

République Algérienne Démocratique et Populaire

Université Aboubekr Belkaïd

Faculté De Médecine

7° année MEDECINE

MEMOIRE


Hystérectomie par voie basse


Présenté par

- ✓ BELAIDI YUCEF.
- ✓ BENMOSTEFA AMINA.
- ✓ BOUARICHA SIHEM.
- ✓ GUELIL DJAMIL.
- ✓ RAHOU SOHEYB.

Encadré Par ; PR ouali.

Dr selaadji.


Docteur M. OUALI
Maître Assistant
Gynéco-Obstétrique


السوسنة الإستشفائية بالمعهد
مصلحة طب النسور والولادة
الولاية
الاستاذة: ب.ف
رئيسة المستشفى



Remerciements



Nous remercions tout d'abord, Dieu Le Tout Puissant de nous avoir donné le privilège et la chance d'étudier et de suivre le chemin de la science et de la connaissance.

*Nous témoignons notre sincère reconnaissance aux Dr benahbib .
Médecin Chef du service de gynécologie obstétrique EHS Tlemcen,
ET DR OUALI pour nous avoir proposé un sujet intéressant et pour
ses discussions fructueuses et ses encouragements tout au long de ce
mémoire et de l'accueil que vous nous avez réservé et du temps que
vous nous avez consacré lors de notre stage de trois mois au sein de
votre service, Nous vous remercions plus spécialement pour la
confiance dont elle a fait part à notre égard et pour la liberté qu'elle
nous a accordé d'éprouver nos idées et de mener à bien notre recherche
en nous aidant de ses conseils judicieux et de sa précieuse relecture.*

*Nos plus vifs remerciements s'adressent aussi, a DR SETTOU .
Nous nous lui exprimons notre plus profonde gratitude.*

*Nous remercions docteur SELAADJI pour son aide précieuse à la
réalisation de ce mémoire. Vous avez initié, conçu et suivi ce travail.
Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous avez faite.
Nous avons pu apprécier pendant tout ce temps votre simplicité et
votre modestie, votre grande sociabilité, et surtout votre amour du
prochain.*

*Nous tenons à exprimer notre reconnaissance envers les médecins
résidents du service de gynécologie obstétrique EHS Tlemcen qui ont
été très « collègues » tout au long de notre stage.*

*Cette première expérience sera très importante pour notre carrière et
les tâches auxquelles vous nous avez associé nous ont vraiment
permis de consolider nos connaissances et d'en développer de
nouvelles.*



TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : ETUDE THEORIQUE.

I. INTRODUCTION :

- HISTORIQUE.
- DEFINITION.

II. RAPPEL ANATOMIQUE.

III. LES DIFFERENTES VOIES D'ABORD POSSIBLES :

A) HYSTERECTOMIE PAR LAPAROTOMIE (PAR VOIE HAUTE).

B) HYSTERECTOMIE VAGINALE (PAR VOIE BASSE).

C) HYSTERECTOMIE CELIO-VAGINALE.

IV. LES DIFFERENTES TYPES D'HYSTERECTOMIE :

- HYSTERECTOMIE TOTALE.
- HYSTERECTOMIE SUBTOTALE.
- HYSTERECTOMIE RADICALE.
- HYSTERECTOMIE AVEC ANNEXECTOMIE.

V. INDICATIONS :

1. FIBROME UTERINS
2. ENDOMETRIOSE
3. HYPERPLASIE DE L'ENDOMETRE
4. PROLAPSUS UTERIN
5. SAIGNEMENTS EXCESSIFS D'ORIGINE GENITALE.
6. ETATS PRECANCEREUX DU COL ET DE L'UTERUS.
7. LES CANCERS GYNECOLOGIQUE :
 - CANCER DU COL DE L'UTERUS.
 - CANCER DE L'UTERUS.
 - CANCER DE L'OVAIRE.

VI. CONTRE-INDICATION.

VII. AVANTAGES ET INCONVENIENTS :

1. AVANTAGES.
2. INCONVENIENTS :
 - a. MORBIDITE ET MORTALITE.
 - b. TAUX GLOBAL.
 - c. COMPLICATIONS PEROPERATOIRE.

d. COMPLICATIONS POSTOPERATOIRE.

VIII. BILAN PREOPERATOIRE

1. BILAN.
2. PREPARATION DE LA PATIENTE.
3. PREVENTION INFECTIEUSE ET THROMB-OEMBOLIQUE.
4. INSTALLATION AU BLOC OPERATOIRE.
5. INSTRUMENTS.
6. PRINCIPES DE L'HYSTERECTOMIE.

IX. HYSTERECTOMIE VAGINALE « CLASSIQUE »

CONSERVATRICE PAR CLAMPAGE-LIGATURE-SECTION :

X. CONCLUSION.

1. INTRODUCTION :

Actuellement, l'hystérectomie est l'intervention la plus fréquemment pratiquée en chirurgie abdomino-pelvienne. Cette chirurgie gynécologique, après une longue période « abdominale » a bénéficiée de deux grandes évolutions : L'apparition de la coelioscopie qui a radicalement modifié un certain nombre de procédures thérapeutiques.

Chaque fois qu'elle est possible, elle constitue l'approche la plus élégante pour effectuer une hystérectomie totale.

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

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

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

Historique :

Dès 1862, Eugène Koeberlé est l'un des tout premiers à procéder avec succès à des hystérectomies sur des bases scientifiques. Avant la fin du siècle, des progrès essentiels sont obtenus par Jules-Émile Péan et Paul Segond dans l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes (opération de Péan-Segond).

Définition :

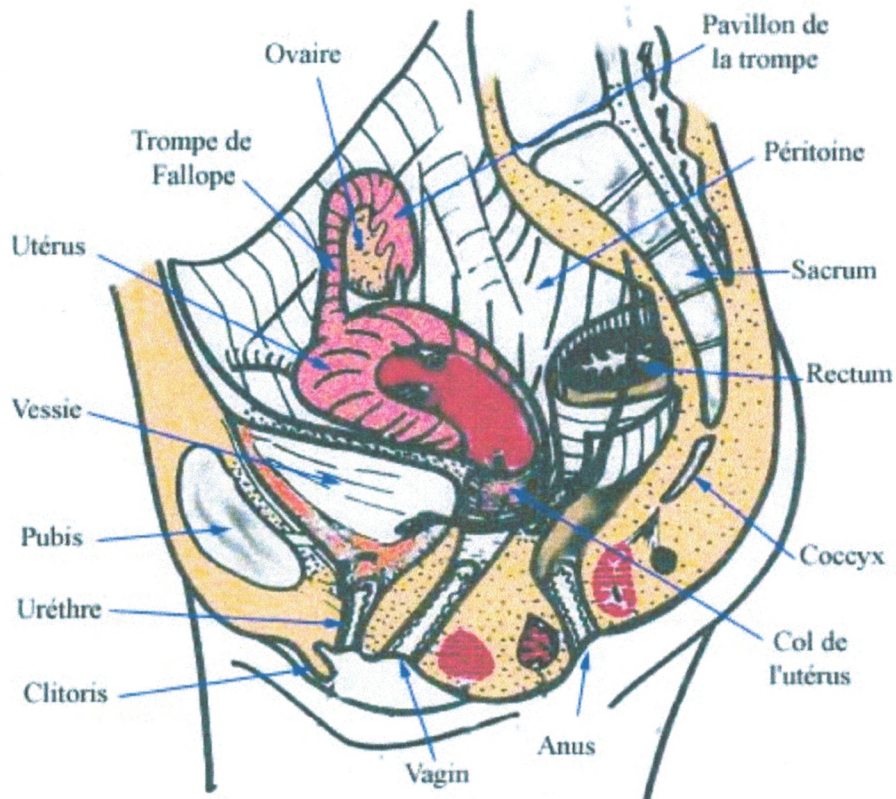
L'hystérectomie consiste en l'ablation chirurgicale de l'utérus. Lorsque le col de l'utérus est laissé en place, il s'agit d'une hystérectomie subtotale. Lorsque le col de l'utérus est également enlevé, il s'agit d'une hystérectomie totale. Il peut être nécessaire de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes. L'intervention est alors dénommée "hystérectomie avec annexectomie"

2-Rappel anatomique :

L'hystérectomie en général, comme toute intervention chirurgicale, impose une maîtrise parfaite des rapports anatomiques des structures pelviennes. Ce rappel portera essentiellement sur les éléments qui vont présenter des particularités en chirurgie vaginale.

Les conditions d'approche et l'angle de vue différents mis à part, il faut se convaincre que l'anatomie de la chirurgie vaginale est la même que celle de la chirurgie abdominale ; il faut donc penser à une anatomie en « miroir ».

Le petit bassin de la femme



1-L'utérus :

1-1 Configuration externe :

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

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

Le col utérin est cylindrique et un peu renflé à sa partie moyenne. Il est divisé en deux portions par l'insertion vaginale : la portion supra vaginale, prolongeant le corps, et la portion vaginale, visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal. Celle-ci est percée à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col qui donne accès au canal cervical. Cet orifice s'allonge

transversalement avec une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et deux incisures latérales.

1-2 Rapports :

□Partie supra vaginale de l'utérus :

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

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

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

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

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

– Les bords du corps répondent au mésomètre dans lequel cheminent l'artère utérine, les plexus veineux et lymphatiques utéro vaginaux et le nerf latéral de l'utérus.

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

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

□Partie vaginale du col :

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

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

– en avant, le septum vésicovaginal, le trigone vésical et la partie terminale de l'uretère ;

– latéralement, le paracervix ;

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

2-Les annexes :

2-1 L'ovaire :

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

– le ligament suspenseur de l'ovaire, constitué de fibres conjonctives et musculaires lisses qui entourent les vaisseaux ovariens ;

– le ligament tubo-ovarien, solidaire de la frange ovarique ;

– le ligament propre de l'ovaire tendu du pôle utérin de l'ovaire à la corne utérine.

2-2 La trompe :

Située dans les mésosalpinx, la trompe présente tout d'abord une

direction transversale jusqu'au pôle utérin de l'ovaire, puis elle suit le bord mésoovarique de l'ovaire pour retomber le long du bord libre de l'ovaire. Elle présente quatre portions :

- La partie utérine, située dans l'épaisseur même du muscle utérin. Elle débouche dans l'angle supérieur de l'utérus par un orifice de 1 mm de diamètre, l'ostium utérin.
- L'isthme tubaire, qui fait suite à la portion utérine entre les ligaments rond de l'utérus et propre de l'ovaire.
- L'ampoule tubaire fait suite à l'isthme au niveau du pôle utérin de l'ovaire. Flexueuse, elle présente une paroi mince, et une grande compliance. Elle est en rapport étroit avec l'ovaire et représente la « chambre de fécondation ».
- L'infundibulum de la trompe est évasé, en entonnoir. Son sommet fait communiquer la cavité tubaire avec celle du péritoine par un orifice extensible de 2 à 3mm, l'ostium abdominal.

3-La vessie :

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

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

4-L'uretère :

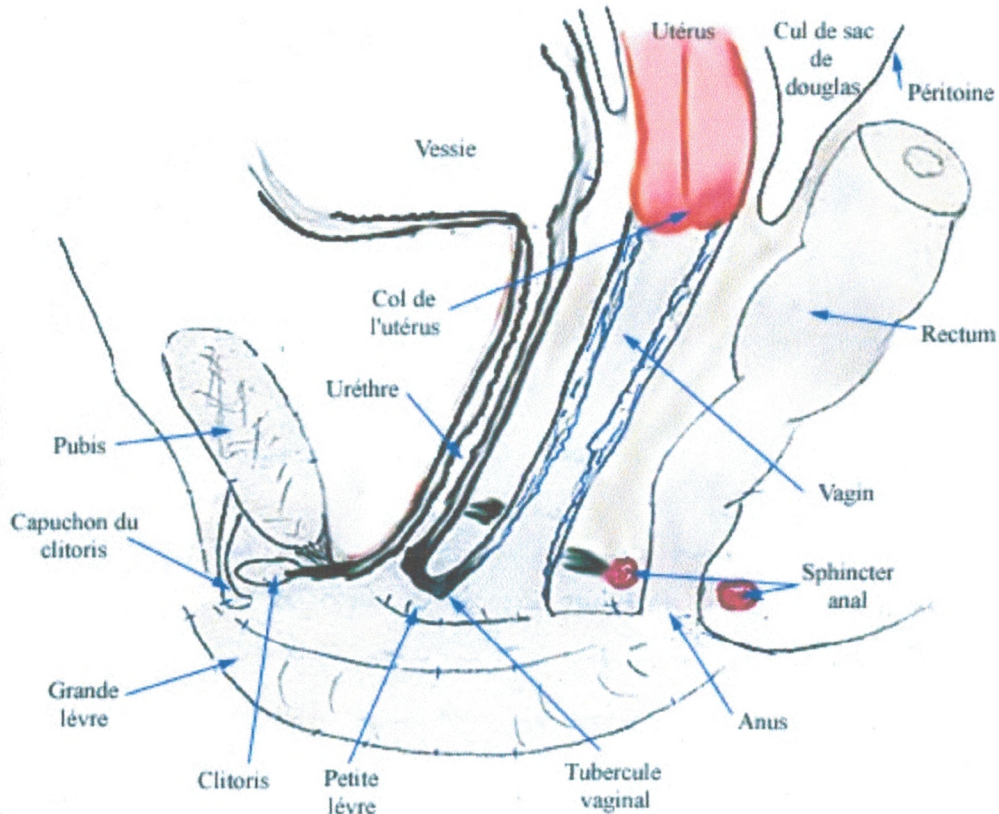
La transposition par voie basse des notions anatomiques générales concernant le tissu pelvien et l'uretère terminal est absolue.

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

Les fibres conjonctives accompagnant l'artère utérine et le ligament vésico utérin entraînent la formation d'une anse urétérale appelée « genou de l'uretère ». Donc, l'uretère descend à la partie dorso-latérale du pelvis, vient constituer son anse sous l'artère utérine et remonte vers la vessie.

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

Anatomie sexuelle de la femme, vue de profil



3-Les Différentes voies d'abord possibles :

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

A) Hystérectomie par laparotomie (par voie haute) :

L'intervention est réalisée par l'ouverture de l'abdomen, sur 10 à 15 cm. Le choix de la cicatrice est fait par le chirurgien en fonction des indications de l'hystérectomie, s'il n'y a pas déjà une cicatrice précédente . Celle-ci sera soit :

- horizontale la plus fréquente, plus esthétique .

- rarement verticale médiane sous ombilical. elle est indiquée en cas d'utérus très volumineux, dans certaines pathologies malignes ou lorsque la voie vaginale est impossible .

B) Hystérectomie vaginale (par voie basse) :

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

C) Hystérectomie Celio vaginale :

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

4-Les différents types d'hystérectomie :

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

Hystérectomie totale :

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

Hystérectomie subtotale :

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

Hystérectomie radicale :

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

Hystérectomie avec annexectomie :

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

5-Indications :

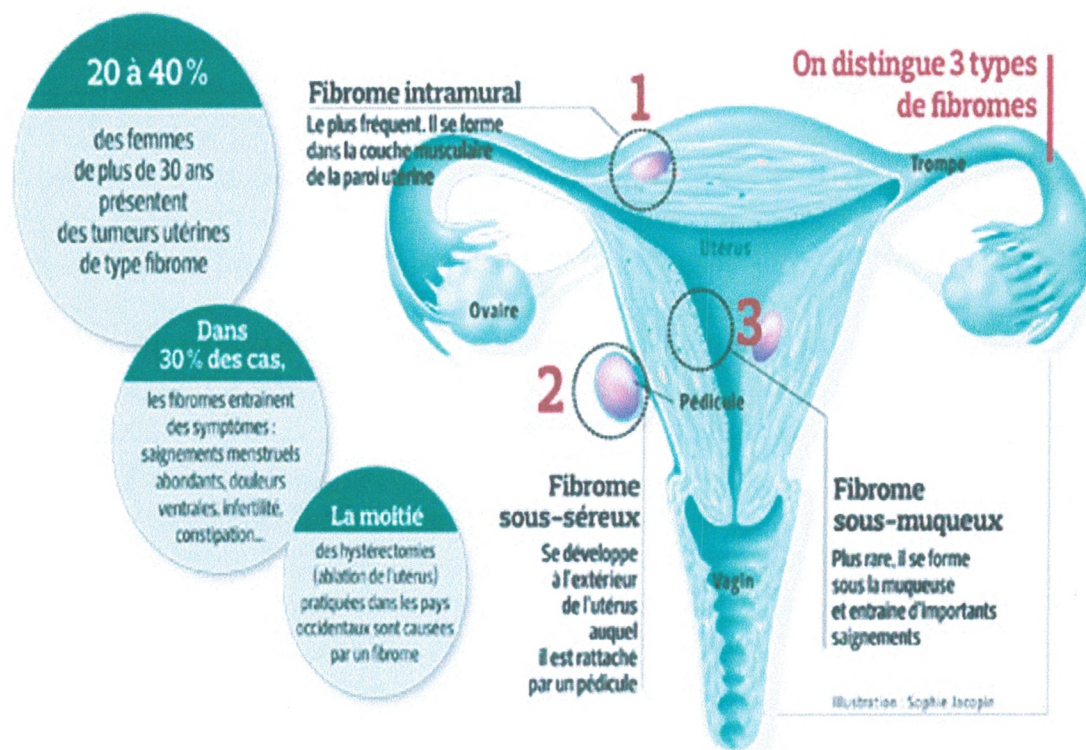
Fibromes utérins :

Représentent l'indication la plus fréquente à l'hystérectomie. Les fibromes sont des tumeurs bénignes développées aux dépens de la couche musculaire de l'utérus. Les fibromes peuvent causer des saignements abondants au cours de la période des règles appelés « ménorragies » et/ou en dehors de celle-ci « métrorragies ». Quand ils sont abondants ou prolongés, ces saignements peuvent entraîner l'apparition d'une anémie.

Les fibromes peuvent également se manifester par une sensation de pesanteur

pelvienne, la perception d'une masse abdominale ou par des règles douloureuses « dysménorrhée ».

Ils peuvent également comprimer les organes de voisinage (compression de la vessie - risque d'irritation ou de rétention vésicale, compression du rectum - faux besoins, tension anale...)

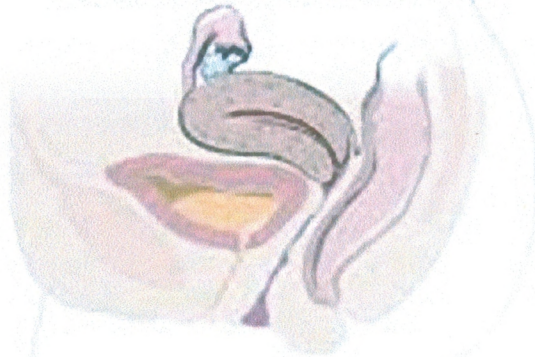


Endométriose :

L'endométriose est un état non-cancéreux dans lequel les cellules tapissant « l'endomètre » (revêtement superficiel de la paroi utérine) et qui sont normalement éliminées pendant les règles, se développent en forme d'îlots en dehors de l'utérus au niveau des ovaires, trompes utérines, vessie, muscle de l'utérus, etc..

Ces cellules qui se comportent comme les cellules endométriales normales (se desquament à chaque cycle pendant la période des règles) vont entraîner des douleurs et des sensations d'inconfort lors de la période des règles et se compliquer de kystes « endométriosiques » dus à l'absence d'élimination de ces cellules desquamantes.

Anatomie normale de la femme

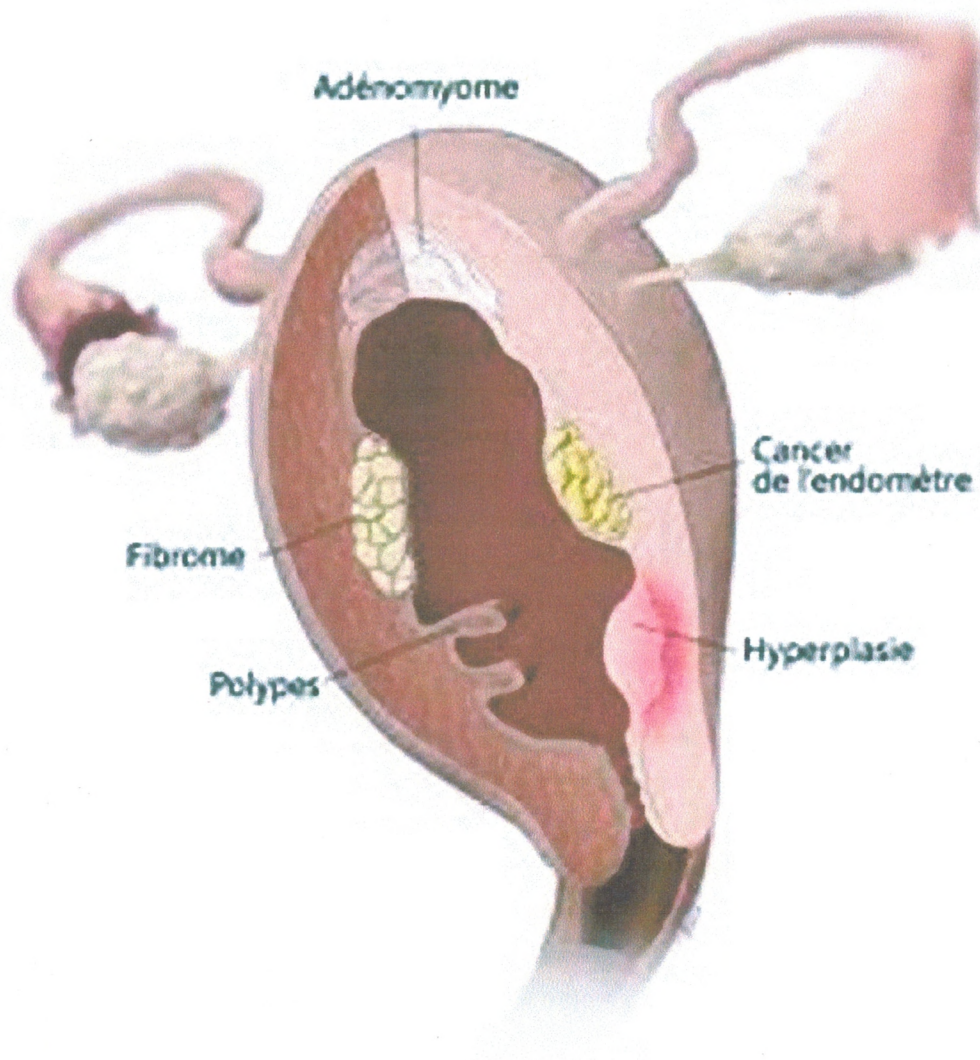


Endométriose grave



Hyperplasie de l'endomètre :

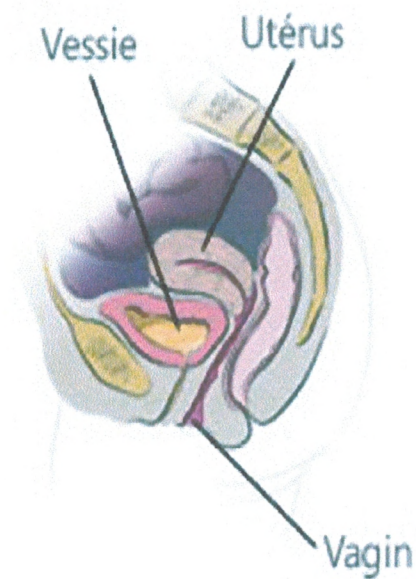
L'hyperplasie consiste en un épaississement de l'endomètre que l'on attribue à un excès d'œstrogène. L'hyperplasie cause des saignements excessifs et est parfois considérée comme une condition précancéreuse, surtout chez les femmes ménopausées ou à l'approche de la ménopause.



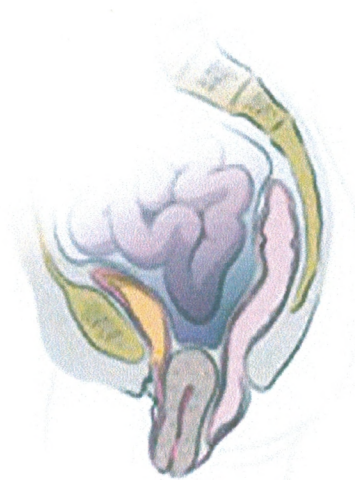
Prolapsus utérin :

Le prolapsus utérin consiste en la descente de l'utérus dans le vagin à cause de la faiblesse musculaire du périnée.

Le prolapsus est responsable d'une sensation de pesanteur au niveau de la région pelvienne et entraîne souvent une incontinence urinaire. Le prolapsus est une indication préférentielle pour une hystérectomie par voie vaginale et plus rarement pour une hystérectomie par voie abdominale.



Anatomie normale



Anatomie normale



Prolapsus vaginal

Les saignements excessifs d'origine génitale :

Peuvent être expliqués par un déséquilibre hormonal chez les femmes de plus de 40 ans. D'autres conditions peuvent être responsables également de ces hémorragies génitales : polypes, fibromes, endométriose, ... Ces saignements peuvent être abondants et entraîner de la fatigue et de l'anémie.

Etats pré-cancéreux du col et de l'utérus :

La découverte d'une lésion précancéreuse au niveau du col ou de l'utérus est une

indication à l'hystérectomie surtout chez la femme ménopausée ou à l'approche de la ménopause. Ces Conditions peuvent être également gênantes quand elles entraînent des saignements irréguliers et /ou excessifs avec comme conséquences anémie et fatigue de la patiente.

Les cancers gynécologiques :

cancer du col de l'utérus

cancer de l'utérus

cancer de l'ovaire

6-Contre-indications:

Sont peu nombreuses :

- Conditions anatomiques défavorables
- Taille de l'utérus >16 cm
- Endométriose sévère
- Tumeur annexielle
- Abscess tubo-ovarien

7-Avantages et inconvénients :

A-Avantages :

L'hystérectomie par voie vaginale, d'après la revue de la littérature (études prospectives, rétrospectives, méta-analyse), est préférable à toute autre voie d'abord, laparoscopique ou Laparotomique, quand elle est possible.

La voie vaginale face à la voie abdominale l'emporte aisément: durée d'hospitalisation plus courte ; retour à une activité normale plus précoce ; chirurgie

moins douloureuse attestée par la consommation d'analgésiques ; morbidité moindre à court terme (diminution des infections et des épisodes fébriles) et Moyen terme avec un bénéfice esthétique notable. La voie vaginale présente donc un bénéfice thérapeutique, économique et psychosocial (scores de qualité de vie et indices de satisfaction) .

La laparoscopie, quelles que soient les études, n'apparaît pas supérieure à la voie vaginale quand cette dernière peut être faite en toute sécurité ; elle nécessite une expertise de l'opérateur, un temps opératoire et un coût hospitalier supérieurs. Elle permet cependant la découverte plus fréquente d'une affection associée.

Pré requis à la voie vaginale

La voie vaginale devrait donc être le premier choix de l'hystérectomie. Pour être réalisée en sécurité, elle nécessite certaines conditions anatomiques sans lesquelles elle risque d'être difficile, voire impossible et par là même contre indiquée, et peut être limitée par des facteurs liés à l'affection.

Si la frontière théorique des indications est consensuelle, en pratique elle est éminemment variable en fonction de l'expérience de l'équipe chirurgicale.

Conditions anatomiques liées à la patiente

- Accessibilité vaginale.
- Laxité de l'appareil ligamentaire.
- Ouverture de l'arcade pubienne.
- Souplesse du périnée.
- Possibilité d'installation : Certaines affections de la hanche ou du rachis sont incompatibles avec la position opératoire, cuisses hyper fléchies sur le bassin, en légère abduction, fesses débordant de la table.

Facteurs limitant liés à l'affection utéro pelvienne

- Taille de l'utérus
- Antécédents de chirurgie pelvienne.

B-Inconvénients :

Morbidité. Mortalité:

La morbidité de l'hystérectomie vaginale rapportée dans la littérature est très variable, fonction des indications et des gestes opératoires associés, du type de complications

décrites (sévères ou mineures), de l'expérience de l'opérateur, de facteurs liés à la patiente (âge, risque anesthésique, obésité, antécédents de chirurgie pelvienne ou de césarienne).

Taux global:

Le taux global péri opératoire est évalué entre 8 et 14 % dans la plupart des séries (avec des extrêmes à 23 %), de 3 à 5 % en per opératoire, autour de 10 % en postopératoire. Le taux de reprise chirurgicale avoisine 0,8 %, le taux de laparoconversion 1,4 % à 4,2 %, le taux de réadmission dans les 6 semaines 2 %.

Complications per opératoires:

La voie d'abord peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention

Les traumatismes urinaires sont rares, de 0,2 à 2 % de plaie vésicale, sans conséquences majeures, souvent préférentiellement en cas d'antécédent de césarienne même si l'augmentation

De l'incidence n'est pas toujours significative. Les traumatismes urétéraux sont exceptionnels. À plus long terme, le taux de fistules vésicovaginales reste anecdotique, de 0,2 ‰. Les plaies digestives sont rares, 0,5 %, la plaie rectale est le plus souvent sous-péritonéale.

Les hémorragies importantes, au-delà de 500 ml, de 2 à 3,4 %, nécessitent une transfusion dans 0,4 à 2 % des cas et sont un facteur de risque indépendant de laparoconversion.

Complications postopératoires:

Voici la liste des principaux risques et complications qui peuvent survenir à la suite d'une hystérectomie :

- Le prolapsus Lorsque l'utérus est enlevé, d'autres organes tels que les intestins et la vessie peuvent descendre vers le bas et engendrer des problèmes de constipation et/ou d'incontinence urinaire..
- La ménopause. Lorsque les ovaires sont enlevés lors d'une hystérectomie, la quantité d'hormones en circulation dans le sang chute brusquement.

Suite à ce type de chirurgie, les femmes qui ne sont pas ménopausées le deviennent, c'est ce qu'on appelle une ménopause « Chirurgicale ». Les symptômes de la ménopause se font alors sentir. Voici la liste des principaux symptômes :

- o bouffées de chaleur;
- o sécheresse vaginale (difficultés à lubrifier);
- o fatigue;
- o sueurs nocturnes;
- o irritabilité;
- o insomnie;
- o migraines; et
- o risques accrus d'ostéoporose et de maladies cardiaques.

8-Bilan préopératoire :

Bilan:

L'hystérectomie vaginale s'adresse à des femmes jeunes en bon état général, hormis celles opérées pour prolapsus. L'évaluation du risque opératoire est obtenue par la consultation d'anesthésie, le score ASA (American Society of Anesthésiologistes), et les examens complémentaires prescrits en fonction du terrain et des affections associées.

La radiographie pulmonaire n'est justifiée qu'en cas d'affection respiratoire.

L'électrocardiogramme, systématique chez les plus de 55 ans, est pratiqué en présence de facteurs de risque : hypertension artérielle ; troubles du rythme ; maladie systémique à retentissement cardiaque ; maladie vasculaire ; thérapeutique cardio-toxique ; anomalie électrolytique.

Le bilan d'hémostase est en règle demandé, certains ne le proposent qu'en cas d'anomalie suspectée par l'examen clinique et l'interrogatoire.

L'indication opératoire est portée après un interrogatoire précis, un examen clinique complété dans la majorité des cas par une échographie pelvienne et endovaginale, et parfois par une hystéroscopie ou un examen en imagerie par résonance magnétique complémentaire. Une évaluation endométriale et des frottis cervicovaginaux doivent figurer dans le dossier, ainsi qu'un consentement éclairé après une information précise et loyale sur le déroulement de l'intervention et du séjour hospitalier, sur les moyens d'analgésie, sur les bénéfices et risques attendus, ainsi que les alternatives en fonction de l'affection.

Préparation de la patiente:

- Douche bétadine et toilette vaginale antiseptique.
- Lavement évacuateur pour certains. Préparation digestive par régime sans résidu et macromolécules pour les interventions à risque de plaie digestive (endométriose sévère, adhérences pelviennes importantes).
- Tonte vulvaire ou non.
- Vidange vésicale par miction spontanée avant le départ au bloc opératoire.
- Prémédication.

Prévention infectieuse et thromboembolique :

L'antibioprophylaxie est systématique pour la chirurgie vaginale contaminée : céphalosporine de deuxième génération au moment de l'induction, active sur les germes à Gram négatif et anaérobie. Elle est répétée si la durée opératoire dépasse 2 heures, mais n'est pas poursuivie en postopératoire.

La prévention des accidents thromboemboliques péri- et postopératoires obéit au schéma thérapeutique recommandé par la Société française d'anesthésie-réanimation en partenariat avec la Haute autorité de santé, en fonction du risque cumulé lié au patient (facteurs de risque) et lié à l'intervention chirurgicale (risque modéré pour l'hystérectomie vaginale). Elle propose l'utilisation systématique de bas anti thrombose, associée à une héparine de bas poids moléculaire ou héparine non fractionnée. La dose et la durée de la prévention sont décidées en fonction du risque cumulé.

Installation au bloc opératoire:

La patiente est en décubitus dorsal avec un discret Trendelenbourg pour éloigner les anses digestives, les fesses débordant légèrement du bord de la table, les cuisses en abduction et flexion à 90°, les jambes appuyées sur des jambières ou tenues par des bottes. Si la patiente présente une affection de la hanche ou du rachis, il est préférable de tester l'installation opératoire avant l'anesthésie. En cas de douleur ou de flexion insuffisante, il faut abandonner la voie vaginale.

Instruments:

En sus d'une boîte standard :

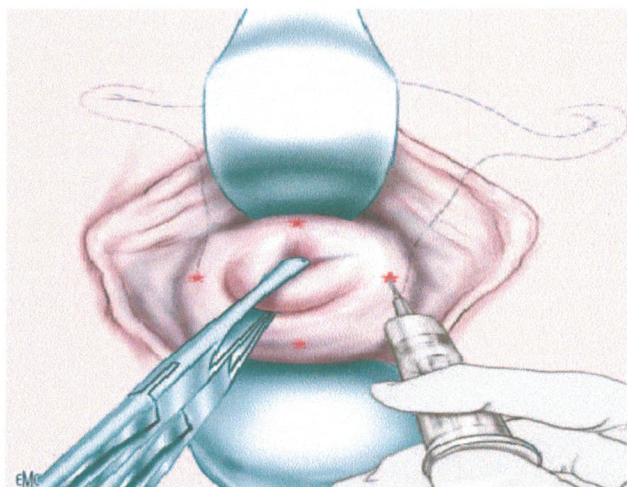
- pinces de Museux : 2 ;
 - pinces de Pozzi : 2 ;
 - pinces d'Allis ou de Cotte ou de Kocher longues : 2 ;
 - pinces hémostatiques de Jean-Louis Faure : 2 à 4 ;
 - valves vaginales de Breisky : 5 ;
 - valve de Mangiagalli : 1 ;
 - passe-fil type aiguille de Deschamps : technique de Centaro ;
 - système de thermo fusion avec pinces dédiées :
- Hystérectomie sans fil.

Principes de l'hystérectomie:

- Séparer l'utérus des organes pelviens, vessie et rectum, qui lui sont accolés par les septa, tout en maintenant lesdits organes ainsi que l'uretère à distance.
- Mobiliser l'utérus par section hémostatique des ligaments suspenseurs utérosacrés et paracervix de bas en haut.
- Conserver ou non les annexes.
- Rendre au vagin sa longueur et sa fonctionnalité

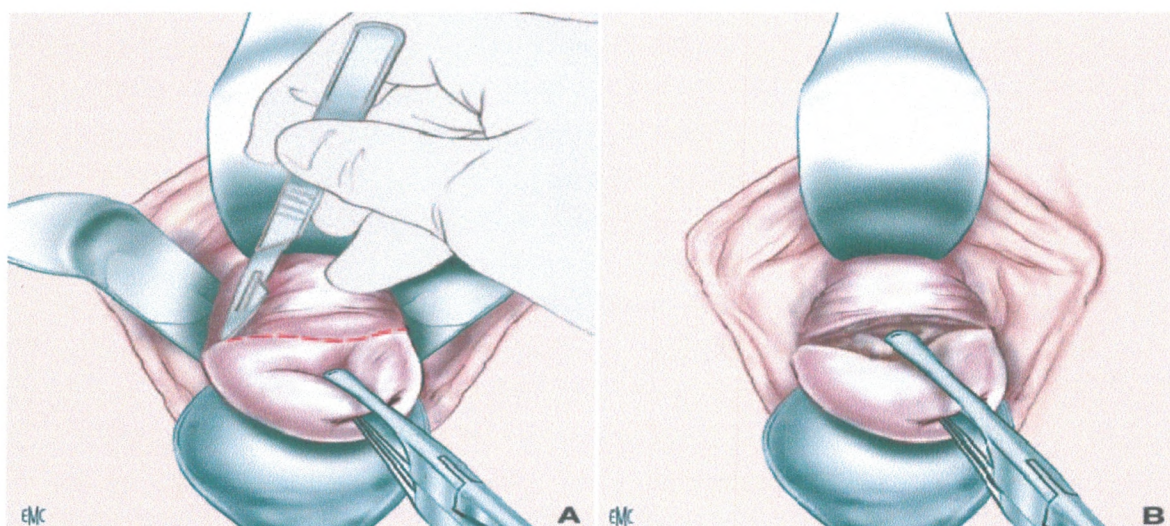
9-Hystérectomie vaginale « classique » conservatrice par clampage-ligature-section:

1.Préhension du col utérin :



2.Colpotomie antérieure :

Incision au bistouri froid, franche, profonde et perpendiculaire au col, du vagin antérieur dans le sens horaire juste en dessous du « bombement » vésical.



3. Dissection vésico-utérine :

- Incision de la cloison supravaginale ainsi exposée à mi-hauteur ; les ciseaux de Mayo forment un angle de 70° environ avec l'isthme utérin, leur convexité dirigée vers le corps utérin, et restent tangentiels à la vessie (Fig. 8).
- Décollement vésico-utérin : d'abord aux ciseaux par un refoulement cranial de la vessie en restant au contact de l'utérus puis, une fois le bon plan trouvé, à l'aide de l'index sans aucune résistance en restant médian jusqu'au cul-de-sac péritonéal (Fig. 9).
- Introduction de la valve antérieure dans le décollement.
- Section des fibres résiduelles du septum vésicovaginal, si nécessaire, aux ci seaux sous contrôle de la vue (Fig. 10).

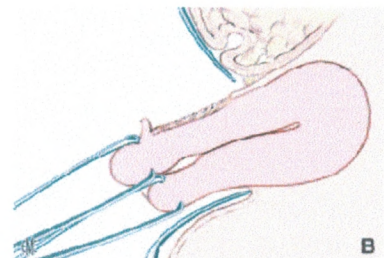
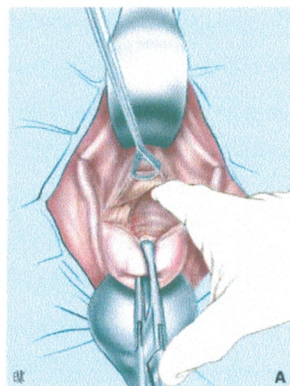
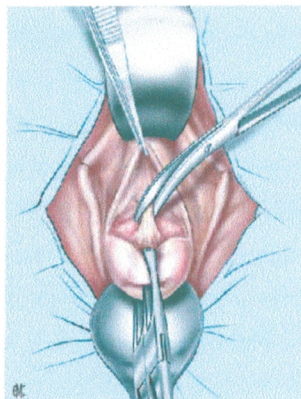


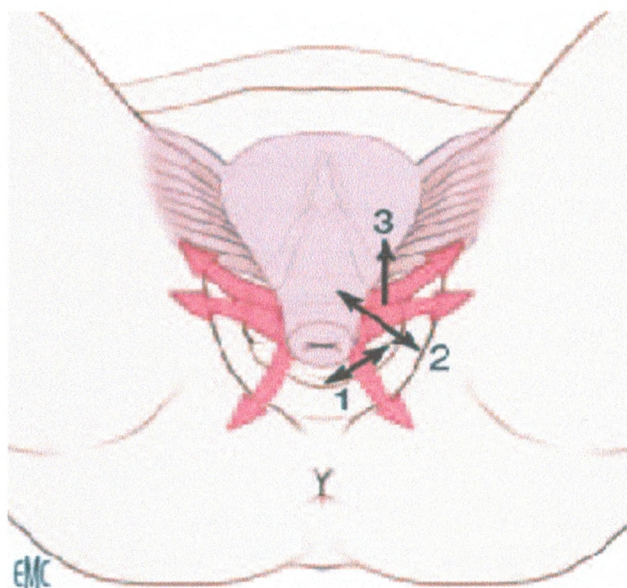
Figure 8. Incision de la cloison supravaginale. **Figure 9.** Décollement vésico-utérin. **Figure 10.** Fin de la dissection vésico-utérine

4. Colpotomie postérieure :

Incision franche au bistouri froid du vagin postérieur juste au-dessous du « bombement » du Douglas et du rectum, en continuité avec l'incision précédente.

5. Ouverture du Douglas :

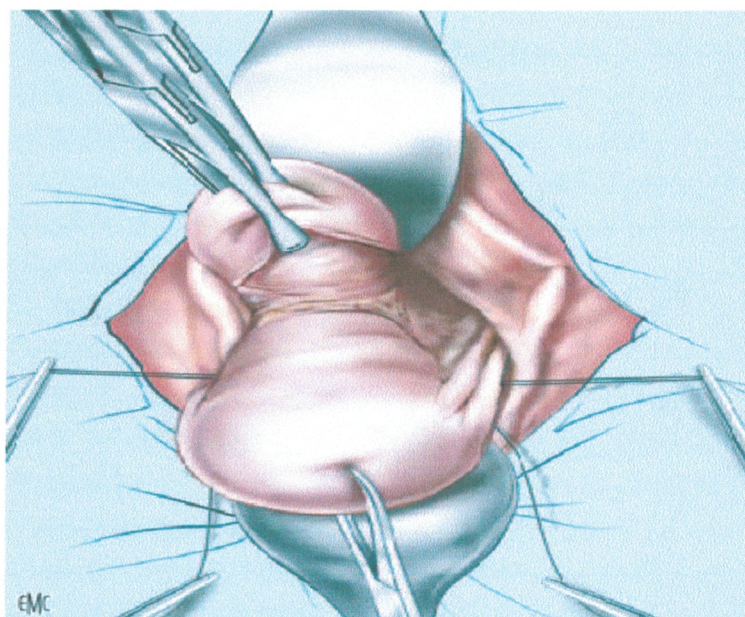
6.Ligature section des utérosacrés,du paracervix (pédicules cervicovaginaux) et du paramètre (pédicules utérins) :



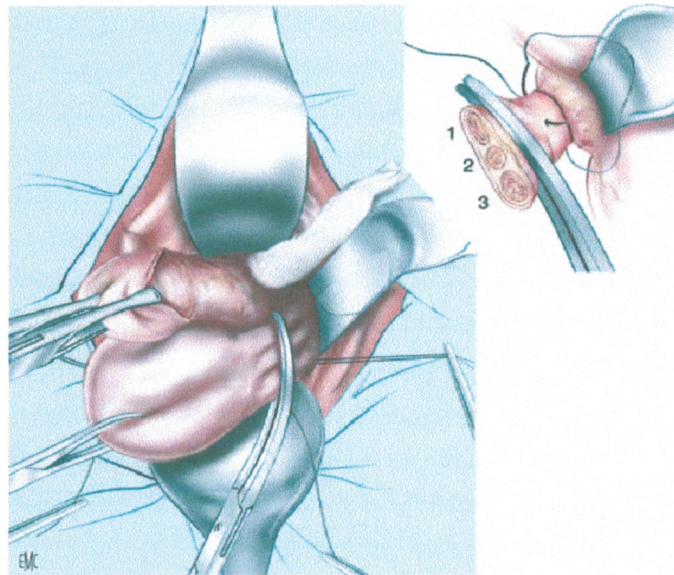
Pédicules à ligaturer. 1. Première ligature : utérosacrés ; 2. deuxième ligature, paracervix ; 3. troisième ligature, paramètre.

7.Extériorisation du fond utérin :

- Traction du col vers le pubis.
- Extériorisation et bascule du fond utérin à travers le Douglas grâce à une pince de Pozzi.



8.Ligature section des pédicules annexiels :



Ligature du pédicule annexiel. 1. Ligament rond ; 2. ligament propre de l'ovaire ; 3. trompe.

9.Inspection systématique des annexes et contrôle de l'hémostase :

10.Fermeture péritonéale et vaginale :

11.Fin d'intervention :

- Sondage évacuateur plutôt que sonde urinaire. Celle-ci est nécessaire en cas d'anesthésie locorégionale.
- Mèche intravaginale inutile. Si elle est préférée du chirurgien, mettre une mèche iodoformée 24 heures.
- Traitement antalgique, réalimentation à j1, voire le jour même à la demande.
- Hospitalisation courte, voire de 24 heures pour certaines équipes .
- Arrêt de travail de 4 semaines.
- Absence de rapports sexuels jusqu'à la visite de contrôle. Préférer les douches.
- Prévenir de l'existence de petites métrorragies, pendant 8 à 10 jours, suivies de leucorrhées.
- Prescrire à cet effet des ovules antiseptiques si nécessaire.

10-CONCLUSION:

A l'issue de cette étude rétrospective de 45 dossiers d'HV réalisées dans le service de gynécologie-obstétrique de l'EHS Tlemcen nous avons pu dégager les conclusions suivantes :- La voie d'abord lors d'une hystérectomie est encore un sujet de controverse,

Certaines équipes résolument « vagin listes » ont atteint un chiffre de 80 %
D'hystérectomies par voie basse.

- Les indications de l'HV sont nombreuses et tendent à s'élargir de plus en plus avec les progrès de la chirurgie gynécologique telle l'utilisation de la célioscopie et des techniques de réduction du volume utérin.

- Les seules contre-indications formelles à la voie basse se limitent aux Cancers ovariens, les utérus très volumineux atteignant l'ombilic (≥ 20 SA), les atrésies vaginales voire les patientes vierges ou présentant des lésions importantes de hanche ou de colonne empêchant l'installation pour un abord vaginal.

- Cette technique chirurgicale est actuellement en plein essor, ses avantages relevés au bout de ce travail sont nombreux et intéressent différents niveaux :

□ Sur le plan économique : l'HV est la moins chère du fait de la durée d'opération et d'hospitalisation réduites et de la consommation

Réduite des antalgiques.

□ Sur le plan socioprofessionnel et sexuel : l'HV permet une reprise plus rapide des activités professionnelles et sexuelles du fait de sa

Faible morbidité et sa courte convalescence.

□ Sur le plan esthétique : l'avantage de l'HV dans ce domaine est évident puisqu'il n'existe aucune cicatrice cutanée visible.

- 133 -

Néanmoins, cette technique chirurgicale aux multiples atouts, n'est pas dénuée d'inconvénients :

□ Volume utérin limitant

□ ATCD de la patiente limitant

□ Enseignement plus délicat

□ Champ opératoire limité

□ Plaies de vessie plus fréquentes

□ Pas d'exploration abdominale.

Malgré ces limites, l'HVb mériterait d'être enseignée comme technique de référence dans les écoles de chirurgie, et devra être pratiquée à chaque fois que l'indication se présente .



ETUDE PRATIQUE

Notre étude est rétrospective portant sur 45 cas d'hystérectomies vaginales réalisées dans le service de gynécologie-obstétrique EHS de Tlemcen, durant la période de 18 mois.

Nous nous sommes intéressés au cours de notre étude au profil épidémiologique de nos patientes et surtout à l'évaluation des indications, techniques et complications de l'hystérectomie vaginale.

Nous allons essayer de faire une comparaison entre les résultats de notre série et certains rapportés dans la littérature tout en appréciant les bénéfices et les difficultés des hystérectomies vaginales.

Les données ont été tirées des dossiers médicaux des patientes, les fiches d'anesthésie, le compte rendu opératoire.

RESULTATS :

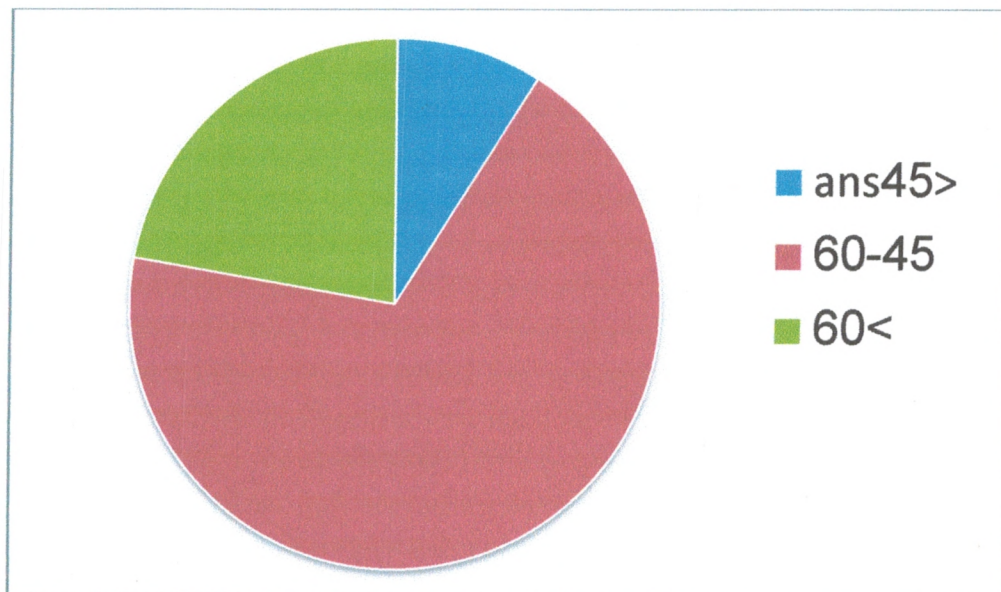
1- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE :

L'âge :

L'âge moyen des patientes était de 51 ans (extrêmes : 28-80 ans).

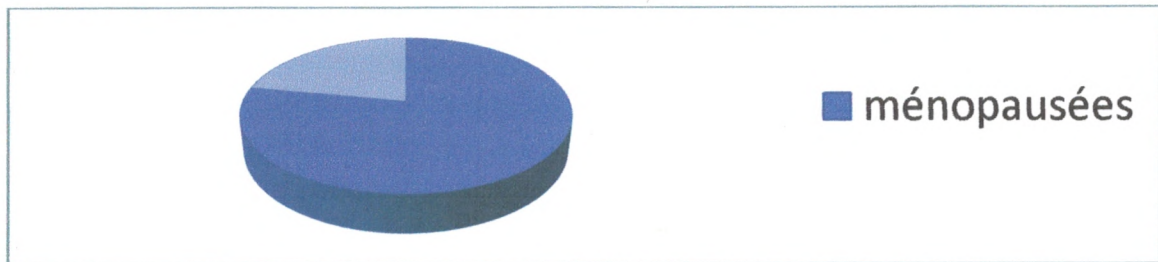
Ce graphique montre le nombre d'HVB selon l'âge avec un maximum

D'HVB dans la tranche d'âge entre 45 et 60 ans (31 cas soit $\approx 80\%$).



Le statut génital :

35 patientes étaient ménopausées (78 %) et 10 étaient en activité génitale (22 %).



La parité :

La parité moyenne de notre série est de 6 enfants (extrêmes : 0 – 14 Enfants).

La plupart de nos patientes était multipares voire grandes multipares avec respectivement 86 % et 37 %.

Aucune patientes étaient nullipares (0%).

ATCD médicaux :

Dans notre série on a 33% des patientes ayant des ATCD médicaux dont : 06 cas d'HTA ,05 cas de diabète, 01 cas de métrorragie, 01cas d'endométrite et un cas d'angor .On note 03 patientes qui ont 02 antécédents médicaux ou plus associés .

	Nombre de cas	Fréquence %
Métrorragie	1	20.38
HTA	6	14.29
Diabète	5	11.9
Endométrite	1	2.38
Angor	1	2.38
Total	14*	33.33

ATCD chirurgicaux :

Dans notre série, 19.04% des patientes avaient des antécédents chirurgicaux dont : 04 cas de cholécystectomie, 01 cas d'appendicectomie, 01cas de vericectomie, 01cas d'hernie discale et un cas de kystectomie

Certains auteurs s'accordent sur le fait que l'ATCD de césarienne représente un facteur de risque de lésions vésicales pour la voie vaginale mais sans pour autant constituer une contre-indication à cette voie d'abord.

	Nombre de cas	Fréquence %
cholécystectomie	4	9.52
Appendicectomie	1	2.38
<u>Varicectomie</u>	1	2.38
Hernie discale	1	2.38
<u>kystectomie</u>	1	2.38
Total	8	19.04

2- DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

Les signes fonctionnels étaient dominés par les hémorragies Gynécologiques spontanées et les prolapsus génitaux avec le plus souvent une symptomatologie urinaire associée.

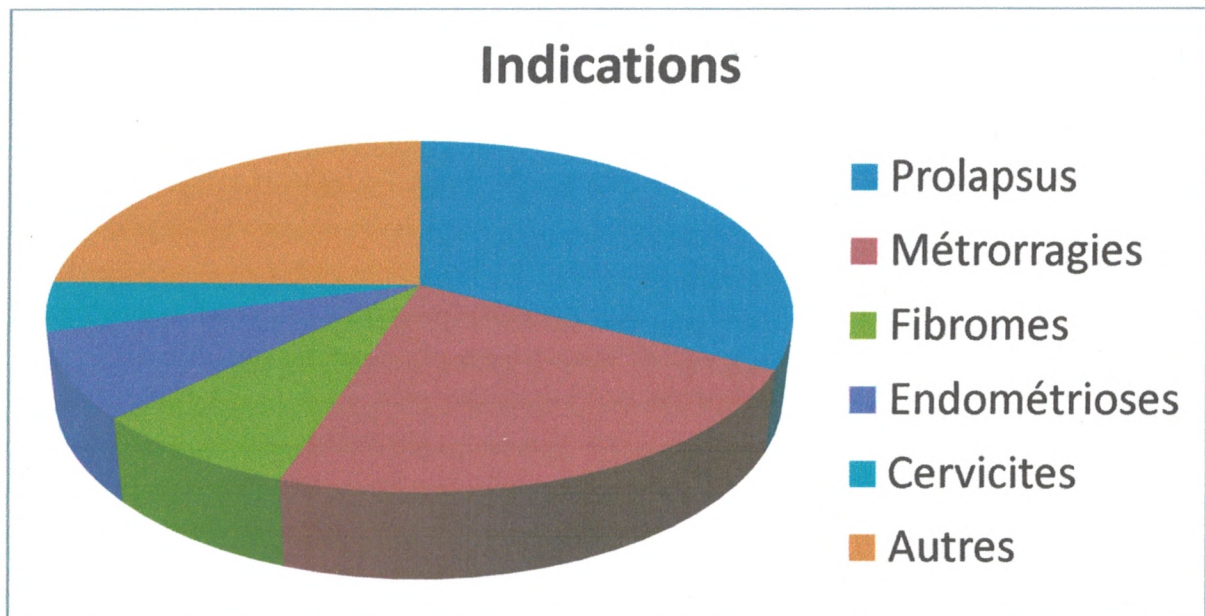
Les saignements provoqués ne constituent que trois cas. Le reste des signes fonctionnels correspondait à des douleurs pelviennes Chroniques isolées.

3- INDICATIONS DES HVB :

Dans notre série, les indications opératoires sont dominées par les prolapsus génitaux (13cas), les métrorragies (09 cas), les fibromes (03 cas), Les endométrioses (03 cas), et autres indications(cervicite,cystocele,.....).

Le tableau suivant regroupe l'ensemble des indications des HVB dans notre série :

<u>Indications</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Pourcentage</u>
Prolapsus	13	29
Métrorragies	09	20
<u>Fibromes</u>	03	07
Endométrioses	03	07
Cervicites	02	04
Autres	15	33
Total	45	100 %



11-RESUME:

Depuis la première description complète, il y a plus d'un siècle, l'abord vaginal prend une place de plus en plus importante en chirurgie gynécologique.

Notre travail consiste en une étude rétrospective de 45 dossiers d'HVB colligés au service de gynécologie obstétrique

Le profil de notre série est le suivant :

L'âge moyen de nos patientes est de 51 ans.

La parité moyenne est de 6 enfants.

Le statut génital objective une prédominance des femmes en activité génitale.

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont

Représentés par les hémorragies gynécologiques et les Prolapsus génitaux.

Les principales indications sont représentées par les utérus myomateux, les prolapsus génitaux, les hyperplasies de l'endomètre et les dysplasies cervicales.

La fréquence de l'HVB dans notre service est de 51 %.

Sur le plan opératoire, l'HVB a été réalisée selon la technique standard avec annexectomie par voie basse unilatérale dans 5 cas et bilatérale dans 3 cas ; et recours dans certains cas aux techniques de réduction du volume utérin.

La durée opératoire moyenne est de 69,5 min, le saignement moyen est de 289 ml.

Les difficultés opératoires rencontrées au cours de l'intervention sont en rapport avec le volume utérin et la présence d'adhérences.

Les complications per-opératoires sont dominées par quatre hémorragies jugulées facilement et trois plaies vésicales reconnues et suturées.

La laparotomie de conversion était nécessaire dans douze cas pour des raisons d'adhérences et de volume utérin excessif.

Les complications post-opératoires sont dominées par les infections dont le traitement variait d'une simple antibiothérapie jusqu'à la reprise chirurgicale par voie haute.

Aucun décès n'a été déploré dans notre série.

Aucune complication thromboembolique n'est survenue.

La durée moyenne du séjour post-opératoire est de 7,59 jours.

L'évolution à moyen et à long terme est globalement favorable.

S'il est un fait que l'HVB est une intervention séduisante de part sa rapidité d'exécution et le confort qu'elle apporte aussi bien au chirurgien qu'à la patiente, le concept de « non laparotomie » ne doit pas devenir une obsession faisant reculer l'hystérectomie abdominale, mais n'oublions pas que la chirurgie classique doit rester la base de la formation du gynécologue en y associant une formation

adéquate en chirurgie vaginale et coelioscopique