réalisé , cependant tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'informer la patiente de façon exhaustive sur les conséquences de ce genre d'intervention .

## **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](http://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**

**- Hystérectomie pour lésions bénignes : complications per opératoires et postopératoires précoces.**

**E. Lambaudie, M. Boukerrou, M. Cosson, D. Querleu, G. Crépin  
Annales de chirurgie 2000.**

**- Hystérectomie vaginale et nulliparité : Indications et limites.**

**E. Lambaudie, B. Ocelli, M. Boukerrou, G. Crépin, M. Cosson  
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la  
Reproduction,2001.**

**- Hysterectomy for moderately enlarged uterus.**

**Journal of obstetrics and gynaecology,1998.**

**- Perioperative morbidity.**

**- Directives cliniques de la SGOC.**



