

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION
AND SCIENTIFIC RESEARCH

ⵜⴰⵎⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴳⴷⴰⵢⵜ
ABOU BEKR BELKAID UNIVERSITY OF TLEMCEM
FACULTY OF MEDECINE
Dr. B. BENZERDJEB



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
OF ALGERIA

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان
كلية الطب
ب. بن زرجب - تلمسان

Mémoire de fin d'études

THEME

Hysterectomie par voie haute

Présenté Par :

- BENALI Nardjes Hana
- ALOMARI Mallak
- KERMAI Djahida

Mémoire dirigé par :

Pr OUALI

Professeur en Gynecologie Obstetricale

Année universitaire : 2023-2024

REMERCIEMENTS

Les mots expressifs sont difficiles à trouver pour exprimer nos remerciements.

Nous tenons à remercier « Allah » le tout puissant de nous avoir donné la force pour réaliser ce travail, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés.

Nous tenons à exprimer nos grands remerciements à notre encadreur Professeur OUALI, pour l'effort fourni et pour vos précieux critiques, votre confiance et votre persévérance dans le suivi, tout au long de la réalisation de ce travail.

Merci pour votre patience et votre soutien.

Nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont apporté leur soutien.

SOMMAIRE

Partie théorique :

Introduction

- I. DEFINITION
- II. LES DIFFERENTES VOIES D'ABORD CHIRURGICALE
- III. RAPPEL D'ANATOMIE CHIRURGICALE
- IV. LES DIFFERENTS TYPE D'HYSTERECTOMIE
- V. INDICATIONS : 1. Pathologies bénignes 2. Hémorragies obstétricales 3. Les pathologies malignes
- VI. CONDUITE A TENIR
- VII. QUELLE SONT LES CONSEQUENCES D'UNE HYSTERECTOMIE
- VIII. LES COMPLICATION DE L'INTERVENTION
- IX. LES AVANTAGES D'UNE HYSTERECTOMIE
- X. LES INFORMATIONS PRATIQUES :HYSTERECTOMIE
- XI. LES FAUSSES IDEES LIEES A L'HYSTERECTOMIE

Partie pratique :

- I. INTRODUCTION
- II. MATERIEL ET METHODES
- III. RESULTATS
- IV. DISCUSSION
- V. CONCLUSION

Bibliographie

Partie théorique

INTRODUCTION :

L'hystérectomie désigne une intervention chirurgicale par laquelle on procède à l'ablation de l'utérus ou une partie de celui-ci , L'hystérectomie peut être réalisée de trois manières : par voie abdominale , par voie vaginale ou par voie laparoscopique

Pourquoi une hystérectomie ?

Une hystérectomie est envisagée soit après l'échec du traitement médical du saignement rebelle , soit lorsqu'un fibrome utérin entraîne des symptômes gênants (hémorragie répétée , compression des organes pelviens , douleurs du petit bassin) , soit en cas de cancer utérin ou encore après un accouchement lorsqu'une hémorragie se révèle impossible à contrôler .

Il existe deux types d'interventions pratiqués sous Anesthésie générale :

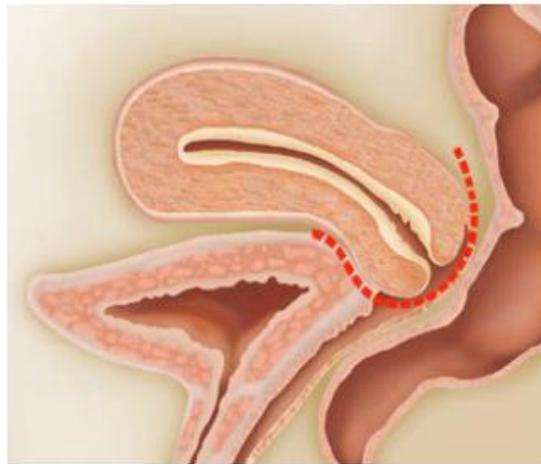
L'hystérectomie Totale : comprend l'ablation du corps et du col de l'utérus , Elle se pratique par voie abdominale (chirurgie classique) ou chaque fois que c'est possible vaginale , à cause des avantages de cet accès : risque opératoire plus faible , cicatrice absente , convalescence très rapide et anesthésie péridurale possible.

L'hystérectomie sub totale : Ne se pratique que par voie abdominale , consiste à enlever le corps de l'utérus en laissant le col utérin en place , elle permet de conserver toute sa profondeur en vagin mais le risque de développement d'un cancer sur le col restant , ce risque n'étant pas lié à l'opération le rend de plus en plus rare et ce d'autant que le maintien du col ne semble pas intervenir sur la sexualité féminine ultérieure . On dit enfin hystérectomie « conservatrice » ou « interannexielle » si les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place.

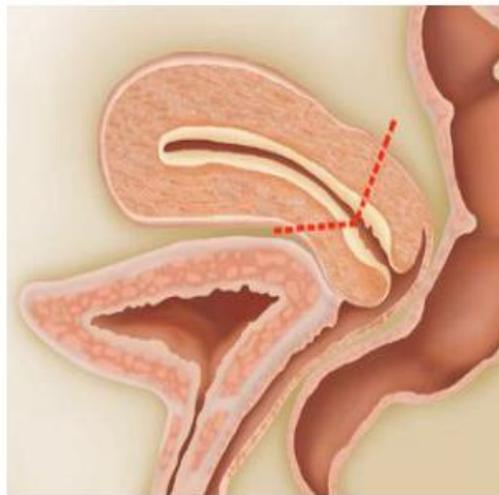
La voie vaginale est la plus utilisée lors des pathologies bénignes ; La voie abdominale reste conservée en cas d'utérus poly fibromateux de grande taille, d'accès vaginal limité, de pathologie annexielle, d'adhésions pelviennes. La connaissance de l'anatomie pelvienne est indispensable pour une prise en charge chirurgicale optimale.

La voie abdominale peut entraîner des complications à court et moyen terme. Les plus fréquentes sont des complications hémorragiques et infectieuses en postopératoire précoce. Il ne semble pas exister de retentissement sur la vie sexuelle et la libido.

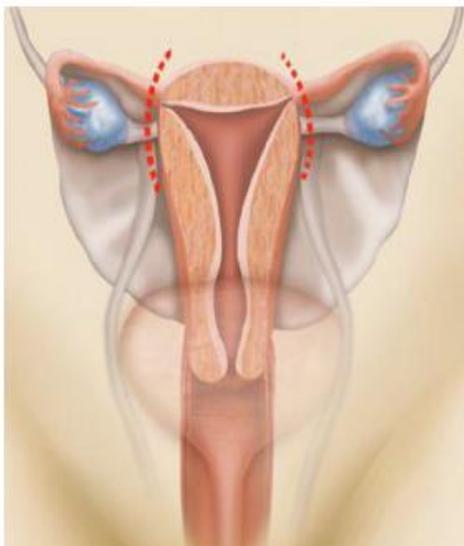
Cependant, l'apparition d'un prolapsus post hystérectomie et des troubles du transit sont possibles. Des retentissements sur la vie sociale et affective peuvent apparaître et doivent être signalés à la patiente en préopératoire pour un consentement éclairé.



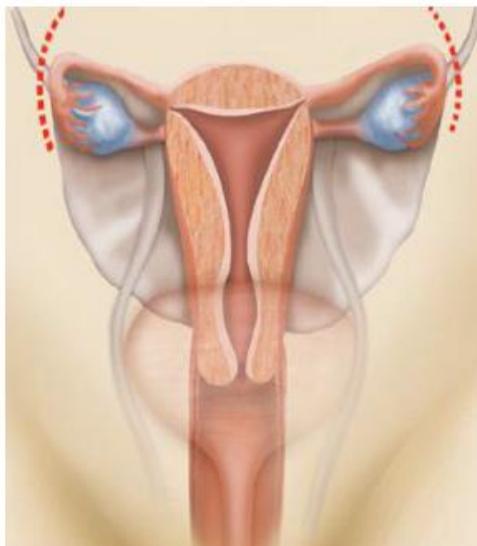
Hystérectomie Totale



Hystérectomie sub totale



Hystérectomie conservatrice



Hystérectomie non conservatrice

II- Les différentes voies d'abord chirurgicales :

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.

L'anesthésie peut être une anesthésie générale ou loco-régionale (rachianesthésie ou anesthésie péridurale). Le choix dépend du médecin anesthésiste et du chirurgien, de l'état général de la patiente et du souhait de la patiente.

1- 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 sous la limite supérieure d'un sous vêtement (comme celle d'une césarienne, on dit : incision de Pfannenstiel) c'est la situation de loin la plus fréquente, plus esthétique
- Beaucoup plus rarement Verticale (en restant en général en dessous de l'ombilic, on dit : médiane sous ombilical.

Elle est indiquée en cas d'utérus très volumineux, dans certaines pathologies malignes ou lorsque la voie vaginale est impossible. Séjour : 4 à 7 jours. Arrêt de travail : un mois.

2- 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. Parfois, elle peut être associée à une cœlioscopie, en cas de difficultés opératoire ou afin de vérifier l'absence de complication. Elle est indiquée en cas d'utérus de petite à moyenne taille, de prolapsus génital extériorisé (descente d'organes) et de pathologie plutôt bénigne. Séjour : 2 à 4 jours. Arrêt de travail : 2 à 3 semaines. La convalescence est donc plus rapide.

3- Hystérectomie coelio-vaginale

On réalise 3 à 4 incisions de 5 à 10 mm au niveau de l'abdomen afin de placer des trocars. Ces derniers permettent d'insuffler la cavité abdominale avec du gaz CO₂ et d'introduire les instruments chirurgicaux.

Cette technique est aujourd'hui de plus en plus utilisée car elle présente de nombreux avantages : diminution des douleurs postopératoires, diminution de la durée d'hospitalisation, examen complet

de la cavité péritonéale, association à d'autres gestes chirurgicaux (curage ganglionnaire par exemple).

Cependant, en cas de complication per-opératoire ou de grande difficulté technique, il peut être nécessaire de convertir l'intervention en laparotomie. Cette technique est indiquée en cas d'utérus de taille moyenne, lorsque la voie vaginale exclusive risque d'être difficile. L'abord coelioscopique permet dans ces cas de faciliter l'intervention. Cet abord permet également de faciliter l'annexectomie lorsque celle-ci est envisagée. Séjour : 2 à 4 jours. Arrêt de travail : 2 à 3 semaines.

III- Rappel d'anatomie chirurgicale

L'utérus est situé au centre du pelvis. On distingue le corps et le col utérins séparés par l'isthme. Le col lui-même est divisé en deux portions : la portion supravaginale et la portion vaginale. De chaque côté du corps utérin, au niveau des cornes utérines, naissent les ligaments ronds, les trompes et les ligaments utéro-ovariens (Fig. 1). Sous la portion ampullaire des trompes se trouvent les ovaires maintenus près de l'utérus par le ligament utéro-ovarien (Fig. 2).

Le col utérin et les trompes sont tapissés par le péritoine qui se réfléchit en avant sur la vessie au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et en arrière sur le rectum au niveau du cul-de-sac de Douglas (Fig. 3). Le péritoine est très adhérent au niveau du fond utérin mais de plus en plus lâche au fur et à mesure que l'on descend vers les cul-de-sac. L'insertion du vagin sur le col se fait dans un plan oblique en bas et en avant par l'intermédiaire d'une couche conjonctive épaisse et dense : le fascia vaginal.

Ainsi la libération du col utérin peut laisser le fascia vaginal avec le col : c'est la dissection extra-fasciale. La dissection sous-péritonéale lors de l'hystérectomie offre quelques particularités.

Le pédicule utérin :

La ligature se fait en dedans du croisement avec l'uretère contre l'utérus au niveau de l'isthme. L'artère et les veines utérines sont amarrées de très près à la paroi utérine. A ce niveau, l'artère utérine donne naissance à l'artère cervicovaginale qui se divise en branches antérieure et postérieure pour irriguer le col. La ligature doit tenir compte de ce plexus cervicovaginal.

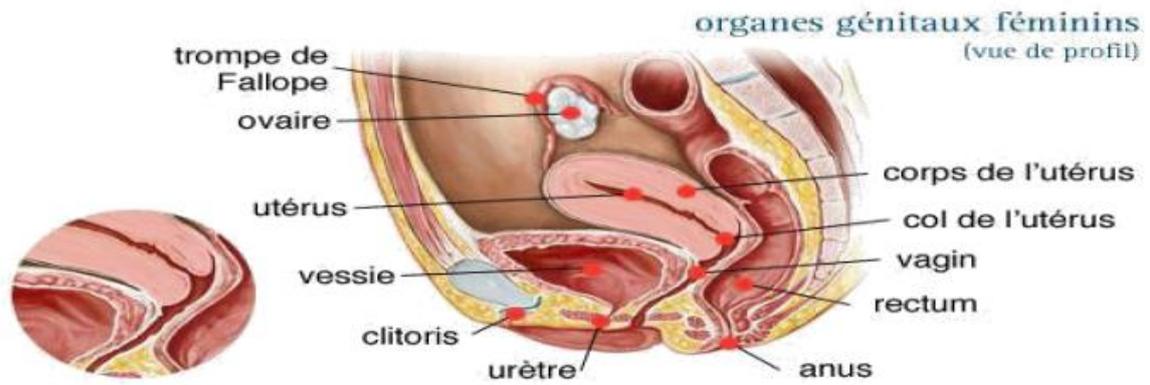


Figure 1. *Vue latérale de l'utérus et du vagin.*

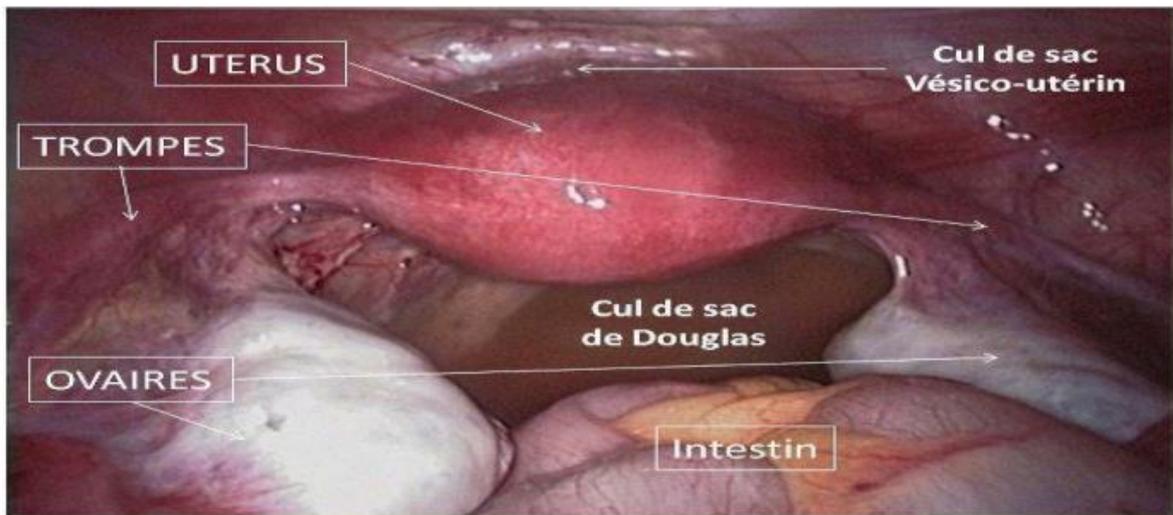


Figure 2. *Vue opératoire abdominale du pelvis.*

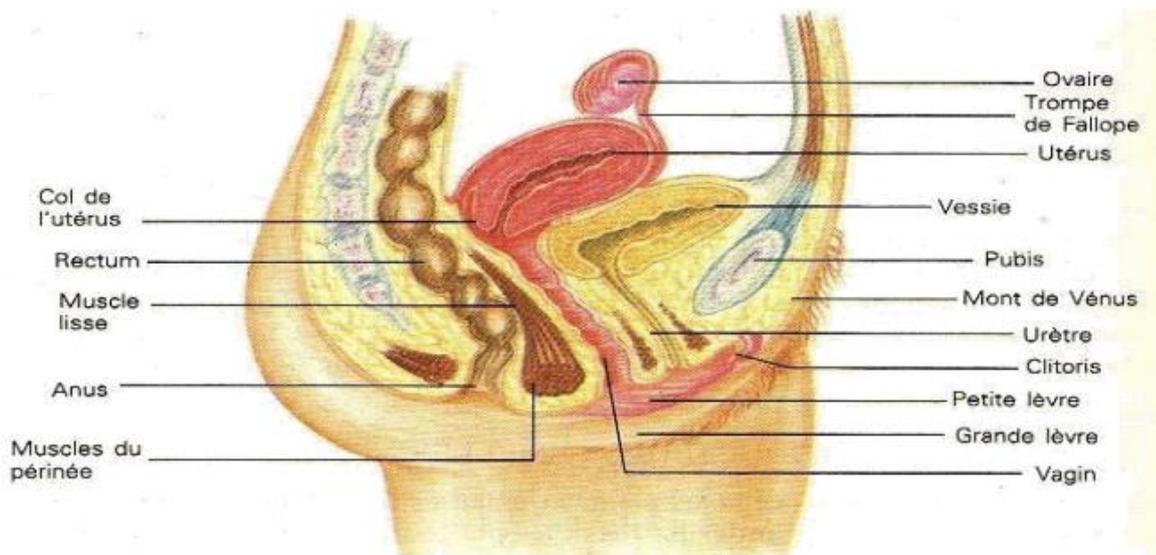


Figure 3. Coupe sagittale du pelvis

IV. Les types d'hystérectomie :

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

1; Hystérectomie totale :

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

2.Hystérectomie sub totale :

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

3- Hystérectomie radicale :

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

4- Hystérectomie avec annexectomie :

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

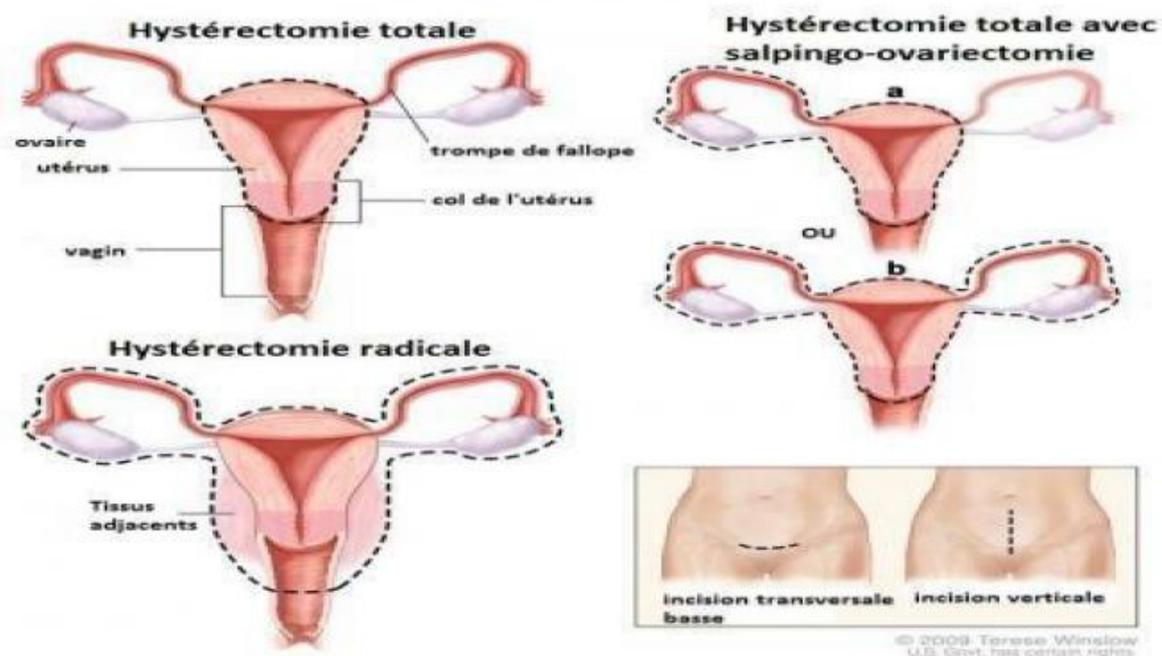


Figure 4. Types d'hystérectomie

V. INDICATIONS : peuvent être de 2grands ordres :

Soit pour des raisons fonctionnelles, c'est-à-dire en raison de symptômes gênants. Dans cette dernière catégorie sont inclus les pathologies bénignes ou symptômes modifiant la qualité de vie et dont la disparition pourrait améliorer cette dernière (comme des saignements abondants ou des douleurs invalidantes ou encore une compression d'organes de voisinage). Dans ce groupe, peuvent être retrouvés des pathologies comme des fibromes (ou myomes), de l'adénomyose, des lésions pré cancéreuses de l'endomètre ou un prolapsus utérin (descente d'organe). Dans ces cas, le but de l'hystérectomie va être de supprimer (ou amoindrir) le ou les symptômes responsable de l'altération de la qualité de vie (comme des douleurs pelviennes, des douleurs lors des règles, des règles abondantes, des saignements en dehors des règles, ou une descente d'organes gênante). Avant de poser l'indication opératoire, un traitement médicamenteux, ou une intervention moins invasive (comme l'Hystérocopie opératoire) auront dû être tenté ou proposés afin de trouver une solution si

possible non chirurgicale au problème ou au symptôme > Soit pour des raisons carcinologiques : C'est-à-dire en raison d'un cancer du col de l'utérus, ou un cancer du corps utérin (endomètre), ou encore un cancer de l'ovaire. Très exceptionnellement au décours d'un accouchement pour des raisons vitales en raison de complications très graves mais rarissimes : rupture utérine ou hémorragie incoercible de la délivrance.

1 Pathologies bénignes Les principales pathologies concernées sont :

A- 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 (Amérique, Antilles).

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 :

- 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).

- Fibrome interstitiel (ou fibrome intra mural) : Le fibrome est entièrement situé dans l'épaisseur du muscle utérin.

- 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 favorisants (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.

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

Saignements: la modification de la paroi de l'utérus (endomètre déformé) augmente les saignements au moment des règles.

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.

Hystérocopie 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'hystérocopie 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 solution 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 15ème au 25ème jour du cycle, et du 5ème au 25ème 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 particules. 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 réduction 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.

Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical des fibromes 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 cœlioscopie : 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 cœlioscopie 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.

B- L'adénomiose :

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'hystérocopie diagnostique

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.

C- 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 RI 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.

Hystérocèle : 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).

Entérocèle : 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

Parfois, cependant, aucune cause évidente n'est retrouvée.

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 physiologique oestrogénique 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, degazdans 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 cœlioscopie ; 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 cœlioscopie 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 .

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.

HEMORRAGIES OBSTETRICALES

a- L'hémorragie de la délivrance

Définition:

C'est une hémorragie survenant dans les 24h suivant l'accouchement et dont les pertes sanguines dépassent 500ml (limite arbitraire définie par l'OMS)

En Algérie: 1ère 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 complet

Bonne rétraction utérine

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).

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 »

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 récurrences 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 médicale 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 cervico-vaginale 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 Cvotec (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 a 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

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 :

a-Rupture spontanée :

- Dystocie mécanique: 600A
- DFP.
- PRT anormal.
- Mal formation foetale.
- Obstacle prævia.

Se manifeste par un travail > 15h lié à une mauvaise surveillance de travail, insuffisance et l'éloignement des infrastructures.

b-Caractéristique procréative :

La fréquence des ruptures utérines augmente avec la parité et la diminution de l'intervalle entre les grossesses (Utérus fibreux).

- Faible niveau socio-économique.
- L'âge : -<15 ans ou >35 ans.
- Autres facteurs.

2.L'utérus malformé.

a. Rupture provoquée

- Utérotoniques:
- Ocytocine : Non respect de la voie d'abord. Débit de perfusion rapide.
- PG: Crée la rupture par l'hypertonie utérine en amant l'obstacle d'un col immature.
- Manœuvres obstétricales
- Manœuvres manuelles: VME,VMI,expression abdominale intempestive.

- Manœuvre instrumentale: Embryotomie, forceps, ventouse.
- Traumatisme physique direct: Chute ou AVP.

3-Rupture d'utérus cicatriciel :

Est la conséquence de la mauvaise qualité de la cicatrice liée au type :

- Cicatrice corporeale (fibreuse).
- Mauvaise technique de suture.
- Suites de césariennes mauvaises: Anémie, endométrite .
- . Aux contraintes exercées sur la cicatrice:
- Surdistension utérine: GG, Hydramnios, macrosomie.
- Placenta bas incéré.

Diagnostic clinique :

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

1. Pré rupture

2. Rupture utérine

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 à 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 %

Traitement :

1. TRT curatif

- Réanimation. • Assurer l'hémostase: Après extraction du fœtus et placenta :
- Suture.
- Hystérectomie.
- Antibiothérapie.
- TRT des lésions associées: vésicale.

2. TRT préventif

- Prévention des ruptures d'utérus cicatriciel Par césarienne

itérative prophylactique à 38SA:

- Cicatrice de césarienne corporeale. -

Cicatrice de rupture utérine.

- Cicatrice utérine multiple.

- Mauvaise suite de césarienne. -

PRT autre que sommet.

- Surdistension Utérine.

• Prévention des ruptures d'utérus sain

- Dépistage de toute cause de dystocie.

- Surveillance stricte des grossesses et travail (Partogramme, cardiotocographe).

- Usage contrôlé des Ocytocines et PG.

- Abandon au profit des césariennes, des manœuvres obstétricales dangereuses.

• Spécificités de la prévention dans les pays sous développés a. Réalisation et réorganisation des SS

:

- Equipement des structures sanitaires en médicaments et en produits sanguins.

- Décentralisation des centres obstétrico chirurgicaux.

- Recyclage du personnel médical et paramédical.

b. Education sanitaire des populations:

Portera sur l'hygiène, la diététique, mais surtout la lutte contre l'accouchement à domicile.

c. Mise en œuvre d'une politique de planification familiale.

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 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 oestrogènes-progestatif 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 malpighienexocervical : 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 1re 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, 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

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

L'étude de l'évolution de la survie nette à 5 ans donne les chiffres suivants :

- 1990 : 68 %
- 2002 : 64 %
- 2011 : 66 %

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 dépendent 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.

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.

- 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 (SquamousCellCarcinomaantigen) pour le cancer épidermoïde et CA 125 pour l'adénocarcinome
- 6) Cystoscopie et rectoscopie en cas de suspicion d'atteinte vésicale ou rectale.

Classification de la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens

CLASSIFICATION F.I.G.O. DES CANCERS DU COL	
Stade	Description
0	Carcinome in situ
I	Carcinome limité au col
IA	Carcinome invasif préclinique Toute lésion macroscopique est un stade IB
IA1	Invasion du <u>stroma</u> inférieur à 3 mm en profondeur et inférieur à 7 mm horizontalement
IA2	Invasion du <u>stroma</u> entre 3 et 5 mm en profondeur et inférieur à 7 mm horizontalement
IB	Tumeur limitée au col mais supérieur à un IA2
IB1	Tumeur limitée au col de moins de 4 cm
IB2	Tumeur limitée au col de plus de 4 cm
II	Tumeur dépassant le col mais n'atteignant pas la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin
IIA	Sans envahissement du <u>paramètre</u>
IIB	Avec envahissement du <u>paramètre</u> Lésion atteignant la paroi pelvienne
III	et/ou le tiers inférieur du vagin et/ou présence d'une <u>hydronéphrose</u>
IIIA	Lésion atteignant le tiers inférieur du vagin sans atteindre la paroi pelvienne
IIIB	Lésion atteignant la paroi pelvienne et/ou présence d'une <u>hydronéphrose</u>
IV	Tumeur dépassant le pelvis ou atteignant la vessie ou le rectum
IVA	Lésion atteignant la vessie ou le rectum
IVB	<u>Métastase</u> à distance

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).

La chirurgie Le traitement chirurgical du cancer du col utérin repose généralement sur l'ablation de la tumeur et sur l'ablation des ganglions lymphatiques pelviens (petit bassin). Cette chirurgie peut comporter une :

- Conisation
- Amputation du col utérin
- Trachélectomie élargie
- Hystérectomie totale simple
- Hystérectomie totale avec transposition des ovaires
- Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale
- Hystérectomie radicale (colpohystérectomie élargie) : ablation de l'utérus et des tissus avoisinants (paramètres, ligaments utéro-sacrés, une collerette du fond vaginal de 2 à 3 cm)
- Lymphadénectomie pelvienne (ablation des ganglions lymphatiques)

+/-lymphadénectomie lombo-aortique.

En fonction des cas et de l'expérience du chirurgien, la chirurgie est effectuée par voie vaginale, par cœlioscopie ou par laparotomie.

Le traitement chirurgical est parfois exclusif.

La radiothérapie II existe deux modalités de la radiothérapie, qui peuvent être associées :

- Curiethérapie utérovaginale ou radiothérapie interne : on introduit une source radioactive dans la cavité utérine et vaginale, au contact de la tumeur.
- Cobaltothérapie ou radiothérapie externe : la source radioactive est externe, située à distance de la tumeur.

La radiothérapie est parfois exclusive. Elle est parfois utilisée avant la chirurgie (radiothérapie néo-adjuvante) et parfois après la chirurgie (radiothérapie adjuvante).

Radiothérapie néo-adjuvante

Elle est réalisée avant la chirurgie, seule ou en association avec la chimiothérapie (radio chimiothérapie concomitantes). Son but est de détruire le cancer et de réduire la taille tumorale afin de faciliter le geste chirurgical. Radiothérapie adjuvante

Elle est réalisée 4 à 6 semaines après la chirurgie, seule ou en association avec la chimiothérapie (radio chimiothérapie concomitantes). Son but est d'éradiquer toutes les cellules cancéreuses qui seraient restées dans la sphère génitale après la chirurgie.

La chimiothérapie

Une chimiothérapie est souvent associée à la radiothérapie (radio chimio concomitantes) afin d'augmenter son efficacité. La radio chimiothérapie est parfois exclusive.

Elle est parfois utilisée avant la chirurgie (chimiothérapie néo-adjuvante) et parfois après la chirurgie (chimiothérapie adjuvante).

Indications thérapeutiques

- Stade I : cancer strictement localisé

au col Stade IA 1 avec invasion < 1

mm : Standard : chirurgie.

- Conisation avec passage in sano (passage en zone saine)
- Hystérectomie totale simple.
- Conisation avec passage in sano (passage en zone saine)
- Hystérectomie totale simple +/- colpectomie (ablation d'une collerette vaginale)
- Lymphadénectomie.
- Hystérectomie totale simple (en l'absence d'embolies et après conisation in sano)
- Hystérectomie élargie
- Lymphadénectomie.

Chez la femme jeune désireuse de grossesse et présentant un cancer invasif inférieur à 20 millimètres et sans atteinte ganglionnaire, une trachélectomie élargie avec curage pelvien peut être proposée. Cette intervention consiste à pratiquer par les voies naturelles :

- l'ablation du col utérin, tout en conservant les 5 derniers millimètres de l'endocol
- l'ablation d'une partie des paramètres et d'une collerette vaginale
- la mise en place d'un cerclage du col utérin.

L'ablation des ganglions pelviens est réalisée par cœlioscopie.

La trachélectomie élargie permet de conserver le corps utérin et donc théoriquement sa fertilité. Ses indications restent limitées.

- Stades IB, II A, IIB proximaux :

Standard : pas de standard. • Radiothérapie exclusive

- Chirurgie première (hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne +/-lymphadénoectomie lombo-aortique)

• Association radio chirurgicale.

- Stades I I B distal, I I I :

Standard : association radio chimiothérapie suivie d'une curiethérapie.

- Chirurgie secondaire
- Radiothérapie lombo-aortique.

- Stade I V:

Standard : radiothérapie, chimiothérapie ou association radio

chimiothérapie. Prévention :

Le cancer du col utérin est un des rares cancers qui peuvent être évités

• Dépistage des lésions précancéreuses du col utérin par le frottis cervico- vaginal et leur traitement permet d'éviter leur transformation en cancer invasif

- Eviter le tabac
- Eviter les comportements sexuels à risque et utiliser des préservatifs
- Vaccin anti HPV.

Le but de la surveillance est de déceler une éventuelle récurrence de la tumeur, le plus précocement possible.

Les visites ont lieu 3 mois après le traitement, puis tous les 6 mois pendant 5 ans puis une fois par an.

Ces visites correspondent à un examen clinique, examen au spéculum, frottis du fond vaginal, toucher vaginal et toucher rectal. Parfois des examens sont prescrits :

- Radiographie pulmonaire
- Echographie abdomino-pelvienne
- Scanner abdomino-pelvien
- Marqueurs tumoraux : SCC ou CA 125.

VI. Conduite à tenir:

1. Bilan préopératoire et préparation à l'intervention :

- Une consultation obligatoire dite « d'anesthésie » dans le cadre du bilan préopératoire. Un bilan biologique minimal est recommandé en fonction de l'âge et des antécédents de la patiente. Dans notre service, nous prescrivons un bilan biologique de type : groupe sanguin, Rhésus : deux déterminations dont une phénotypée, recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), crase sanguine, hémostase : taux de prothrombine (TP)-temps de céphaline activé (TCA), sérologie des hépatites C, B, du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) pour toute patiente âgée de moins de 50 ans et sans antécédents cardiaques connus. Si la patiente a plus de 50 ans ou a des antécédents cardiaques, le bilan biologique est complété par un ionogramme sanguin, glycémie, urée, créatinémie, protidémie.

- Une consultation cardiologique préopératoire est programmée avec un électrocardiogramme et une échographie cardiaque si nécessaire.
- L'anesthésie des hystérectomies par voie abdominale a un faible retentissement respiratoire étant donné le siège sous-mésocolique de l'intervention. En effet, les incisions sous-ombilicales ont un retentissement plus faible que les incisions sus-ombilicales. Une bonne analgésie, avec suppressions des réflexes vagal et sympathique, peut être obtenue par anesthésie générale ou locorégionale. Cependant, en vue de difficultés opératoires prévues, l'anesthésie locorégionale peut rendre « inconfortable » l'intervention chirurgicale. L'anesthésie générale, de ce fait, est le plus souvent recommandée.

La rupture de la barrière cutanée, l'ouverture de la cavité vaginale font de l'hystérectomie abdominale une chirurgie potentiellement septique dont le risque infectieux est éventuellement jugulé par une antibiothérapie prophylactique probabiliste dont le spectre recouvre *Staphylococcus aureus*, les anaérobies, entérobactéries, streptocoques. Les céphalosporines de deuxième génération répondent parfaitement à cette attente.

Une préparation minutieuse doit être instituée, cutanée et vaginale, par badigeonnage d'antiseptiques en l'absence d'allergie. La tonte des poils pubiens doit être effectuée le plus près du site de l'intervention. La qualité de l'hémostase, les soins apportés à la protection et à la fermeture cutanée de la plaie opératoire réduisent de plus le risque de surinfection. Certaines mesures préventives permettent de réduire le pourcentage d'infection urinaire : mise en place d'une sonde urinaire au bloc opératoire où l'asepsie est la plus stricte, durée du sondage la plus courte possible avec retrait de la sonde dès le lendemain, réalisation d'un examen cytobactériologique des urines si apparition d'une symptomatologie fonctionnelle urinaire.

2 Généralités

a- Installation

La patiente est installée en décubitus dorsal, les deux bras en croix. L'opérateur se place à gauche de la patiente, l'aide en face ; l'instrumentiste à droite de l'aide. Le champ opératoire constitué doit remonter jusqu'au-dessus de l'ombilic et descendre jusqu'à la symphyse pubienne en gardant latéralement les deux épines iliaques antéro-supérieures (Fig. 5).



Figure.5 : *L'installation de la patiente et de l'opérateur*

b-Voie d'abord :

L'incision cutanée peut être une médiane sous-ombilicale ou une transversale sus-pubienne. L'incision médiane est préconisée en cas d'adhérences multiples ou de masse volumineuse, où un agrandissement en sus-ombilical est nécessaire.

L'incision cutanée peut être suivie d'une incision de Pfannenstiel ou d'une incision transversale transrectale de type Mouchel. Cette dernière incision est le plus souvent recommandée en cas d'utérus volumineux ou fixé à la paroi. Elle peut être associée ou non à la ligature et section des pédicules épigastriques. Quelle que soit la voie d'abord, après l'ouverture du péritoine, le pelvis est inspecté avec si nécessaire la réalisation de libération d'adhérences et d'une cytologie péritonéale. Une protection de la paroi est assurée par une « jupe » et les écarteurs peuvent être mis en place.

Deux valves de Rochard ou des écarteurs de Vankemmel sont placés : l'un sus-pubien, l'autre vers le haut. La table est alors placée en position de Trendelenburg et le pelvis est exposé par refoulement des anses intestinales à l'aide de deux champs abdominaux humidifiés, radiologiquement détectables, tenus par une valve malléable .



Figure 6 .écarteur et cadre de Kirschner

c- Intervention type : hystérectomie totale non conservatrice

1) Ligature des ligaments ronds

L'utérus est saisi par un hystérolabe ou un fil transfixiant de Vicryl ® n° 1 n. deux pinces de Kocher longues, et attiré en arrière et du côté opposé à la ligature du ligament rond à effectuer (à gauche pour le ligament rond La ligature du ligament rond se fait par un Vicryl ® n° 1 et section par électrocoagulation permettant l'ouverture du péritoine vésico-utérin en avant et le ligament large en

arrière. Le fil, du côté pariétal, est gardé long pour être fixé sur une pince en avant et en dehors pour faciliter l'exposition. La même manœuvre est réalisée du côté opposé.

2) Ouverture du péritoine vésico-utérin et latéropelvien

L'utérus est attiré vers l'arrière, le péritoine est ouvert au bistouri électrique ou au ciseau à disséquer avec pointe tournée vers l'utérus. Cette dissection est exsangue lorsqu'elle est réalisée dans le bon plan contre le fascia de Halban d'aspect blanchâtre. Cette libération se fait progressivement à partir de la ligne médiane jusqu'au-delà du col utérin palpé à travers la paroi vaginale. Cette dissection peut être aidée du palper entre pouce et index et de la digitoclasie.

Le péritoine latéropelvien peut être ouvert en arrière à partir du ligament rond, à la face antérieure du ligament large en dessous de la trompe et du pédicule annexiel. Ce dégagement doit être fait de la même façon des deux côtés, permettant de refouler si nécessaire l'uretère si celui-ci reste toujours adhérent à la surface péritonéale. La vessie doit être clivée de l'utérus puis de la région du cul-de-sac vaginal antérieur. Le décollement est suffisant latéralement lorsqu'on peut placer une pince sur l'artère utérine et vers le bas lorsqu'on dépasse de 5 à 10 mm l'insertion cervicale du vagin.

Pour repérer le col, on peut le palper entre deux doigts placés dans le cul-de-sac de Douglas et deux doigts de l'autre main placés dans le décollement antérieur (Fig. 7).

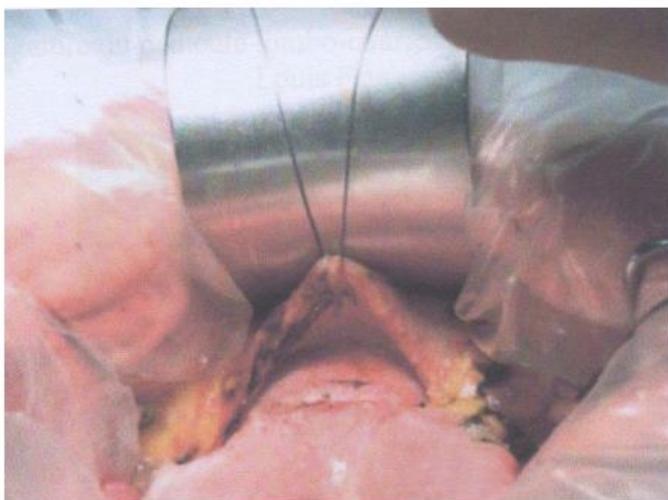


Figure 7. Décollement vésico-utérin

On attrape l'annexe à l'aide d'une pince à anneau excentré, dont la traction vers le haut et en dedans individualise et éloigne de la paroi pelvienne le repli du ligament lombo-ovarien. On se doit de repérer avant la pose de pinces hémostatiques l'uretère le long du feuillet péritonéal pariétal. Pour ce faire, on crée une fenêtre péritonéale pariétale, à travers ce feuillet transparent, pour la mise en place de pinces hémostatiques qui sont placées l'une au niveau pariétal et l'autre au niveau viscéral. On

sectionne. Du côté pariétal, on aiguille à travers ce feuillet péritonéal tout le contenu vasculaire du ligament lombo-ovarien et uniquement ce ligament par du fil résorbable lent de type Vicryl ® n° 1 en s'appuyant sur le versant péritonéal du ligament lombo-ovarien. On noue normalement avec l'aide de deux ligatures distinctes. L'hémostase du côté viscéral est assurée par un aiguillage en aval du précédent (Fig. 8 ;9).

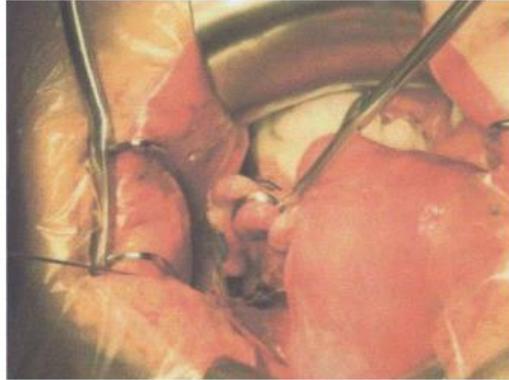


Figure 8. Ligature du pédicule lombo-ovarien droit par deux pinces de Jean-Louis Faure.

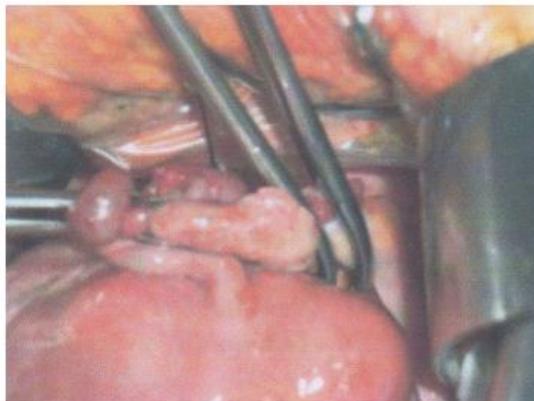


Figure 9. Pince à anneau excentré saisissant l'annexe gauche pour ligature du pédicule lombo-ovarien.

La ligature du pédicule utérin doit être réalisée la plus électivement possible à l'aide d'une pince de type Jean-Louis Faure. L'abord de la ligature doit être réalisé au niveau de l'isthme utérin. En effet, cette région correspond à la remontée de l'artère utérine le long du corps utérin après sa crosse. La position de la pince doit être le plus perpendiculairement possible à l'axe utérin. Pour lier le pédicule utérin droit, l'utérus est attiré en arrière et à gauche par l'aide et l'opérateur repère le bord droit de l'utérus. La pince doit prendre le fascia utérin pour que tous les vaisseaux accessoires soient clampés et que la prise repose sur des fibres du paramètre. Après clampage, le pédicule utérin est sectionné jusqu'à l'extrémité de la pince. On conserve la pince qui sert d'écarteur pour le temps suivant. Il n'y a pas d'intérêt à assurer l'hémostase du retour viscéral. On peut ligaturer la prise utérine dans ce

temps, ou la réaliser dans un second temps avec un fil de Vicryl ® n° 1. La même manœuvre est réalisée de l'autre côté .

5) Ligature du paracervix (pédicules cervico-vaginaux)

Les vaisseaux utérins sont écartés vers l'extérieur à l'aide de la pince qui les contrôle, ouvrant un angle dans lequel une autre pince hémostatique peut être introduite. Celle-ci va être appliquée sur le segment cervical du paracervix. Sa direction doit être perpendiculaire à la pince clampant le pédicule utérin, parallèle à l'axe génital, à son contact. L'extrémité est placée au ras du cul-de- sac vaginal latéral. Une fois l'ensemble des clampages effectué, on procède aux différentes ligatures à l'aide de fil de résorption lente de type Vicryl ® n° 1.

Le pédicule cervicovaginal fait l'objet d'une ligature sertie appuyée sur le vagin. Une fois le nœud fait et la pince enlevée, la même ligature enserre l'artère utérine dans un deuxième nœud. Cette procédure est réalisée sur les deux côtés avant la section du vagin.

6) Section vaginale

Deux solutions de fin de dissection s'offrent à l'opérateur : la dissection dite intrafasciale et la dissection dite extrafasciale(selon Wiart)_Pour la dissection intrafasciale, il faut inciser le fascia péricervical (pré- et rétrocervicaux) tout en circonscrivant le col pour atteindre le point vaginal de l'insertion cervicale. La dissection débute par le fascia précervical au bistouri électrique. L'ouverture du fascia par électrocoagulation en direction verticale au contact du col et la traction de l'utérus permettent son ascension et l'abaissement du fascia péricervical. On atteint ainsi les culs-de-sac vaginaux. L'ouverture vaginale débute indifféremment par devant ou sur les côtés. Elle se termine lors de la libération complète de l'utérus.

Lorsqu'on choisit la technique extrafasciale, la dissection reprend à partir de la pince de Jean-Louis Faure au niveau des vaisseaux cervicovaginaux. Une ou deux nouvelles prises à l'aide d'une pince de Jean-Louis Faure vont être faites de chaque côté, au niveau du paravagin latéralement et des utérosacrés en arrière.

Tout le tour du vagin est ainsi disséqué, jusqu'au-delà du col utérin.

Il est en fait souvent logique d'ouvrir le vagin en avant après décollement inter-vésico-vaginal suffisamment bas pour débiter l'hystérectomie en extrafascial en avant et finir la dissection en arrière en intrafascial en conservant «l'amarrage vaginal» au niveau des ligaments utérosacrés. Une toilette vaginale est alors effectuée à l'aide d'un tampon monté imbiber de solution antiseptique (polyvidone iodée).

7) Fermeture vaginale

La fermeture vaginale peut débuter après avoir repéré la tranche vaginale à l'aide de pinces de Jean-Louis Faure ou pinces de Bengoléa.

La fermeture peut être réalisée de différentes manières. Nous optons pour deux points d'angle par fil à résorption lente, puis un surjet médian refermant la tranche vaginale en prenant de part et d'autre la tranche ventrale et dorsale du vagin ainsi que les fascias pré- et rétrocervical. Durant ce surjet, il faut veiller à bien affronter les tranches vaginales en évitant leur éversion, ce qui diminue le risque de granulome inflammatoire du vagin, source de saignements postopératoires de la tranche vaginale. Il n'y a pas lieu de réaliser un drainage de manière systématique.

Nous gardons deux fils d'angle repères pour traction afin de monter les deux paracervix et de vérifier la qualité de leur hémostase.

8) Toilette péritonéale :

L'intervention se termine par une toilette péritonéale avec du sérum physiologique à température tiède à chaude. On contrôle les hémostases. On réalise un premier compte de compresses.

Un drainage peut être utile en cas de lésions septiques, ou devant la persistance d'un suintement hémorragique diffus.

On peut utiliser :

- Soit un drain de Redon couché sur la tranche vaginale ;
- Soit un drainage tubulé sortant par le vagin (surtout dans un contexte septique). la péritonisation n'est pas indispensable.

Elle débute par la fermeture aponévrotique à l'aide d'un surjet de fil à résorption lente ou par deux hémisurjets afin de renforcer la fermeture et d'éviter tout risque de faiblesse pariétale pouvant engendrer une éventuelle éventration.

Un deuxième compte des compresses peut être réalisé. La fermeture cutanée peut se faire par points séparés à l'aide d'agrafes ou de fil non résorbable. Elle peut s'effectuer aussi par un surjet avec fil à résorption lente.

d- Suites opératoires :

Les suites postopératoires sont marquées par un lever précoce et l'administration d'anticoagulants pendant une durée minimale de 7 jours en moyenne limitant le risque thromboembolique. La surveillance de la diurèse et des constantes hémodynamiques est essentielle dans le postopératoire.

La sonde urinaire est retirée le lendemain de l'intervention.

La reprise alimentaire d'abord liquide puis mixte et enfin solide est débutée le lendemain du passage au bloc opératoire, en l'absence de nausées.

Le transit est plus souvent difficile à reprendre normalement et peut nécessiter la prise de laxatifs.

En cas de drain de Redon, celui-ci peut être retiré à la 48 e heure.

La sortie est prévue généralement vers le 5 e jour.

VII. Quelles sont les conséquences d'une hystérectomie ?

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 a l'intervention chirurgicale

VIII. Les risques et les complications De L'intervention

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

1-Pendant l'intervention :

a- L'ouverture de l'abdomen :

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

b- L'hémorragie :

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

c- Les lésions d'organes de voisinage de l'utérus :

Elles peuvent se produire de manière exceptionnelle : blessure intestinale ou des voies urinaires (uretère, vessie), nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique.

2- En post-opératoire :

a- L'hématome de la paroi abdominale :

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

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

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

c- L'infection urinaire :

Elle est généralement sans gravité et traitée par antibiotiques.

d- La phlébite des membres inférieurs et embolie pulmonaire :

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

e- L'occlusion intestinale :

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

f- Comme pour toute intervention chirurgicale :

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

g- Troubles de la statique pelvienne

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

h- Retentissement psychologique et sexuel

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

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

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

Il n'a pas été démontré de modifications significatives et notamment de réduction du « volume » vaginal en postopératoire.

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

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 un prolapsus génital (descente d'organe)
- Sauvetage maternel en cas d'hystérectomie effectuée pour complication hémorragique de l'accouchement.

X. 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

XI. 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...).

II- Partie pratique

I. INTRODUCTION :

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

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

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

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

II. METHODES ET MATERIELS ;

Le modèle de présentation des données : IMRAD

Introduction :

M : méthodes et matériels :

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

R : résultats.

D : discussion.

2-Le type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive ; rétrospective, établie sur une durée de 12 mois (Janvier 2023-Décembre 2023).

3- La population cible :

Les patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN pour hystérectomie par voie haute entre janvier 2023-Décembre 2023

4- Le centre de l'étude :

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

5-les paramètres e l'étude : Age

- Grossesse et parités.
- Origine.
- Groupage sanguin.

- ATCD personnels médicaux et chirurgicaux.
- Etiologies.
- Echographie.
- Examens complémentaires.
- 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) Hystérocolpéctomie avec ou sans conservation des annexes.
- La durée de séjour.

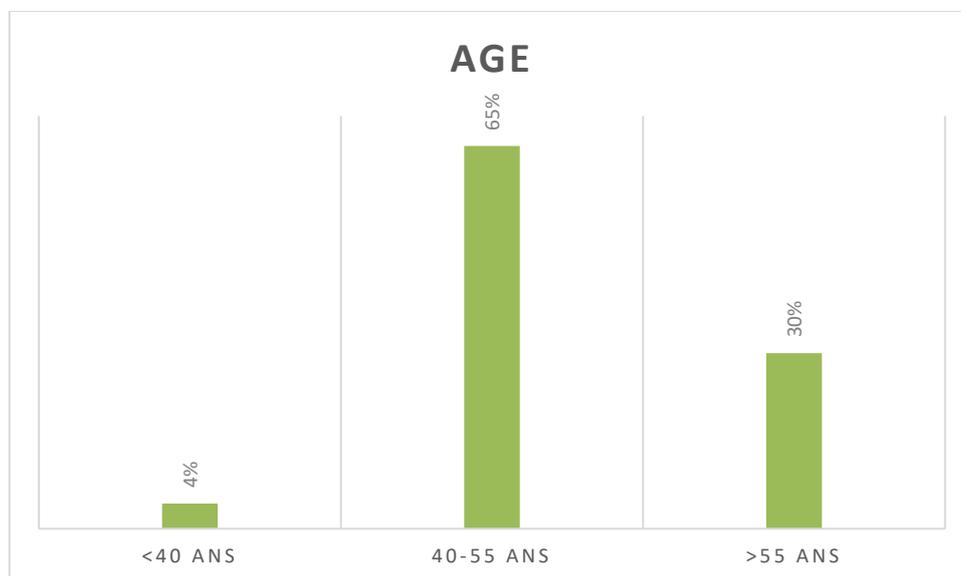
2-Le questionnaire utilisé pour l'étude :

Age	Origine	GS	GP	ATCD				ETIOLOGIE	ECHO	EX COMP	TYPE DE L'INTERVENTION	DUREE DE SEJOUR
				personnels		familiaux						

Résultats

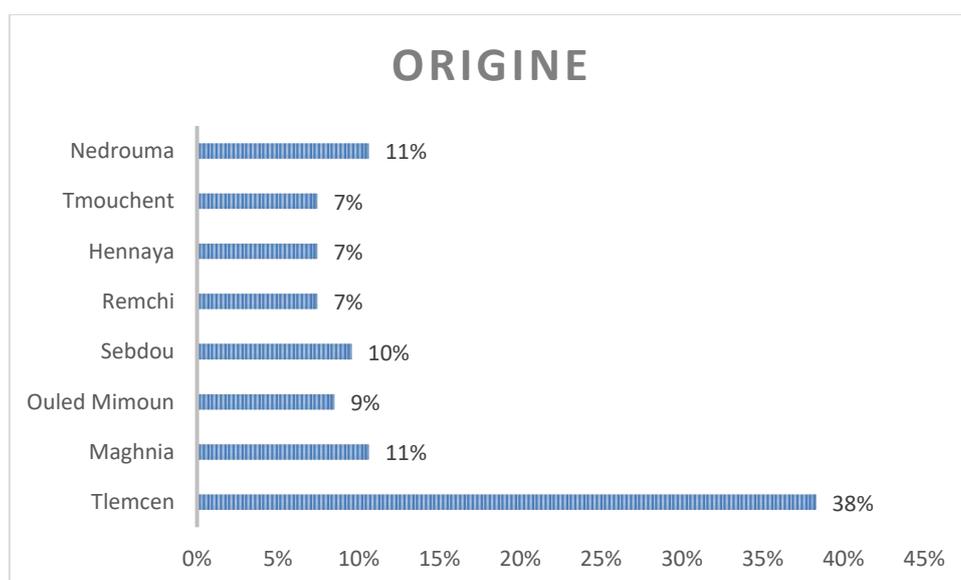
1- Répartition en fonction de l'âge :

Age	<40 ans	40-55 ans	>55 ans
Frequence	4	62	28
Pourcentage	4%	65%	30%



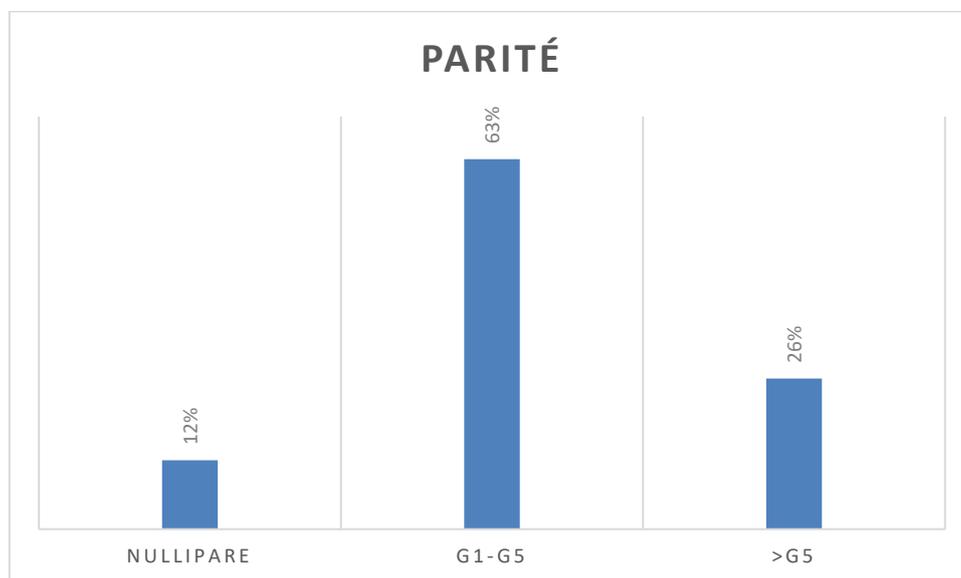
2- Répartition en fonction de l'origine

Origine	Tlemcen	Maghnia	Ouled Mimoun	Sebdou	Remchi	Hennaya	Tmouchent	Nedrouma
Frequence	36	10	8	9	7	7	7	10
Pourcentage	38%	11%	9%	10%	7%	7%	7%	11%



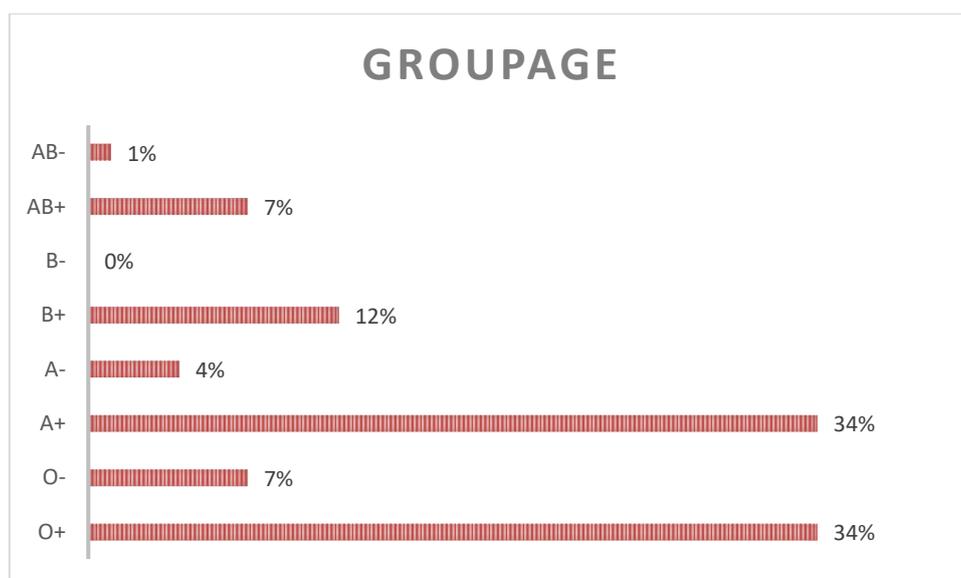
3- Répartition en fonction du parité

	Nullipare	G1-G5	>G5
Frequence	11	59	24
Pourcentage	12%	63%	26%



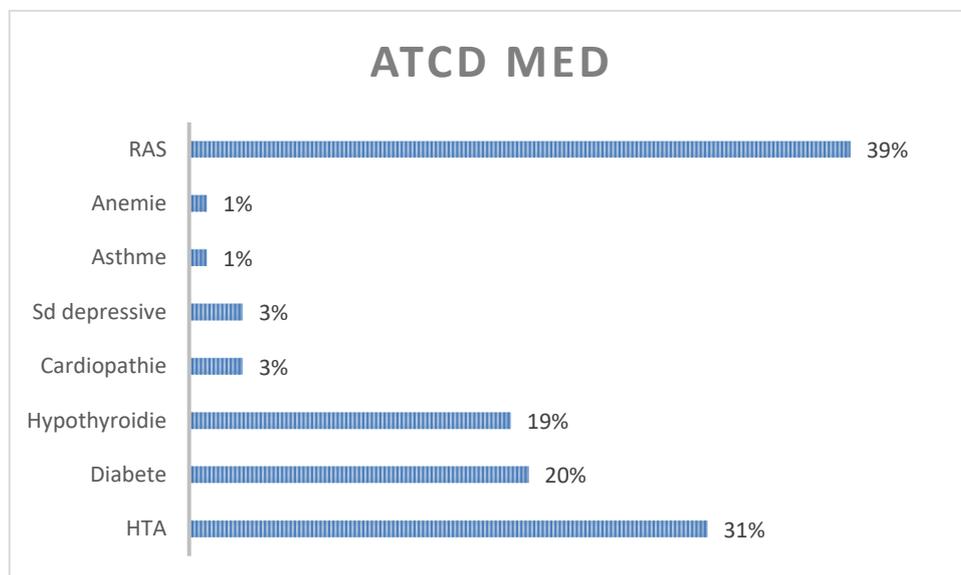
4- Répartition en fonction du groupage

Groupage	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
Frequence	32	7	32	4	11	0	7	1
Pourcentage	34%	7%	34%	4%	12%	0%	7%	1%



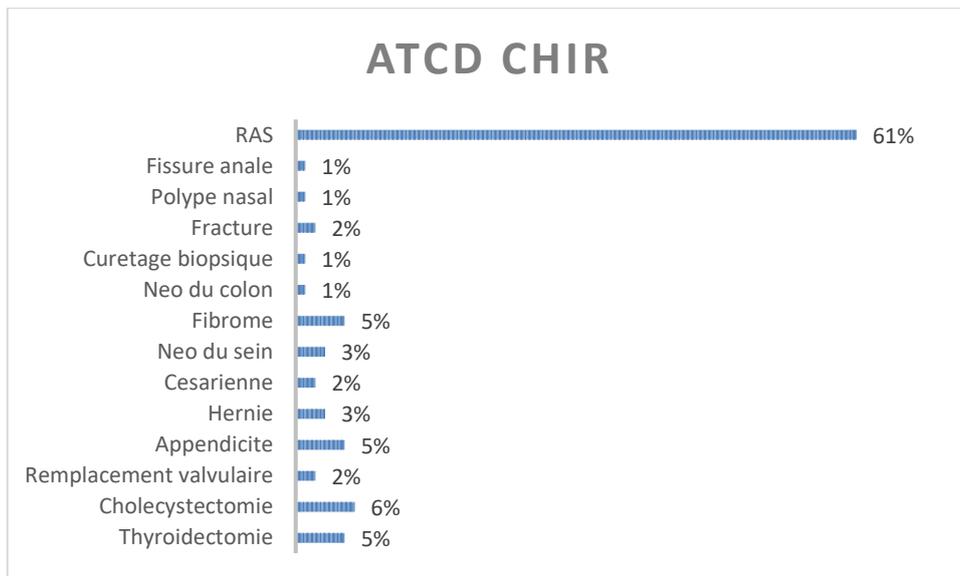
5- Répartition en fonction des ATCD med

ATCD med	HTA	Diabete	Hypothyroidie	Cardiopathie	Sd depressive	Asthme	Anemie	RAS
Frequence	29	19	18	3	3	1	1	37
Pourcentage	31%	20%	19%	3%	3%	1%	1%	39%



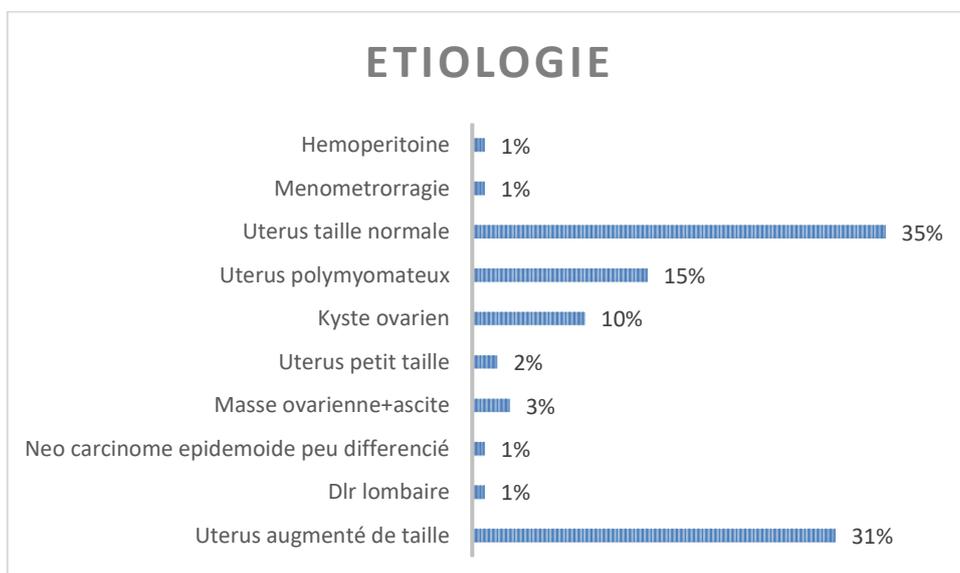
6- Répartition en fonction des ATCD chir

ATCD Chir	Frequence	Pourcentage
Thyroidectomie	5	5%
Cholecystectomie	6	6%
Remplacement valvulaire	2	2%
Appendicite	5	5%
Hernie	3	3%
Cesarienne	2	2%
Neo du sein	3	3%
Fibrome	5	5%
Neo du colon	1	1%
Curetage biopsique	1	1%
Fracture	2	2%
Polype nasal	1	1%
Fissure anale	1	1%
RAS	57	61%



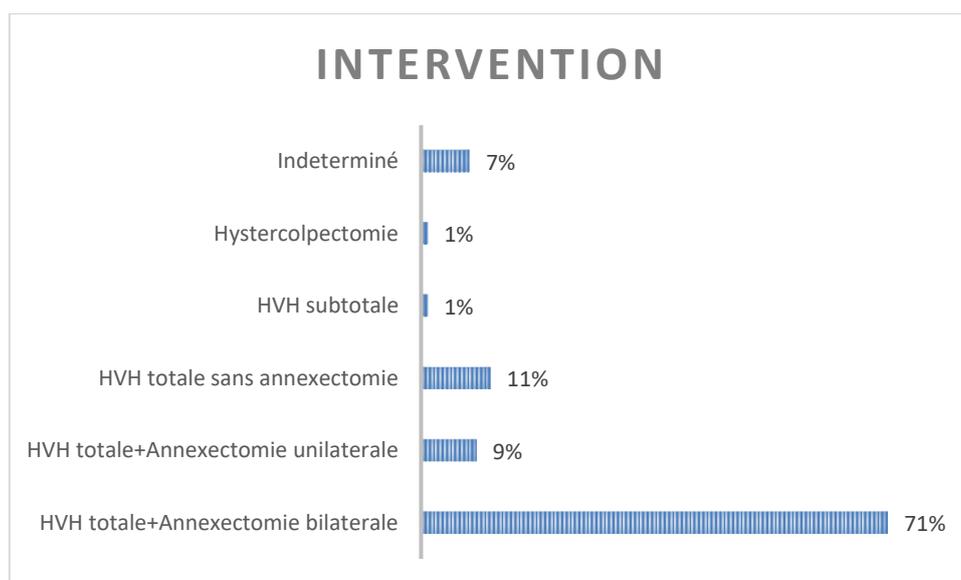
7- Répartition en fonction de l'étiologie

Etiologie	Frequence	Pourcentage
Uterus augmenté de taille	29	31%
Dlr lombaire	1	1%
Neo carcinome epidemoide peu differencié	1	1%
Masse ovarienne+ascite	3	3%
Uterus petit taille	2	2%
Kyste ovarien	9	10%
Uterus polomyomateux	14	15%
Uterus taille normale	33	35%
Menometrorragie	1	1%
Hemoperitoine	1	1%



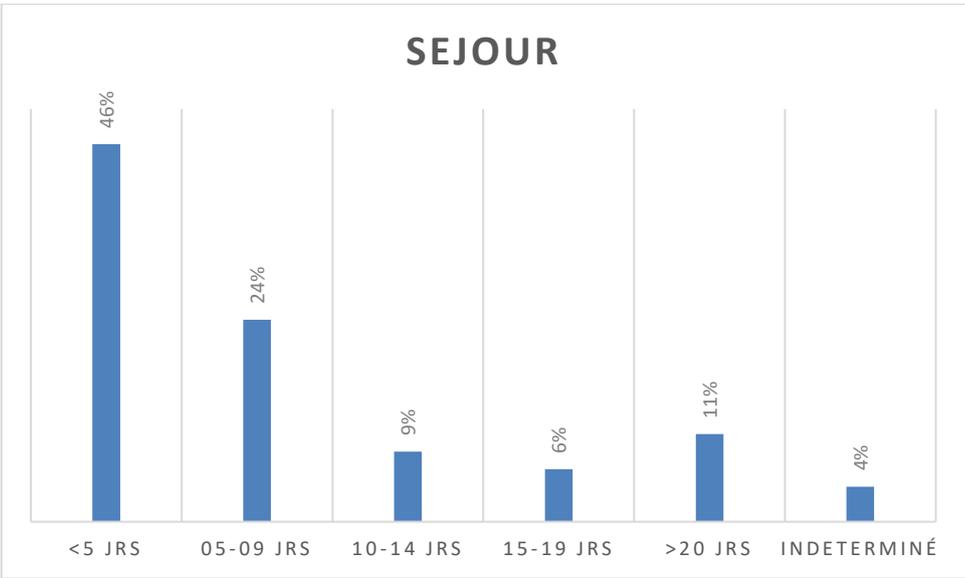
8- Répartition en fonction de l'intervention

	Frequence	Pourcentage
HVH totale+Annexectomie bilaterale	67	71%
HVH totale+Annexectomie unilaterale	8	9%
HVH totale sans annexectomie	10	11%
HVH subtotale	1	1%
Hystercolpectomie	1	1%
Indeterminé	7	7%



9- Répartition en fonction du sejour

Sejour	Frequence	Pourcentage
<5 jrs	43	46%
05-09 jrs	23	24%
10-14 jrs	8	9%
15-19 jrs	6	6%
>20 jrs	10	11%
Indeterminé	4	4%



IV. DISCUSSION :

1 Répartition selon l'âge :

Le pic maximal des cas enregistrés d'hystérectomie par voie haute dans l'année de notre étude se situ au niveau de la tranche d'âge 40 - 55 ans avec un pourcentage de 65 %.

Pour les autres tranches d'âge, le pourcentage se situ à 4 % pour les moins de 40 ans, et de 30 % 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.

2- 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 TLEMCEN (37%) se concentre au niveau de TLEMCEN 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 TLEMCEN centre ville d'autre part.

3- Répartition selon la parité :

Le pourcentage d'hystérectomie par voie haute enregistré en l'année de notre étude est plus important chez les multipares par rapport aux nullipares. Il est respectivement de 88% contre 12% 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 F hystérectomie par voie haute comme traitement curatif.

4- Répartition selon les antécédents personnels :

39% des patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN 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 61% des patientes ont des ATCD médicaux dominés par le diabète et l'HTA. Cependant 39% des patientes opérées ne présentaient aucun ATCD.

5-Répartition selon les ATCD personnels chirurgicaux: Seulement 37 des patientes opérées durant les 12 mois d'études présentent des ATCD personnels chirurgicaux et près de 6 % du nombre de ces patientes sont césarisées, pour 16% ayant présentés précédemment une lithiase vésiculaire.

6- Répartition selon l'indication :

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

- Uterus augmenté de taille 31%
- Utérus polomyomateux 15%
- Kyste ovarien 10%

7-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 71% des cas.

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

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

8-Répartition selon la durée du séjour

24% des femmes ayant subit une hystérectomie par voie haute ont été hospitalisé pour une durée moyenne de 05 à 09 jours ; cependant 49% ont quitté leurs lits avant le 05ème jours, alors que 11% seulement ont dépassé les 20 jours d'hospitalisation.

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

- 1) Etablir une sous unité spécialisée pour les patientes hystérectomisées dans le but d'améliores 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 anapath. (Prise en charge en fonction des résultats)

V-Conclusion :

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

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

Livres

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

Cours d'externat :

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

Internet :

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