

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE ABOUBEKR BELKAID-TLEMCEN



Faculté de Médecine

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Thème :

***HYSTERECTOMIE
PAR VOIE HAUTE***

Présenté par :

- DJEZIRI Ibtissem
- ABDELKHALEK Mohamed Riad
- BOUKLI HACENE Mohamed Riad
- CHERNENE Khadra
- ACHOURI Radia

Encadreurs :

- Dr. OUALI
- Dr. SELADJI

Docteur M. OUALI
Maître Assistant
Gynéco-Obstétrique
CHU TLEMCEN

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة تلمسان
مصلحة طب النساء و الولادة
رئيس المؤسسة
الأستاذ: بن عبد الرحمن
مدير الأقسام

Année Universitaire : 2011-2012

REMERCIEMENT

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

*A notre chef de service Pr BENHABIB :
Notre trimestre de formation au sein de votre établissement nous a permis de découvrir la richesse et l'éthique de la gynécologie obstétrique, il restera pour nous un model d'exercice, de rigueur et de conscience professionnelle.
Nous espérons être à la hauteur de vos exigences dans l'exercice de notre profession.
Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.*

*A notre responsable Dr OUALI :
Nous vous remercions d'être toujours présent à nos coté, merci encore de nous avoir encadrés tout au long de notre séjour dans le service. Votre qualité de travailleur et votre rigueur nous ont beaucoup impressionnés, on a également beaucoup appris de vous.*

*A notre encadreur Dr SELADJI :
Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail, de compléter notre réflexion médicale autour de cette problématique et pour toutes vos critiques enrichissantes.*

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE :

Introduction

- I. DEFINITION**
- II. LES DIFFERENTES VOIES D'ABORD CHIRURGICALES**
- 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. QUELLES SONT LES CONSEQUENCES D'UNE HYSTERECTOMIE ?**
- VIII. LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS DE L'INTERVENTION**
- IX. LES AVANTAGES D'UNE HYSTERECTOMIE**
- X. LE INFORMATIONS PRATIQUES : HYSTERECTOMIE**
- XI. LES FAUSSES IDEES LIEES A L'HYSTERECTOMIE**

PARTIE PRATIQUE :

- 1) INTRODUCTION**
- 2) MATERIELS ET METHODES**
- 3) RESULTATS**
- 4) DISCUSSION**
- 5) CONCLUSION**

BIBLIOGRAPHIE

Partie
Théorique

INTRODUCTION :

L'hystérectomie pour pathologies bénignes est l'une des interventions les plus fréquentes. Les indications sont principalement dues à la présence de ménométrorragies et/ou de douleurs pelviennes.

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.

I. Définition :

L'hystérectomie est un acte chirurgical qui consiste à enlever tout ou partie de l'utérus.

On parle « d'hystérectomie totale » (« non conservatrice » ou « avec annexectomie ») si l'ablation comprend le corps et le col utérins. Elle est dite « subtotale » si on laisse en place le col utérin. On dit enfin hystérectomie « conservatrice » ou « interannexielle » si les ovaires et les trompes de Fallope sont laissés en place.

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.

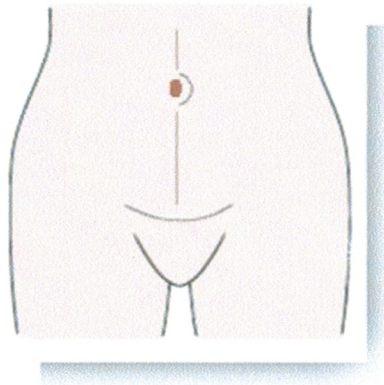
1- Hystérectomie par laparotomie (par voie haute) :

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 :

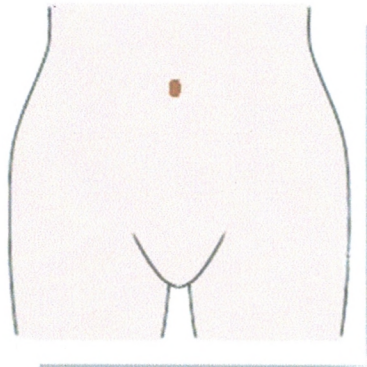
- horizontale sous la limite supérieure d'un sous vêtement (comme celle d'une césarienne, on dit : **incision de Pfannenstiel**) c'est la situation de loin la plus fréquente, plus esthétique
- beaucoup plus rarement verticale (en restant en général en dessous de l'ombilic, on dit : **médiane sous ombilical**).

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 vésicoutérinet 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 culs-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 sur le vagin, c'est la dissection intra-fasciale, ou au contraire emporter le fascia vaginal avec le col : c'est la dissection extra-fasciale. La dissection sous-péritonéale lors de l'hystérectomie offre quelques particularités (Fig. 4).

- En avant, l'espace sous-péritonéal entre la vessie et le vagin est facilement clivable entre les piliers internes de la vessie où passent les vaisseaux vésicaux et les uretères.
- En arrière, au niveau de la face postéro latérale du col et du vagin naissent les ligaments utérosacrés. Si on effectue une dissection intra-fasciale, une partie de leur insertion pourra être conservée sur le fascia vaginal. Entre les deux ligaments sutérosacrés, le cul-de-sac de Douglas peut être ouvert donnant accès directement à la face postérieure du vagin.
- Latéralement, la portion supra-vaginale du col répond au paramètre où se croisent l'uretère et l'artère utérine. L'uretère descend médialement au-dessus du cul-de-sac vaginal en direction de la base vésicale. L'artère croise en avant et au-dessus l'uretère et fait une boucle pour remonter sur le bord de l'utérus. Le point de croisement entre l'artère et l'uretère est variable et la traction sur l'utérus lors de l'hystérectomie augmente la distance entre l'artère utérine et l'uretère.

Au cours de l'hystérectomie, deux pédicules principaux doivent être liés :

A- Le pédicule annexiel (Fig. 5) :

1. en cas d'hystérectomie conservatrice (cf. infra), la ligature au niveau de la corne utérine comprend la trompe et la terminaison de l'artère utérine en artère tubaire et ovarienne
2. en cas d'hystérectomie non conservatrice, le pédicule lombo-ovarien doit être lié en dehors de l'ovaire. Une lésion de l'uretère à ce niveau est possible surtout en cas d'adhérence, d'endométriose, d'un volumineux kyste ovarien. Dans ces cas, le repérage de l'uretère est indispensable avant de réaliser la ligature du pédicule lombo-ovarien. Le repérage de l'uretère, dans sa portion iliaque, est fixe. Il est en rapport avec la paroi pelvienne latérale au croisement des vaisseaux iliaques communs, qui sont le guide pour le retrouver s'il n'est pas vu par transparence sous le péritoine. Il est surcroisé par les vaisseaux ovariens ;

B- 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. À 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.

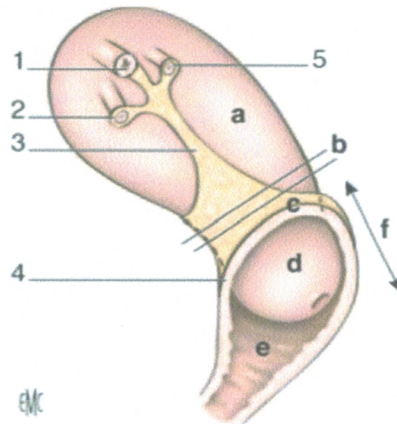


Figure 1. Vue latérale de l'utérus et du vagin.

- a. Corps ; b. isthme. c. portion supravaginale du col ; d. portion vaginale du col ;
e. vagin ; f. col utérin ; 1. trompe utérine ; 2. ligament rond ; 3. mésomètre ;
4. insertion du fornix vaginal 5. ligament utéro-ovarien.

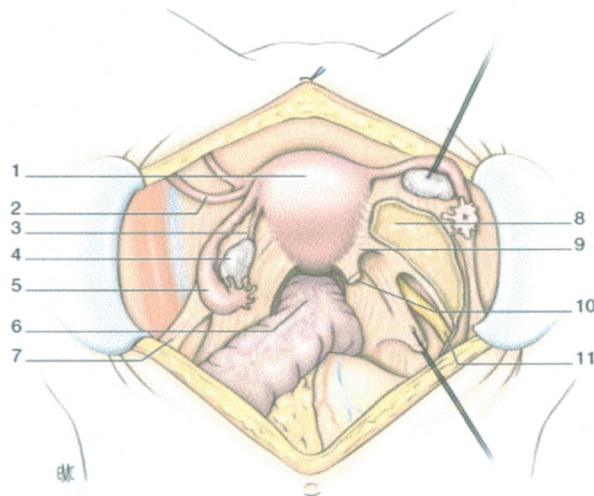


Figure 2. Vue opératoire abdominale du pelvis.

1. Utérus ; 2. Ligament rond ; 3. ligament utéro-ovarien ; 4. ovaire ; 5. trompe ;
6. rectum ; 7. ligament lombo-ovarien ; 8. mésomètre ouvert ; 9. paramètre ;
10. ligament utérosacré sectionné ; 11. uretère.

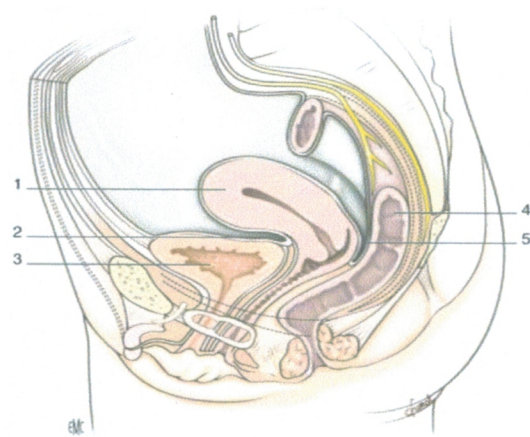


Figure 3. Coupe sagittale du pelvis.

1. Corps utérin ; 2. cul-de-sacvésico-utérin ; 3. vessie ; 4. rectum ;
5. cul-de-sac de Douglas.

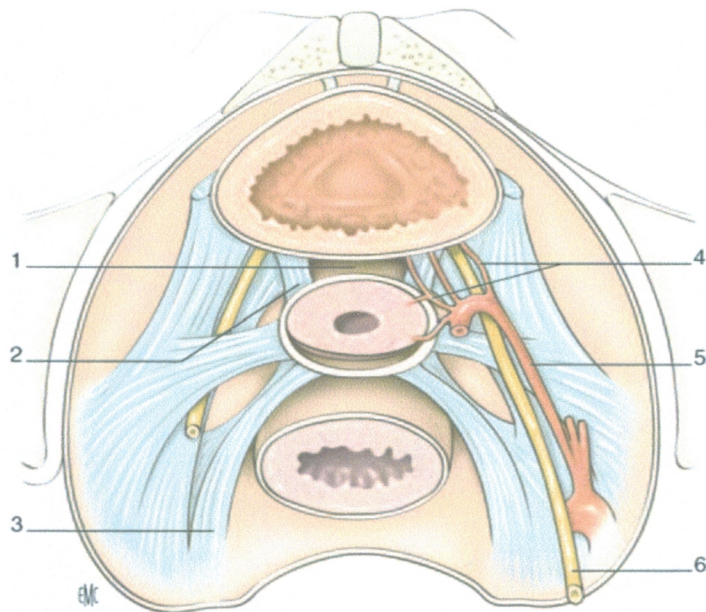


Figure 4. Coupe horizontale schématique du pelvis au niveau du col utérin.

1. Espace sous-péritonéal entre la vessie et l'utérus ; 2. pilier interne de la vessie
3. ligamentutérosacré ; 4. artères vaginales ; 5. artèreutérine ; 6. uretère.

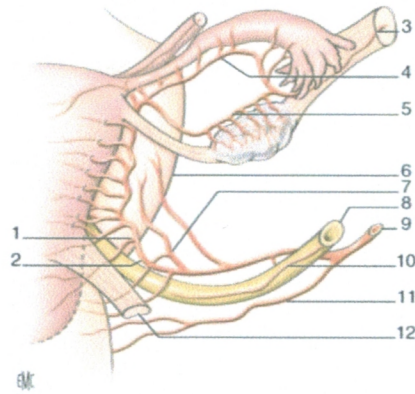


Figure 5. Vascularisation schématique utéro-ovarienne. Pédicule à lier lors de l'hystérectomie.

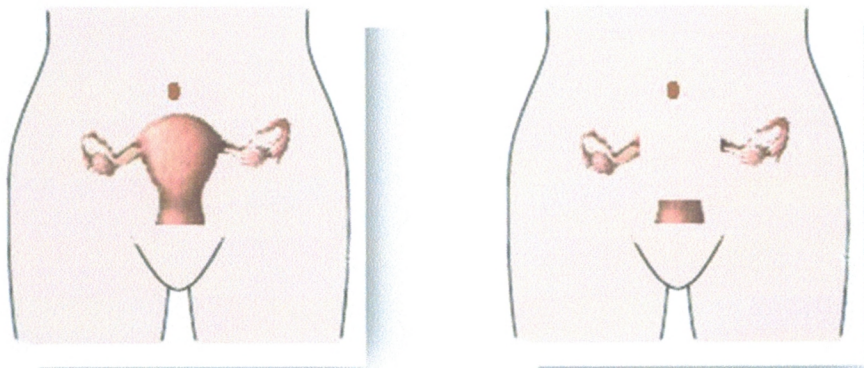
1. Artère cervicovaginale ; 2. siège de la ligature de l'artère utérine ;
3. pédicule lombo-ovarien ; 4. arcade infratubaire ; 5. arcade infraovarienne ;
6. vessie ; 7. artère vésicovaginale ; 8. utérus ; 9. artère utérine ;
10. rameau urétéral ; 11. rameau vaginal ; 12. Ligament utérosacré.

IV. Les différents types d'hystérectomie

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

1- Hystérectomie totale :

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



2- Hystérectomie sub-totale :

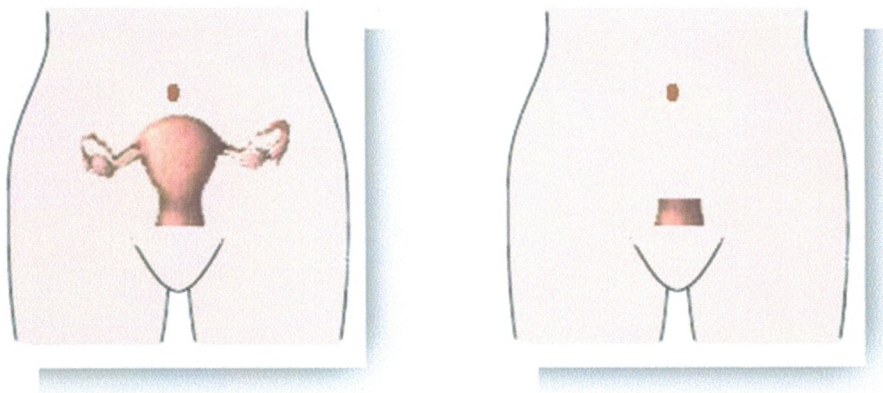
Il s'agit de l'ablation de l'utérus sans l'ablation du col utérin. Cette intervention ne peut pas être pratiquée par les voies naturelles (voie basse).

3- Hystérectomie radicale :

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

4- Hystérectomie avec annexectomie :

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



V. INDICATIONS : peuvent être de 2 grands 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'Hystéroscopie 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 :

Un fibrome utérin est une tumeur bénigne développée à partir des fibres musculaires de l'utérus. Un fibrome peut être unique ou multiple. En fonction de leur taille, de leur localisation et de leur nombre, les fibromes peuvent être à l'origine de nombreuses pathologies gynécologiques. Le fibrome utérin est appelé également Myome ou Léiomyome utérin.

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 (Afrique, Antilles).

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

Description :

En fonction du nombre, de la taille et du poids : Un fibrome peut être unique ou multiple (allant jusqu'à plusieurs dizaines de fibromes). La taille des fibromes est variable. Elle peut aller de quelques millimètres à plusieurs dizaines de centimètres. De même, leur poids peut varier de quelques grammes à plusieurs kilogrammes.

En fonction de la localisation – 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 sont des tumeurs bénignes, formées de cellules musculaires lisses entourées de fibres collagènes et d'un pseudo capsule. La formation des fibromes dépend de plusieurs facteurs :

- Transmission génétique et familiale : il existe un terrain familial (lien du 1er degré) et ethnique (femmes noires) favorisant le développement des fibromes.

- Facteurs hormonaux : Les Oestrogènes et la Progestérone favorisent probablement la croissance des fibromes.
- L'obésité augmente légèrement le risque.
- La parité : la survenue d'une ou de plusieurs grossesses, réduit le risque d'apparition de fibromes.

Mode de découverte – Signes cliniques

La plupart des fibromes sont asymptomatiques (ne présentent aucun symptôme) et sont découverts lors d'une consultation gynécologique systématique. Lorsqu'ils deviennent volumineux ou lorsqu'ils sont mal placés, les fibromes peuvent être à l'origine de nombreuses pathologies gynécologiques :

- Douleur pelvienne : Il s'agit d'une douleur pelvienne chronique, de la sensation d'une pesanteur pelvienne. Ces douleurs peuvent être majorées par un épisode aigu : torsion d'un fibrome pédiculé (le fibrome tourne autour de lui-même grâce à son pédicule), nécrobiose de fibrome (nécrose aiguë du fibrome liée à sa mauvaise vascularisation sanguine).
- Ménorragies : Augmentation de la durée et de l'abondance des règles, à l'origine d'une anémie par carence en fer.
- Métorragies : Survenue d'un saignement en dehors de la période des règles.
- Compression d'organes de voisinage : Compression vésicale (vessie) à l'origine d'une pollakiurie (mictions très fréquentes) ou d'un globe vésical (rétention d'urines) ; 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.
- Infertilité : Par obstruction des trompes utérines (compression de la portion utérine des trompes) ou par obstacle à l'implantation de l'embryon (fibrome sous muqueux).
- Apparition d'une masse pelvienne ou augmentation du volume de l'abdomen.
- Dyspareunie : Douleur pelvienne lors des rapports sexuels.
- Dysménorrhée : Règles douloureuses.

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 résectabilité. 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 aigue 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 :

Plusieurs évolutions des fibromes sont possibles :

- 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 :

Les fibromes utérins ne doivent être traités uniquement lorsqu'ils sont symptomatiques (douleurs, saignement etc...) ou lorsqu'ils risquent de se compliquer (compression, torsion etc...). Rappelons que la majorité des fibromes est de petite taille et reste asymptomatique. Dans ce cas, ils seront simplement surveillés régulièrement par échographie.

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 rééducation de la taille des fibromes et la diminution de l'abondance des saignements. Elle risque en revanche de provoquer une ménopause précoce ou des complications infectieuses sévères au niveau de l'utérus.

2- 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 hystéroscopie 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.

Informations pratiques – Fibromes :

- La présence de fibromes ne contre indique pas la prise d'une contraception orale par pilule oestroprogestative.
- La pose d'un stérilet est contre indiquée en cas de fibrome sous muqueux ou lorsque la cavité utérine est très augmentée de volume ou étirée par les fibromes.
- Un traitement préalable par du fer est souvent nécessaire avant toute chirurgie pour fibrome afin de corriger une éventuelle anémie due aux saignements. Le degré de profondeur d'une anémie est évalué par une numération formule sanguine.

b- L'adénomyose

C'est l'équivalent de l'endométriose au sein du muscle utérin (myomètre). Elle est souvent responsable de saignements génitaux rebelles au traitement médical. L'adénomyose est une maladie inflammatoire de l'utérus qui se manifeste principalement entre 40 et 50 ans chez les patientes qui n'ont pas eu d'enfant. Cette inflammation est liée à la présence de tissu endométrial (muqueuse interne de l'utérus) dans le muscle de l'utérus.

Symptômes de l'adénomyose :

- 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'examen complémentaires :

- L'échographie
- L'hystérogaphie
- L'IRM
- L'hystéroscopie diagnostique

Traitement de l'adénomyose :

Le traitement de l'adénomyose peut être médical ou chirurgical :

- Le traitement médical de l'adénomyose 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 de l'adénomyose 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 une pathologie fréquente de la patiente âgée. Sa prise en charge tient compte uniquement du handicap fonctionnel.

Définition

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

Tableau I. – Description du prolapsus génital selon les éléments prolapsés.

Paroi vaginale antérieure

Colpocèle antérieure

Urètre Urétrocèle

Col vésical Cervicocystoptose

Vessie Cystocèle

Fond vaginal Colpocèle fundique

Utérus Hystéroptose

Col utérin restant Trachéloptose

Paroi vaginale postérieure

Colpocèle postérieure

Cul-de-sac de Douglas Élytrocèle

Rectum Rectocèle

Tableau II. – Classification du prolapsus génital selon le degré de saillie.

0 : Pas de prolapsus

1 : Intravaginal

2 : À la vulve

3 : Extériorisé

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 décade 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 de prolapsus génital :

Certains facteurs peuvent favoriser l'apparition d'un prolapsus génital

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

Symptômes du prolapsus génitale :

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, de gaz dans le vagin, douleurs lors des relations, impossibilité de vie sexuelle.
- Altération de la qualité de vie : activité physique, sportive, le travail, l'anxiété.
- Douleurs lombaires ou abdominales.

Diagnostic de prolapsus génital

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.

Principe Du Traitement

Les indications dépendent de la gêne fonctionnelle. Chez une patiente peu handicapée (gêne cotée entre 0 et 3), il n'y pas d'indication chirurgicale. Pour une gêne moyenne (entre 4 et 6), le traitement médical des troubles génitaux associés (sécheresse vaginale, pesanteur pelvienne, incontinence urinaire d'effort) peut permettre de retrouver une qualité de vie satisfaisante. Enfin, le traitement chirurgical est choisi en cas de gêne importante (7 ou plus). Le pessaire peut être une alternative à la chirurgie chez les patientes non opérables, mais il demande une surveillance régulière pour dépister les complications. Il ne reste pas en place en cas d'éversion complète et ne traite pas l'incontinence urinaire associée ou démasquée par la réduction du prolapsus. Les complications courantes sont l'infection vaginale, qui peut avoir un retentissement général, et les ulcérations vaginales. Les incarceratedions, les cancers du vagin et les compressions urétérales sont exceptionnels. Il est conseillé de revoir les patientes 1 mois après la pose, puis tous les 3 à 6 mois pour changer l'anneau. La rééducation avec électrostimulation a une action sur les troubles urinaires associés et sur la pesanteur pelvienne, mais elle ne peut pas corriger le trouble anatomique. L'hormonothérapie, chez la patiente ménopausée, permet d'améliorer la trophicité locale, de réduire les troubles urinaires et de faciliter la rééducation ou la chirurgie.

1- Chirurgie :

Le traitement chirurgical repose sur deux principes :

- N'opérer que les patientes gênées ;
- Traiter dans le même temps les trois étages (colpocèle antérieure, fundique et postérieure).

L'intervention chirurgicale combine plusieurs gestes pour traiter chacun des éléments prolapsés. La technique utilisée est déterminée par la gravité du prolapsus, les facteurs de risque de la patiente et les habitudes du chirurgien.

En pratique, la voie vaginale est préférée chez les patientes de plus de 60 ans s'il n'existe pas de facteurs de risque de récurrence. La laparotomie est choisie chez les patientes jeunes ou présentant des facteurs de risque (hyperpression abdominale chronique). Il n'existe pas de travail randomisé comparant les deux méthodes.

Par laparotomie, l'intervention la plus répandue consiste à suspendre la paroi vaginale antérieure et postérieure au promontoire sacré, par l'intermédiaire d'une bandelette (double promontofixation). Une suspension du col vésical par l'intermédiaire du vagin (colposuspension de Burch) et un rapprochement des muscles releveurs par voie vaginale (myorrhaphie des releveurs) sont souvent associés à la promontofixation.

Par voie vaginale, le fond vaginal peut être suspendu au petit ligament sacrosciatique (sacrospinofixation ou intervention de Richter). Une suspension du col vésical par voie vaginale et une myorrhaphie des releveurs sont, là aussi, souvent associées. D'autres combinaisons sont possibles et utilisées.

Une hystérectomie accompagne souvent la cure chirurgicale du prolapsus à partir de 45 ans. Elle facilite le geste chirurgical, que ce soit par laparotomie ou par voie vaginale, et il est plus difficile de réaliser une hystérectomie ensuite en cas de pathologie utérine ultérieure.

Avec le temps, les opérées sont exposées à un risque de rechute dans environ 15% des cas.

d- La grossesse molaire :

C'est une anomalie de l'œuf caractérisée par l'absence d'embryon, transformation kystique des villosités chorionales, 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 1^{er} et le 4^{eme} 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.

2- HEMORRAGIES OBSTETRIQUES

a- L'hémorragie de la délivrance

Définition-Introduction :

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: 1^{ère} cause de mortalité maternelle et dans les pays développés le risque de décès par hémorragie de la délivrance est de 1/5000 naissances.

Incidence: 5% des accouchements avec mise en jeu du Pc vital maternel et risque de décès par choc hémorragique (les pertes sanguines peuvent être équivalentes à une plaie de l'artère fémorale)

Cause importante de morbidité maternelle: due à des transfusions sanguines répétées, séjours en réanimation, anémie.

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

Etiologies

La délivrance physiologique doit réunir 4 conditions :

Délivrance complète : il ne manque ni cotylédon (partie du placenta) ni membrane à l'examen du placenta.

Vacuité utérine complète

Bonne rétraction utérine

Coagulation sanguine normale

Une anomalie d'une ou de plusieurs de ces conditions risquent d'entraîner une hémorragie de la délivrance dont les principales étiologies sont :

A) **Atonie utérine « inertie utérine »:** cause la plus fréquente, c'est une anomalie de la contraction utérine.

- La mauvaise rétraction utérine entraîne l'absence du globe utérin de sécurité (gros utérus mou et sous ombilical)
- Les vx utérins de Pinard restent béant et entraînent l'absence d'une hémostase physiologique
- **Les facteurs favorisant l'atonie utérine** sont :
 - ✓ Travail prolongé par épuisement du muscle utérin ou travail trop rapide
 - ✓ Surdistension utérine par grossesses multiples, hydramnios et macrosomie fœtale.
 - ✓ Multiparité
 - ✓ Age maternel > 39 ans
 - ✓ Utérus fibromateux ou malformé
 - ✓ Utilisation récente de tocolitiques
 - ✓ Anesthésie profonde par halogènes

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

On peut avoir une :

- 1) **Rétention placentaire totale** par absence de délivrance spontanée complète dans **les 30min suivant l'accouchement.**
- 2) **Rétention placentaire partielle** par délivrance incomplète et rétention d'un fragment placentaire (cotylédon et/ou membrane) d'où l'intérêt de faire une **révision utérine.**

L'examen minutieux du placenta doit être systématique et au moindre doute on fait une révision utérine.

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

Situations favorisant la CIVD :

- ✓ Hématome rétro-placentaire (HRP)
- ✓ Pré-éclampsie
- ✓ Infection génitale grave
- ✓ Embolie amniotique

D) L'inversion utérine : exceptionnelle, la surface int de l'utérus est extériorisée a la vulve « **inversion en doigts de gang** »

Facteur favorisants:

- ✓ Atonie utérine
- ✓ Traction excessive sur le cordon lors de la délivrance
- ✓ Pression abdominale intempestive sur le fond utérin lors de la délivrance (expression utérine)

Ce qui nécessite la réduction immédiate et la prévention des récives par l'administration des ocytociques :

- ✚ **SYNTOCINON** : inj 5UI
- ✚ **METHERGIN** : inj ou goutte

Prise en charge thérapeutique :

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

Principes du traitement :

- Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale par une révision utérine et un examen sous valve.
- Assurer la contraction utérine par injection d'ocytociques
- Réanimation médical simultanée

A. 1^{er} 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** + **1amp** de **METHERGIN** en **IM** ; suivit d'un massage utérin.

3. Réanimation médicale simultanée :

- Pose d'une 2^{ème} 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. 2^{ème} 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 Cytotec (Misoprotol 200µg) en intra-rectal.

On poursuit une réanimation médicale et une surveillance maternelle rapprochée.

C. 3^{ème} temps thérapeutique : « chirurgical » :

En cas de persistance de l'hémorragie :

1. Ligature des artères hypogastriques : 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.

*** Quelques pratiques permettent de prévenir l'hémorragie de la délivrance :**

Quantification des pertes sanguines par utilisation systématique de poches de recueils. Révision utérine systématique en cas de doute sur l'intégrité du placenta et/ou des membranes. Utilisation des ocytociques dès l'accouchement des épaules Les gestes thérapeutiques ne doivent pas être retardés (délivrance manuelle, révision utérine, transfusions

b- Rupture utérine :

Définition :

La rupture utérine est une solution de continuité complète ou incomplète de la paroi de l'utérus grévide; due à l'existence d'un facteur de fragilisation et/ou une tension excessive exercée sur cette paroi.

Dans les pays occidentaux: exceptionnelle; On observe surtout la déhiscence de cicatrice de césarienne.

Dans les pays sous développés: L'accident est fréquent; se voit sur un utérus sain.

Siege et aspects des lésions :

60% sur face ANT du SI.

30% segmentaire et corporéale.

100A. corporéale.

On distingue une rupture complète et incomplète selon que la cavité utérine communique directement avec la cavité péritonéale ou Séparée par le péritoine utérin.

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 intempesitive.
- 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 corporéale (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.

2. Rupture utérine

- Rarement annoncée par le classique COUP de POIGNARD. On observe le plus souvent une sédation brusque de la douleur (Fausse impression de soulagement).
- Sensation d'écoulement intra abdominal d'un liquide tiède.
- Signes de choc apparaissent: Hypotension, tachycardie.
- Le fœtus mort directement, palpé sous la peau.
- Hémorragie vaginale

3. Forme asymptomatique:

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

Complications :

1. Rupture vésicale: hématurie.
2. Trouble de la coagulation.
3. Rupture négligée: péritonite, septicémie.

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 a 38sem :
 - Cicatrice de césarienne corporéale.
 - 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 obstétricochirurgicaux.
 - 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 :

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 :

Le cancer de l'endomètre encore appelé 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.

Le cancer de l'endomètre 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 de cancer de l'endomètre :

- les antécédents familiaux de **cancer de l'endomètre**
- les antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, du colon ou de l'ovaire...
- la nulliparité (pas d'enfant), la puberté précoce et la ménopause tardive,
- l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle
- le traitement hormonal substitutif, l'hormonothérapie par Tamoxifène
- le syndrome des ovaires polykystique.

Les manifestations cliniques du cancer de l'endomètre :

Le symptôme le plus fréquent du **cancer de l'endomètre** est la survenue de métrorragies postménopausiques 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 de ménorragies (règles plus abondantes) ou de métrorragies.

Examens complémentaires utiles au diagnostic de cancer de l'endomètre :

- 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

Définitions :

Le col de l'utérus correspond au segment le plus bas de l'utérus. Sa partie superficielle se trouve au fond du vagin. Le col utérin est facilement accessible à l'examen gynécologique, à l'aide d'un spéculum.

Un cancer du col utérin correspond au développement de cellules anormales dans le col de l'utérus, caractérisées par un pouvoir de prolifération anarchique.

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 l'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 utérin est le troisième cancer gynécologique en France après le cancer du sein et le cancer de l'endomètre. En 2005 on estime le nombre de nouveaux cas en France à 3068, ce qui correspond à un taux d'incidence de 7,1 cas sur 100 000 / an. Le cancer du col utérin a été responsable de 1 067 décès en 2005 en France. Son incidence augmente avec l'âge et atteint le maximum à l'âge de 40 ans. Grâce au dépistage du cancer du col utérin, son taux d'incidence diminue régulièrement ces 20 dernières années.

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 :

Les recommandations actuelles en France sont de pratiquer un frottis cervico-vaginal tous les trois ans, après deux premiers frottis normaux faits à un an d'intervalle. Cette fréquence peut être augmentée si le médecin le juge nécessaire.

Le premier frottis doit être fait quelques mois après les premiers rapports sexuels. Il peut être pratiqué jusqu'à l'âge de 70 ans, voire plus, si une activité sexuelle persiste.

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 minime
 - papillaire bien différencié
 - séreux
 - mésonéphroïde.

- **Autres types de carcinomes :**
 - adénosquameux
 - à cellule en verre dépoli
 - adénoïde kystique
 - adénoïde de type basal
 - carcinoïde
 - à petites cellules
 - indifférenciés.

Bilan d'extension :

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

L'extension du cancer du col est principalement locorégionale et lymphatique. Elle se fait de proche en proche, vers le vagin, la vessie, le rectum, les uretères. L'extension lymphatique se fait vers les ganglions pelviens. L'extension à distance est plus tardive et fait essentiellement vers le foie et les poumons.

Ce bilan comporte habituellement :

- 1) Toucher vaginal et toucher rectal : ils permettent d'évaluer l'évolution locale du cancer, vers le vagin, le rectum et les paramètres
- 2) Une IRM (imagerie par résonance magnétique) pelvienne
- 3) Une radiographie pulmonaire
- 4) Une échographie abdomino-pelvienne
- 5) Des marqueurs tumoraux : SCC (SquamousCellCarcinomaantigen) pour le cancer épidermoïde et CA 125 pour l'adénocarcinome
- 6) Cystoscopie et rectoscopie en cas de suspicion d'atteinte vésicale ou rectale.

Traitements :

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

- La chirurgie
- La radiothérapie
- La chimiothérapie.

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

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 Il 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.

Stade IA 1 avec invasion > 1 mm et < 3 mm :

Standard : chirurgie.

- Conisation avec passage in sano (passage en zone saine)
- Hystérectomie totale simple +/- colpectomie (ablation d'une collerette vaginale)
- Lymphadénectomie.

Stade IA 2 :

Standard : hystérectomie.

- Hystérectomie totale simple (en l'absence d'emboles 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 coelioscopie.

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

- ***Stades I B, II A, II B proximaux :***

Standard : pas de standard.

- Radiothérapie exclusive
- Chirurgie première (hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne +/- lymphadénoectomie lombo-aortique)
- Association radio chirurgicale.

- ***Stades II B distal, III :***

Standard : association radio chimiothérapie suivie d'une curiethérapie.

- Chirurgie secondaire
- Radiothérapie lombo-aortique.

- ***Stade IV :***

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.

Surveillance :

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 d'anesthésie est obligatoire dans le bilan préopératoire. Un bilan biologique minimal est préconisé 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'antiseptique de type polyvidoneiodée, 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 cytbactériologique 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 antérosupérieures (Fig. 7).



Figure 7.

A. Installation de la patiente. L'opérateur est situé à la gauche de la patiente, l'aide à droite. L'instrumentiste est au centre, entre les jambes de la patiente.

B. Instrumentation de la table opératoire ;

C. Pincés de Jean-Louis Faure.

b- Voie d'abord

L'incision cutanée peut être une médiane sous-ombilicale ou une transversale sus-pubienne. L'incision médiane se conçoit 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 préconisée 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 (Fig. 8).

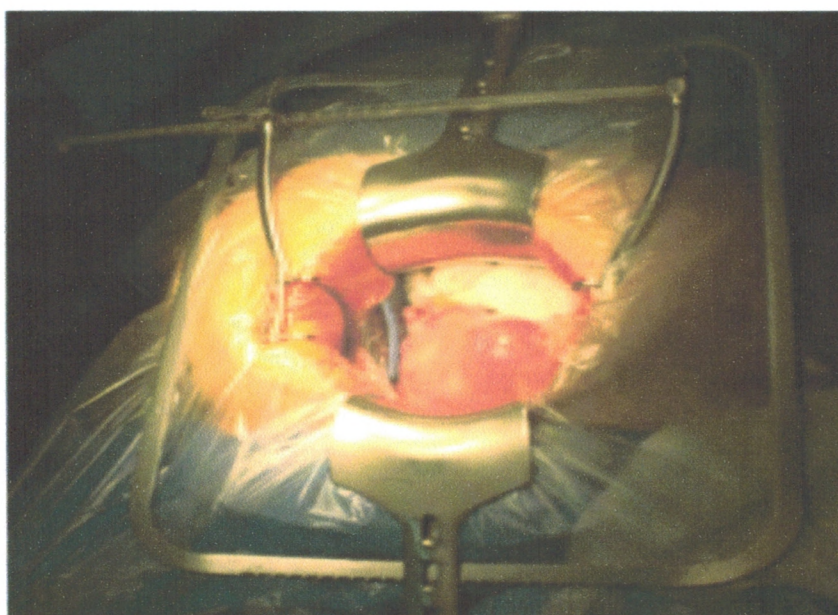


Figure 8. Mise en place des valves de Rochard, du cadre de Kirschner, d'un écarteur de Gosset : exposition du pelvis pour hystérectomie.

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 ou 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 droit). 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 exsanguine 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. 9).

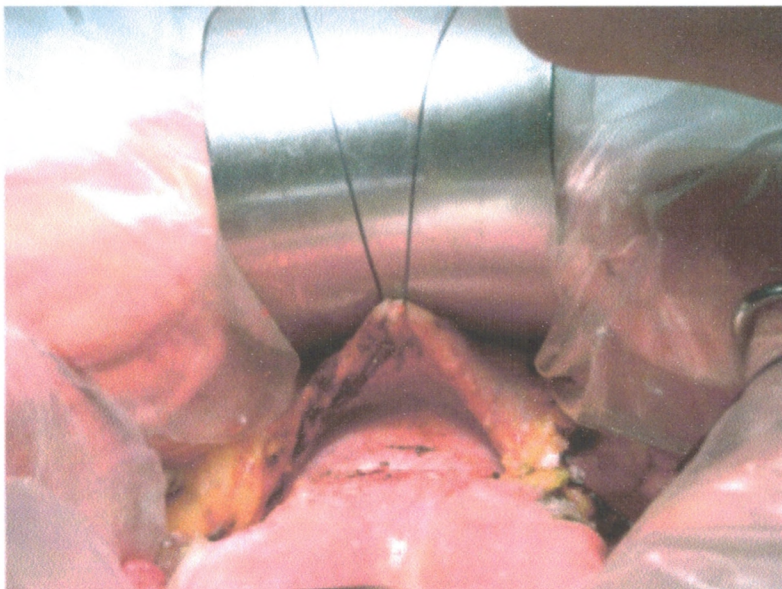


Figure 9. Décollement vésico-utérin ; vessie sur fil.

3) Ligature des pédicules lombo-ovariens

On saisit 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 aigüillage en aval du précédent (Fig. 10, 11).

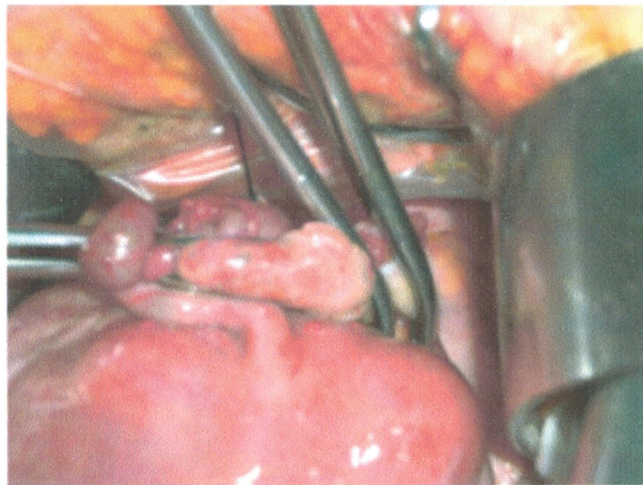


Figure 10. Ligature du pédicule lombo-ovarien droit par deux pinces de Jean-Louis Faure.

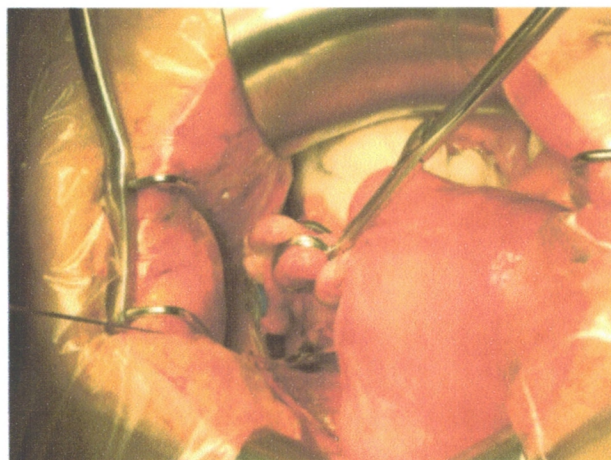


Figure 11. Pince à anneau excentré saisissant l'annexe gauche pour ligature du pédicule lombo-ovarien.

4) Ligature des pédicules utérins

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 (Fig. 12).

5) Ligature du paracervix (pédicules cervicovaginaux)

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

9) Fermeture pariétale :

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 vous n'êtes pas ménopausée avant l'intervention :

Les principales manifestations après une hystérectomie sont l'absence de règles et de possibilité de grossesse. Cela ne signifie que vous serez nécessairement ménopausée. Si les ovaires sont laissés en place, leur fonction persiste jusqu'à votre ménopause naturelle. Il n'y a 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 vous pourrez avoir alors des manifestations telles que des bouffées de chaleur. Vous pourrez, dans ce cas, discuter avec votre médecin des différentes possibilités thérapeutiques.

2- Si vous êtes ménopausée avant l'intervention :

Il n'y aura pas de modification particulière.

3- Dans tous les cas :

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

VIII. 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 cœlioscopie. 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'organe(s) 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 l'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, entraîne 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...).

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. À 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 :

1- Le modèle de présentation des données :

IMRAD

I : 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 , étalée sur une durée de 20 mois (janvier 2010 - aout 2011) .

3- La population cible :

Les patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN pour hystérectomie par voie haute entre janvier 2010 et aout 2011.

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 données informatiques :

- Logiciel Microsoft Excel.

6- Les paramètres de l'étude :

- ✓ Age.
- ✓ Origine.
- ✓ Grossesse et pariétés.
- ✓ Groupage sanguin.
- ✓ ATCD personnels médicaux et chirurgicaux.
- ✓ ATCD familiaux 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.

7- Le questionnaire utilisé pour l'étude :

Age	origine	GS	G P	ATCD				ETIOLOGIE	ECHO	EX COMP	TYPE DE L'INTERVENTION	DUREE DE SEJOUR
				personnels		familiaux						
				M	C	M	C					

III. RESULTATS :

Age	Origine	GS	G P	ATCD P médicaux	ATCD P chirurgicaux	ATCD F médicaux	ATCD F chirurgicaux	Etiologie	Type d'intervention	DS
44	Henaya	O (+)	G2P0		GEU	diabétique sœur	myomectomie sœur	utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie gauche	
50		B (+)	G4P4						HVH avec annexectomie bilatérale	
65		AB (-)	G12P11	diabétique		cardiaque mère, diabétique frère et père	thyroïdectomie père	métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie bilatérale	07
46			G0P0						HVH avec annexectomie bilatérale	05
46	Tlemcen		G6P5	diabétique cardiaque	mastéctomie			métrorragies post ménopause		
62		A (+)	G14P14	HTA				utérus polyyomateux		
47		O (+)	G6P5	diabétique cardiaque	mastéctomie			fibrome utérin		20
68		O (+)	G11P6	Diabétique HTA				utérus polyyomateux		10
52	Tlemcen	A (+)	G1P1		fibrome					09
53		O (+)	G4P4	HTA	appendicectomie	HTA père	LV	fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	
50		O (+)	G4P4	HTA		HTA et cardiaque dans la famille	fibrome		HVH avec annexectomie bilatérale	02
47	Tlemcen	A (+)	G5P5					métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie gauche	03
56		B (+)	G9P8						HVH avec annexectomie bilatérale	18
50		B (+)	G0P0	stérilité de 29ans				utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	06
54	Tlemcen	AB (+)	G7P6	diabétique				métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie bilatérale	10
57		A (+)	G0P0		mastéctomie				HVH avec annexectomie bilatérale	10
52		O (+)	G5P4					fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	06
42	Tlemcen	O (+)			myomectomie	HTA dans la famille	cholecystectomie		HVH interannexielle	05
33		O (+)	G2P2			HTA dans la famille		métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie gauche	05
54		A (+)	G0P0					métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie bilatérale	08
45	Tlemcen	B (+)	G1P1	polyarthrite				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	05
40	Sebra	A (+)	G3P3		fibrome				HVH avec annexectomie bilatérale	07
48	Beni Mestar	A (+)	G8P8		kystectomie cholecystéctomie varices des mbrs inf				HVH avec annexectomie bilatérale	07
60	Maghnia	O (+)	G6P4					néo du col	HVH avec annexectomie bilatérale	
49	Bensekrane	O (+)	G4P4					néo de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	05
60	Tlemcen	A (+)	G4P4	HTA cardiaque	HTA cardiaque				HVH avec annexectomie bilatérale	04
42	Tlemcen	B (-)	G0P0	asthme	asthme			fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	07
60	Tlemcen	A (+)	G7P6	HTA	HTA			néo de l'endomètre (suite à un fibrome) hyperplasie complexe	HVH avec annexectomie bilatérale	08
58		A (+)	G0P0					utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	04
40	Remchi	O (+)	G2P2					utérus polyyomateux	HVH interannexielle	04
60	Beni		G3P3	anémie					HVH avec annexectomie	11

	Mestar									bilatérale	
52	Remchi	B (+)	G0P0							HVH avec annexectomie bilatérale	08
50	Remchi	A (+)	G4P4						fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	04
46	Tlemcen	O (+)	G5P5							HVH interannexielle	04
56	Ouzidane		G3P1	HTA diabétique					dysplasie cervicale	HVH avec annexectomie bilatérale	09
46	Maghnia	A (+)	G0P0	diabétique					fibrome utérin	HVH interannexielle	09
47	Henaya	O (-)	G3P1		appendicectomie				fibrome utérin		01
45		A (+)							fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	03
45	Tlemcen	A (+)	G4P4	AVC ischémique	cholecystectomie				fibrome utérin	HVH interannexielle	14
30	Beni Saf	A (+)	G1P1		kyste ovarien				fibrome utérin		03
47			G4P1		appendicectomie					HVH avec annexectomie bilatérale	04
48									fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	08
50	Tlemcen		G0P0	LLC	hernie inguinale				endocervicite sévère		08
53		A (-)	G1P1		kyste ovarien				fibrome utérin		03
59	Tlemcen	A (+)	G10P5	allergie	LV					HVH avec annexectomie bilatérale	05
50	Sebdou	A (+)	G6P5		lipome de la main gauche				néo du col		08
46	Tlemcen		G3P3						myome		04
42		A (+)	G5P4		appendicectomie						10
47	Tlemcen	O (+)	G4P4						métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie bilatérale	
46	Chetouane	O (+)	G3P3						fibrome utérin utérus polymyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	
56	Tlemcen	A (+)	G8P7	diabétique					métrorragies post ménopause	HVH avec annexectomie bilatérale	
			G9P9	HTA diabétique					cervicite	HVH avec annexectomie bilatérale	56
46	Tlemcen	O (-)	G5P3						kyste ovarien	HVH avec annexectomie bilatérale	07
70			G5P3		cholecystectomie				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	07
45		A(+)	G4P3	HTA					utérus myomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	05
46			G3P3							HVH avec annexectomie bilatérale	06
54	Amieur	O (+)	G15P7						fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	05
48	Maghnia	A (-)	G1P1	diabétique	cholecystectomie				tumeur ovarienne gauche	HVH avec annexectomie bilatérale	07
59	Tlemcen	O (+)	G5P3	HTA	thyroïdectomie				tumeur ovarienne droite	HVH avec annexectomie bilatérale	05
56	Bensekrane		G0P0						kyste ovarien	HVH avec annexectomie bilatérale	06
45	Ouled Mimoun	O (+)	G5P5			LV			fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	05
47	Sidi Belabbes	O (+)	G4P4						fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	05
55	Remchi	A (+)	G10P5	diabétique HTA						HVH avec annexectomie bilatérale	09
57	Tlemcen	A (+)	G10P7						fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	14
51	Tlemcen	O(+)	G2P2	HTA ulcère gastro - duodénal	fibrome				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	27
47		O (+)	G7P7						fibrome utérin	HVH subtotale interannexielle	
62	Maghnia									HVH interannexielle	
47	Tlemcen	O (+)	G4P4	diabétique	fibrome				métrorragies	HVH interannexielle	

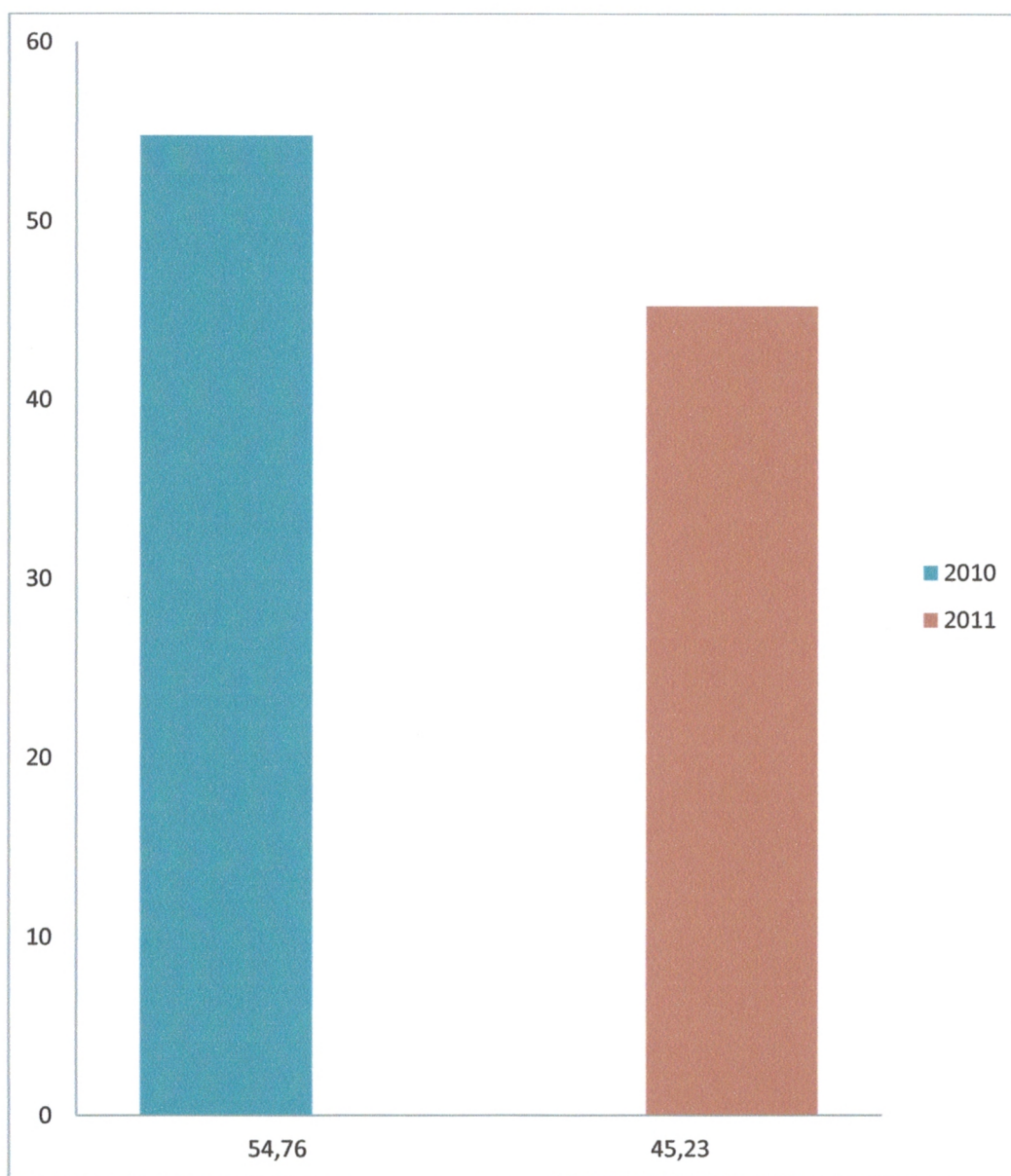
48		O (-)	G7P1			HTA		métrorragies	HVH avec annexectomie bilatérale	15
43	Tlemcen	O (+)	G7P4	diabétique	GEU			métrorragies abondantes	HVH avec annexectomie bilatérale	21
40	Tlemcen	O (-)	G6P5	HTA				utérus polyyomateux	HVH interannexielle	06
46	Beni Ouazen		G5P5					fibrome	HVH avec annexectomie bilatérale	
40	Bensekrane	A (-)	G1P0	dyslipidémie	LV				HVH interannexielle	
70	Tlemcen	A (+)	G7P4		hystérectomie subtotale			métrorragies	hystérectomie avec annexectomie bilatérale	
39	Tlemcen	A (-)	G0P0	cécité suite à un glaucome				métrorragies	HVH avec annexectomie bilatérale	
51	Tlemcen	O (+)	G7P7	diabétique					HVH funolique interannexielle	
50	Tlemcen	O (+)	G5P4					métrorragies abondantes	HVH avec annexectomie bilatérale	
45	Maghnia	O (+)	G4P3					métrorragies abondantes	HVH avec annexectomie bilatérale	
60	Sebdou	O (+)	G7P7	HTA AVC ischémique	hernie			saignement du à un fibrome		
46	Tlemcen	O (+)	G6P5			HTA		prolapsus génital du 1ier degrés		
53	Tlemcen	A (+)	G8P5					métrorragies	HVH interannexielle	
29		B (+)	G1P0					fibrome géant	HVH interannexielle	
52	Honaine	O (+)	G6P5	HTA diabétique		HTA	hernie	métrorragies		
61	Tlemcen	A (-)	G4P3	HTA	néo du sein			hyperplasie localisée de l'endomètre polype endocervical	HVH avec annexectomie bilatérale	03
62	Tlemcen	AB (+)	G11P6	anémie				utérus dysplasique	HVH avec annexectomie bilatérale	18
50	Ain Hout	O (+)	G8P6		fibrome	diabétique frère	hystérectomie tente et soeur		hystérectomie avec annexectomie bilatérale	17
82	Maghnia	A (+)	G13P13		LV			kyste hémorragique		09
54	Tlemcen	A (+)	G9P7					kyste ovarien	HVH avec annexectomie bilatérale	05
42	Chetouane	O (+)	G4P2	HTA	myomectomie	HTA mère cardiaque mère	cholecystectomie soeur	utérus polyyomateux	HVH interannexielle	07
45	El Ryat	A (+)	G0P0					utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	14
49	Sebdou	A (+)	G0P0	cardiaque	valvulopathie	HTA biabétique	hernie	môle hydatiforme	HVH avec annexectomie bilatérale	08
47	Tlemcen	A (+)	G0P0			HTA mère		myomes cervicite		14
47	Tlemcen	A (+)	G6P6						HVH avec annexectomie bilatérale	10
55	Tlemcen	O (+)	G6P6						HVH avec annexectomie bilatérale	20
39		O (+)	G3P3			HTA mère		myomes		35
46	Tlemcen	B (+)	G0P0	surdité infantile	nodule thyroïdien			fibrome utérin		15
42	Henaya	A (+)	G2P2		cholecystectomie	HTA diabétique			HVH interannexielle	31
44	Ouled Mimoun	O (+)	G0P0					utérus polyyomateux	HVH interannexielle	07
43	Tlemcen	AB (+)	G3P3					hyperplasie de l'endomètre		22
41	Tlemcen	O (+)	G3P3	allergie à la pénicilline				fibrome utérin	HVH interannexielle	06
41	Tlemcen	AB (+)	G1P1					néo du col	HVH avec annexectomie bilatérale	07
56	Remchi	O (+)	G8P6					métrorragies rebelles au traitement		
66	Ain Defla		G13P10	HTA	hernie ombilicale			métrorragies	HVH avec annexectomie bilatérale	15
47	Tlemcen	O (+)	G5P4			diabétique mère		métrorragies abondantes		11
46		O (+)	G0P0			HTA père et mère		utérus polyyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	06

48	Bechar	O (+)	G6P5	HTA		HTA mère	cholécystectomie mère		HVH avec annexectomie bilatérale	07
44	Henaya	O (+)	G3P2			HTA mère		fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	05
53	Bechar	A (+)	G7P6		pathologie pulmonaire gauche			néo du col	HVH interannexielle	10
58	Zedigua	O (+)	G8P7	HTA AVC				métrorragies	HVH interannexielle	17
48	Tlemcen	O (+)						myomes	HVH avec annexectomie bilatérale	11
69		A (+)	G6P6	HTA			mastectomie sœur		HVH avec annexectomie bilatérale	30
55	Tlemcen	B (+)	G10P10	HTA diabète					HVH avec annexectomie bilatérale	06
53	Tlemcen	A (+)	G9P7					métrorragies abondantes sur fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	07
46	Tlemcen	A (+)							HVH avec annexectomie bilatérale	15
66			G9P9	HTA				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	05
45	Tlemcen	AB (+)	G6P6					métrorragies rebelles au traitement		
53	Bechar	A (+)	G7P6		pathologie pulmonaire gauche			fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	
54		A (+)	G4P2	HTA goitre rhumatisme	thyroïdectomie				HVH avec annexectomie bilatérale	05
42	Tlemcen	O (+)	G4P5		cholécystectomie			dysplasie cervicale sévère	HVH avec annexectomie bilatérale	06
53	Tlemcen	O (+)	G6P5	diabétique	LV	diabétique mère et père		métrorragies post ménopauses	HVH avec annexectomie bilatérale	14
45		A (+)							HVH avec annexectomie bilatérale	12
64	Tlemcen	O (+)	G5P5		péritonite				HVH avec annexectomie bilatérale	05
45	Beni Ouarsous		G0P0			diabétique mère		myomes	HVH après myomectomie	11
39		A (+)	G2P2		néo du sein	HTA mère diabétique père		fibrome utérin	HVH interannexielle puis totale	06
48		O (+)	G5P4						HVH avec annexectomie bilatérale	05
48	Tlemcen	B (-)	G3P3	goitre		diabète mère		fibrome utérin	HVH interannexielle	05
48	Tlemcen	B (-)	G0P0					fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	04
46	Tlemcen	O (+)	G3P3					utérus polymyomateux	HVH interannexielle	10
45	Tlemcen	A (+)	G3P3	allergie		HTA mère	kystectomie mère	fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	02
58	Tlemcen	O (+)	G6P6					néo de l'endomètre	hystérocolpctomie avec annexectomie bilatérale	04
56	Tlemcen	B (+)	G4P4	HTA diabétique		HTA père et mère diabète mère cardiaque mère		hyperplasie de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	06
51	Tlemcen	A (+)	G6P6	diabétique				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	07
48	Tlemcen	A (+)	G4P4			diabète mère		fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	09
40	Tlemcen	A (+)	G4P4	HTA diabète	lipome de la cuisse	diabète père		fibrome utérin	HVH interannexielle	03
63	Sebdou	B (+)	G9P9	HTA diabète dyslipidémie						07
36	Beni Ouarsous	A (+)	G3P3					utérus myomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	09
50	Tlemcen	B (+)	G5P5					fibrome utérin	HVH interannexielle	03
55	Tlemcen							tumeur de l'ovaire	HVH interannexielle	03
36	Tlemcen	O (+)	G0P0					fibrome utérin	HVH interannexielle	04
48	Tlemcen	B (+)	G2P2	allergie				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	08
44	Tlemcen	O (+)	G5P3					fibrome utérin	HVH interannexielle	08
64	Nedroma	A (-)	G5P5	HTA diabète	kystectomie mammectomie			dysplasie de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	06

30	Tlemcen	O (+)	G2P2					fibrome utérin	HVH interannexielle	07
48	Tlemcen	O (+)	G5P4	HTA	appendicectomie	cardiaque		néo de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	25
55	Tlemcen	B (+)	G5P5	HTA diabète				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	12
42	Tlemcen	A (+)	G0P0			HTA mère		utérus polymyomateux	HVH interannexielle	05
41	Tlemcen	A (+)			myomectomie	HTA mère		utérus polymyomateux	HVH avec annexectomie bilatérale	08
50	Tlemcen	O (+)	G6P6	HTA goitre		HTA mère		ménométrorragies	HVH avec annexectomie bilatérale	02
63	Sebra	B (+)	G9P9	HTA diabète		HTA sœur		fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	03
50	Tlemcen	A (+)	G5P1					fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	03
43	Tlemcen	O (+)	G7P1		hémorroïdectomie			fibrome utérin	HVH interannexielle	04
54	Tlemcen	B (+)	G6P6	diabète				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	04
50	Tlemcen	O (+)	G4P3					fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	03
57	Tlemcen	B (+)	G4P3	diabète		diabète mère		fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	42
45	Tlemcen	A (+)	G5P4	cardiaque				fibrome utérin	HVH interannexielle	20
49	Tlemcen	A (+)				HTA mère		métrorragies rebelles au traitement	HVH interannexielle	06
34	Remchi	A (+)	G6P5					abcès pelvien	HVH interannexielle	19
30	Tlemcen	O (+)	G5P4					métrorragies	HVH avec annexectomie bilatérale	06
64	Tlemcen	A (+)	G4P4	HTA diabète	mastectomie			hyperplasie de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	21
44	Tlemcen	O (+)	G5P5	allergie		diabète mère		néo du col	HVH avec annexectomie bilatérale	04
48	Tlemcen	B (+)	G5P5	HTA	ligature des trompes			hyperplasie de l'endomètre	HVH avec annexectomie bilatérale	06
42	Tlemcen	B (+)	G6P4	HTA		HTA mère diabète mère		fibrome utérin	HVH interannexielle	04
43	Tlemcen	O (-)	G2P2					néo de l'ovaire	HVH avec annexectomie bilatérale	10
47	Tlemcen	B (+)	G4P4	HTA				fibrome utérin	HVH avec annexectomie bilatérale	04
39	Sebdou	A (-)	G0P0					fibrome utérin	HVH interannexielle	07
55	Tlemcen	A (+)	G8P4	HTA goitre			cancer de l'endomètre mère	néo du col	HVH avec annexectomie bilatérale	10
49	Tlemcen	O (+)	G6P6	HTA		HTA père		fibrome utérin	HVH interannexielle	06

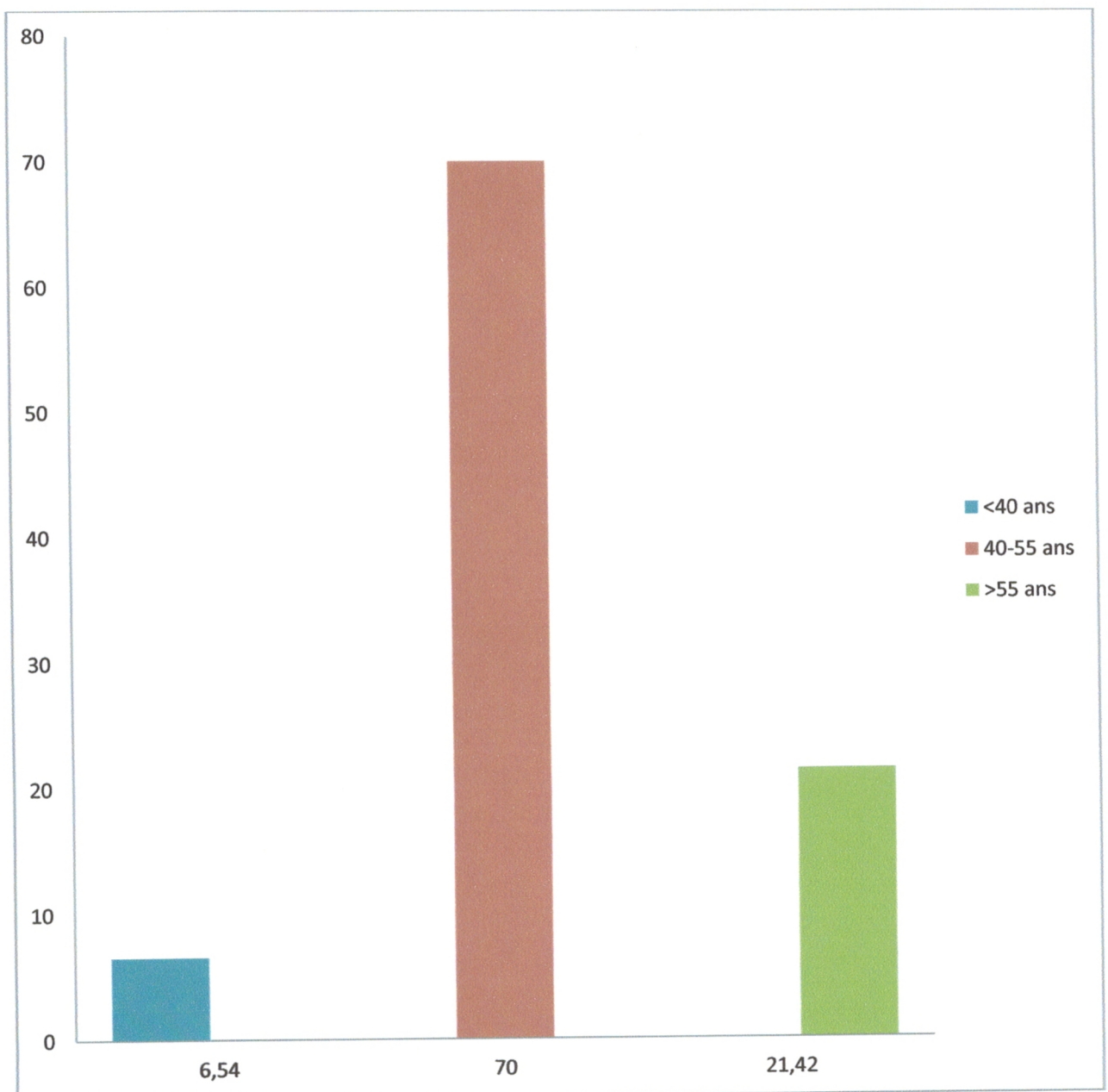
1- Répartition en fonction de l'année :

	2010	2011 (9 mois)
Nb de cas	92	76
%	54,76	45,23



2- Répartition en fonction de l'âge :

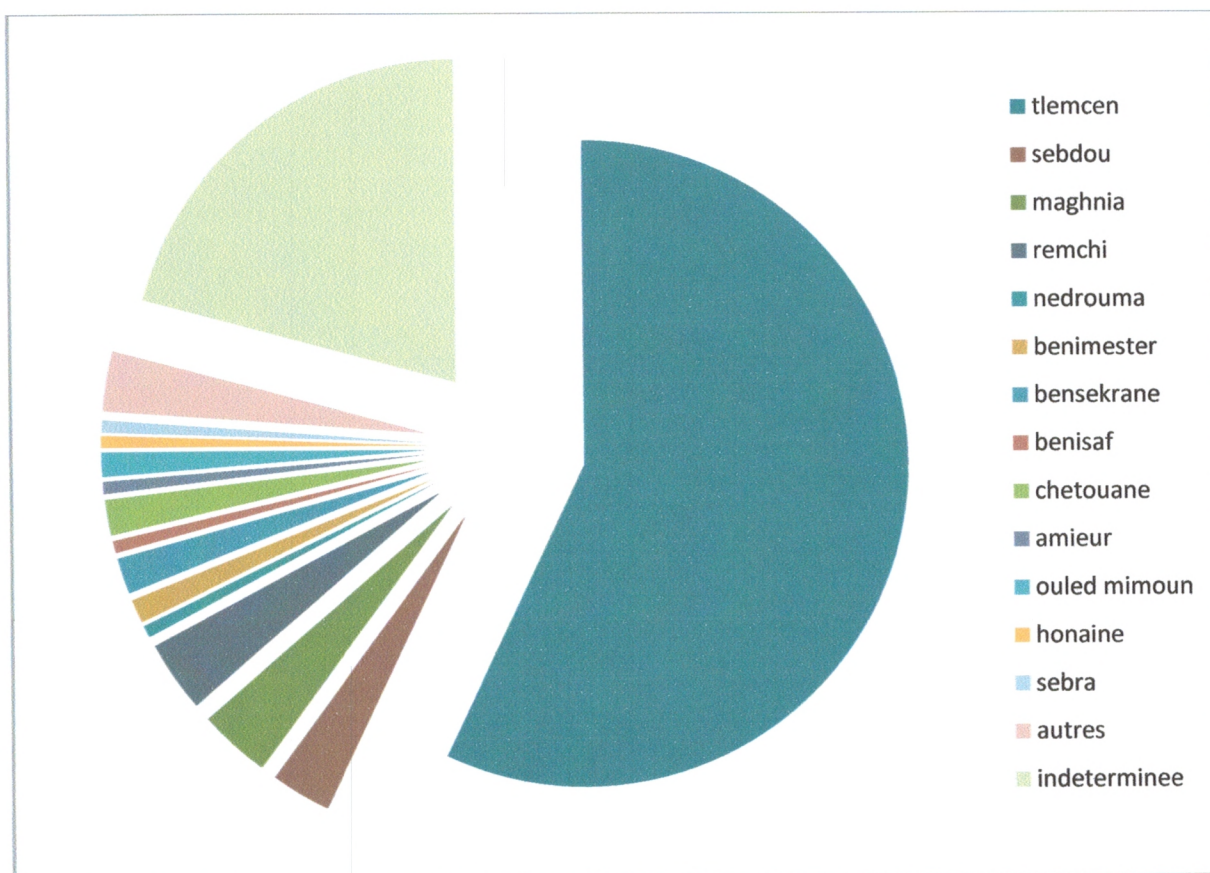
	<40 ans	40 - 55	>55
Nb de cas	11	121	36
%	6,54	70	21,42



3- Répartition en fonction de l'origine :

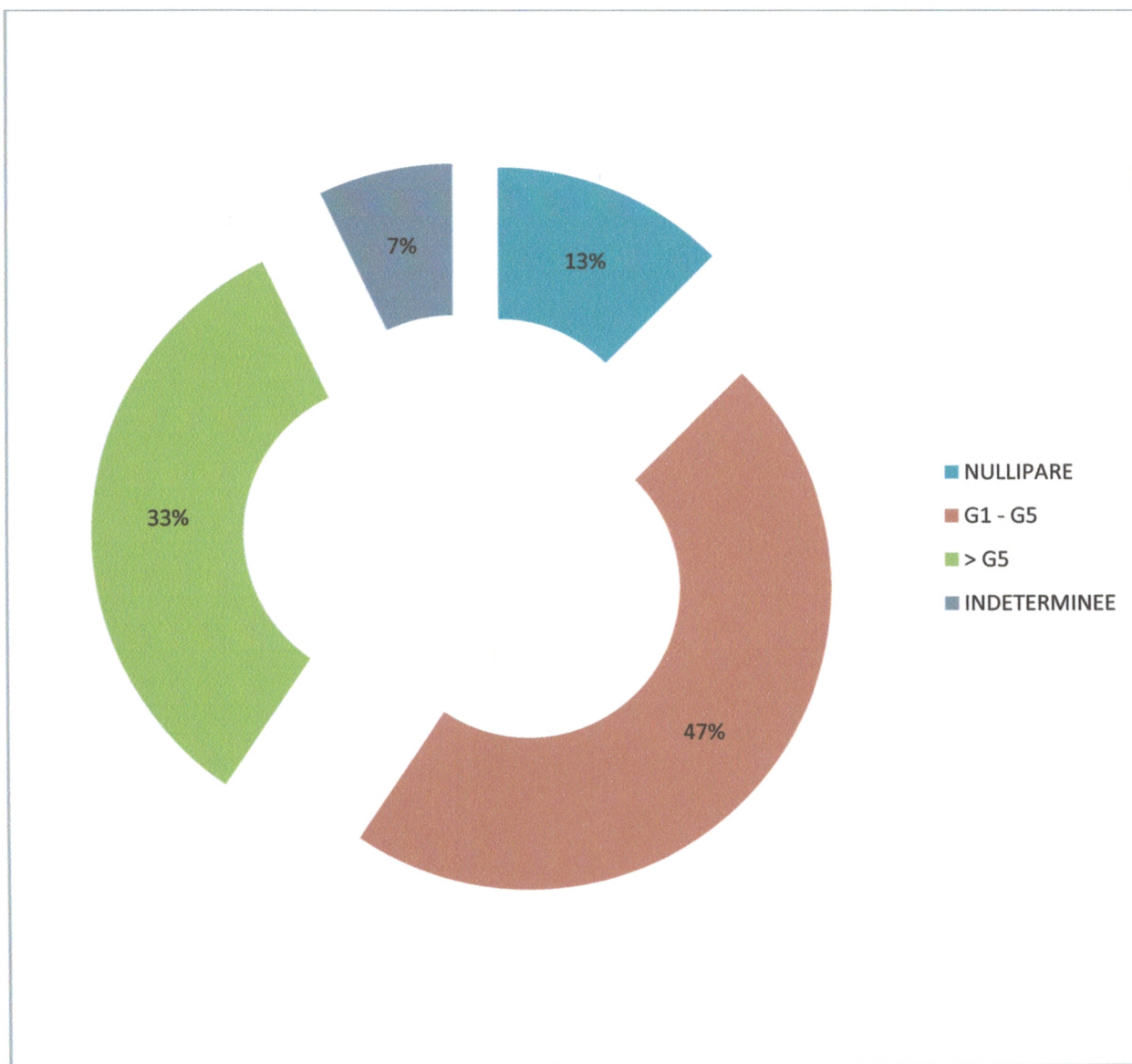
	Tlemcen	Sebdou	Maghnia	Remchi	Nedrouma	Beni mester	Ben sekrane	Benisaf
nb	96	5	6	6	1	2	3	1
%	57,14	3	3,57	3,57	0,6	1,2	1,78	0,6

	Chetouane	Amieur	Oueld mimoun	Honaine	Sebra	Autres	Indéterminée
nb	3	1	2	1	1	5	35
%	1,78	0,6	1,2	0,6	0,6	3	20,83



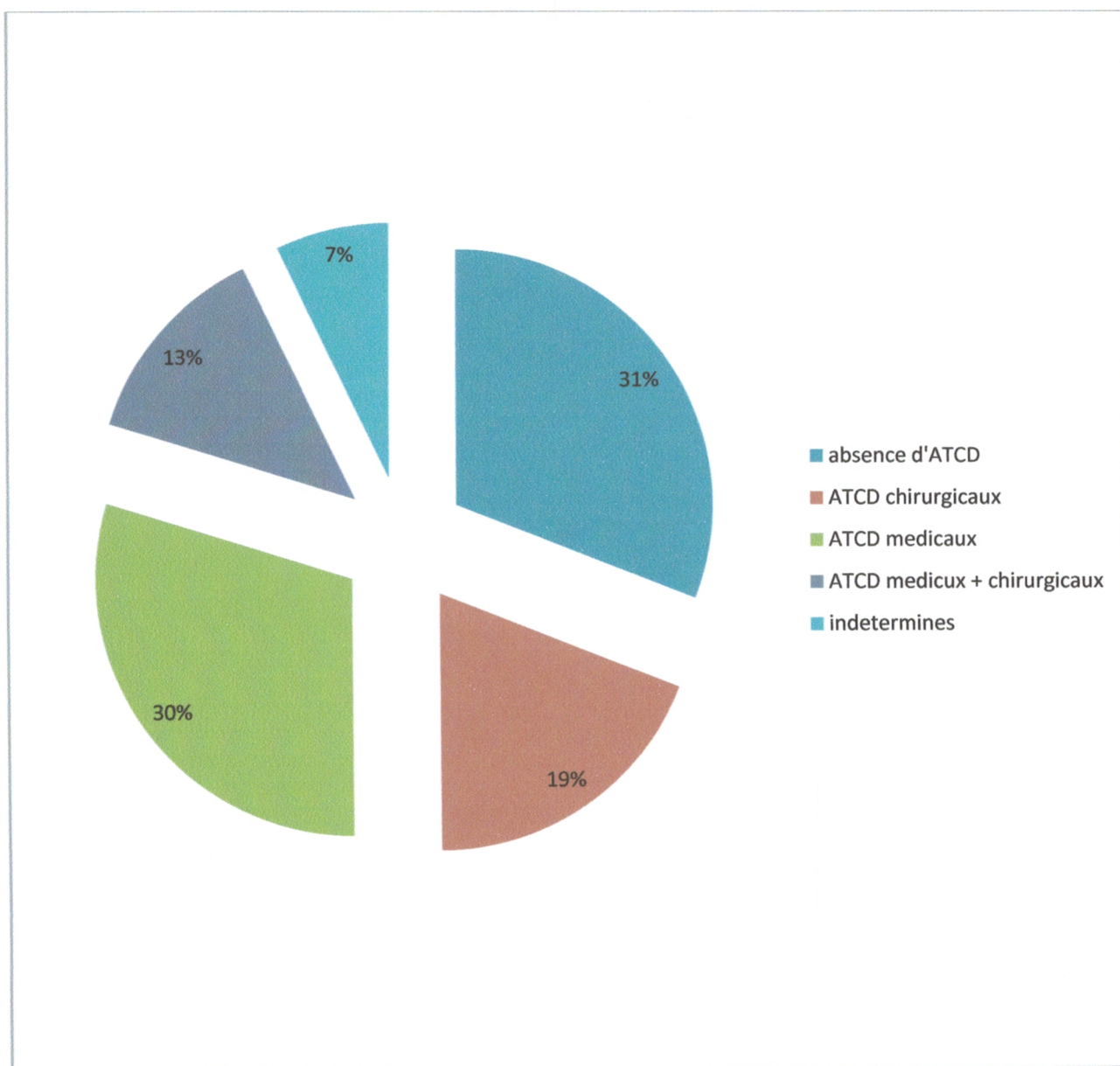
4- Répartition en fonction de la pariete :

	nullipare	G1 – G5	>G5	indéterminée
nb	21	79	56	12
%	12,5	47	33,33	7,14



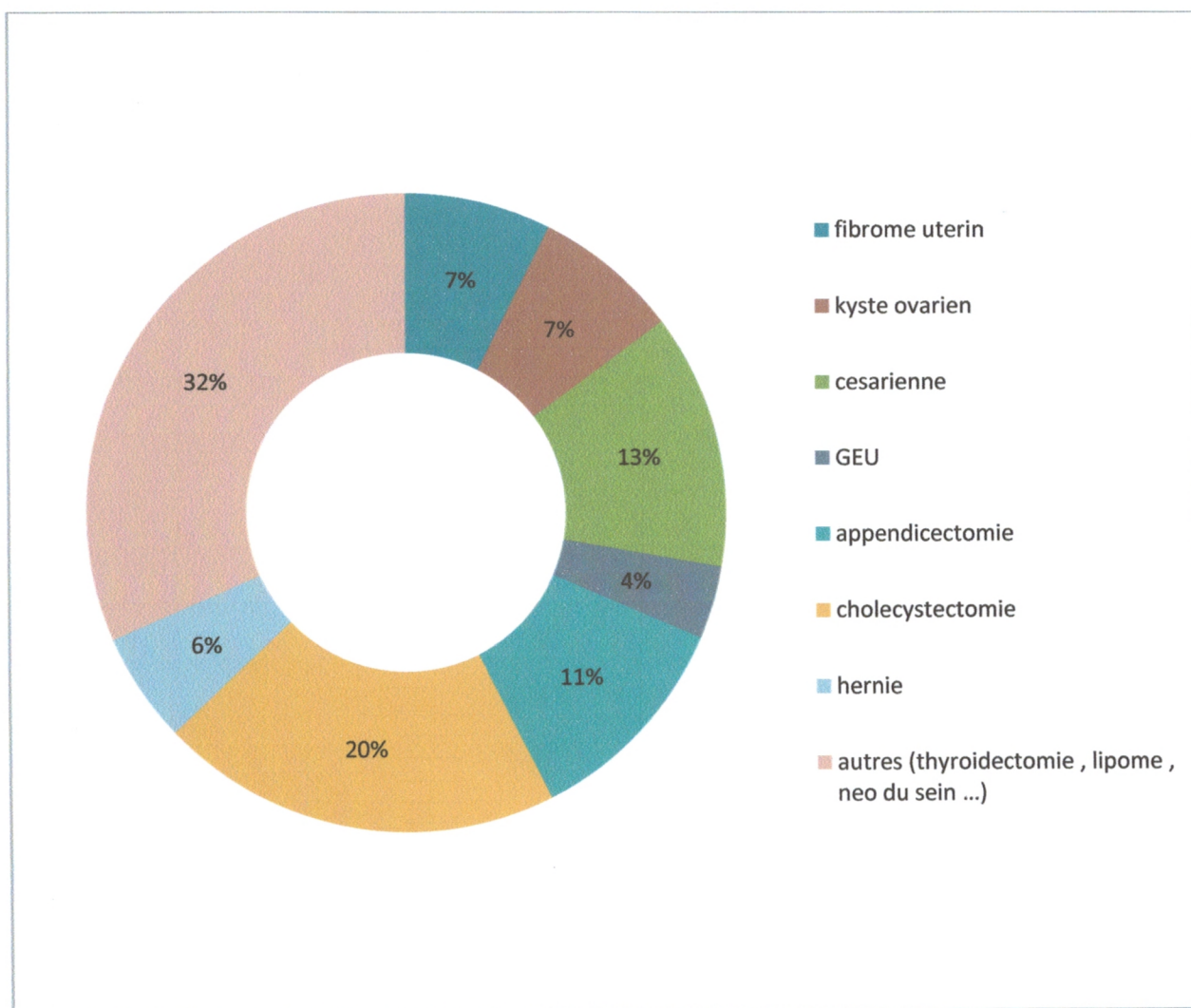
5- Répartition en fonction des ATCD personnels :

	Pas d'ATCD	ATCD chir	ATCD med	ATCD chir+med	indeterminés
nb	52	32	50	22	12
%	30,95	19,04	29,76	13,09	7,14



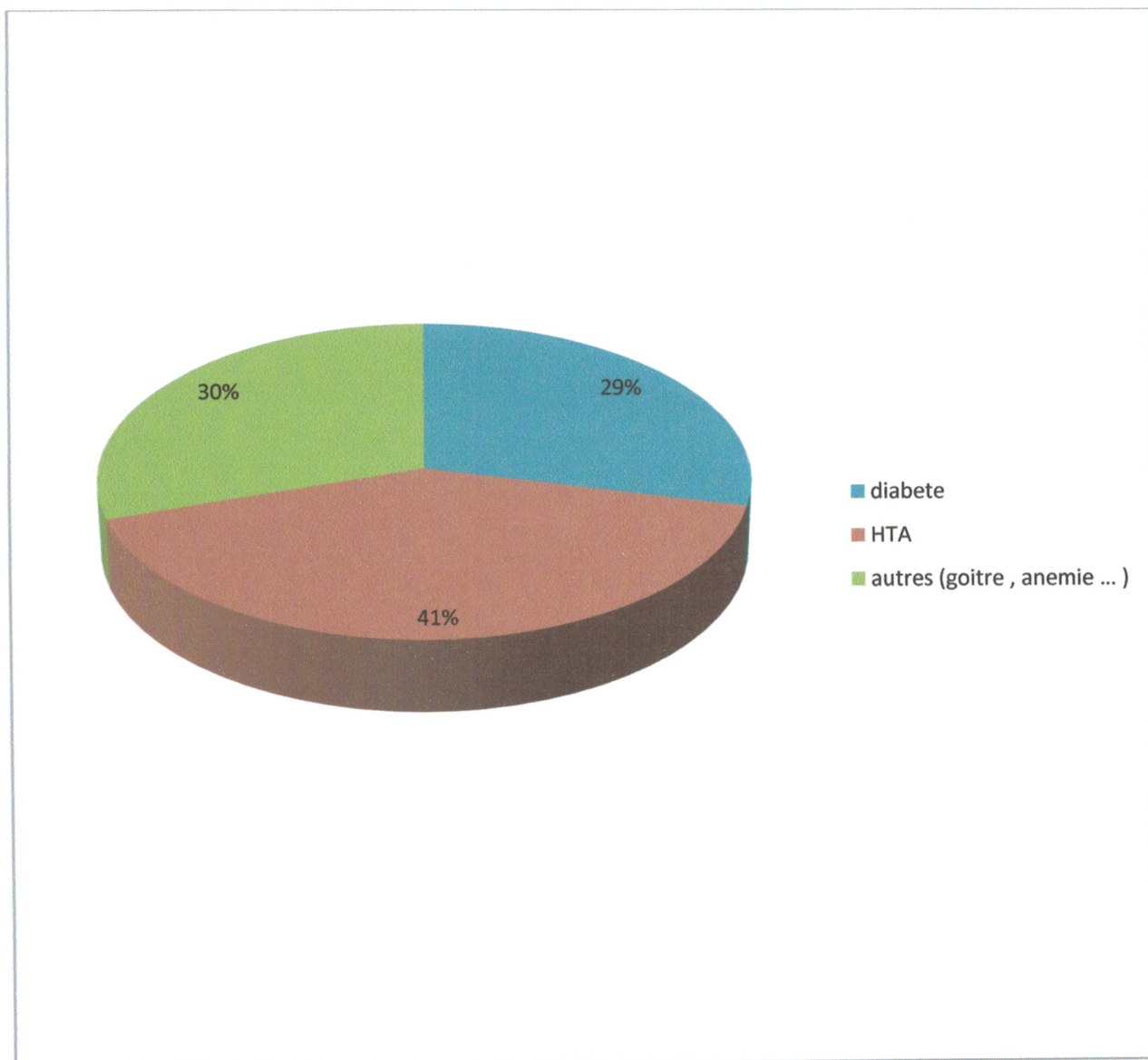
6- Répartition en fonction des ATCD personnels chirurgicaux :

	Fibrome uterin	Kyste ovarien	cesarienne	GEU	appendicectomie	LV	hernie	autres
nb	4	4	7	2	6	11	3	17
%	7,4	7,4	12,96	3,7	11,11	20,37	5,55	31,48



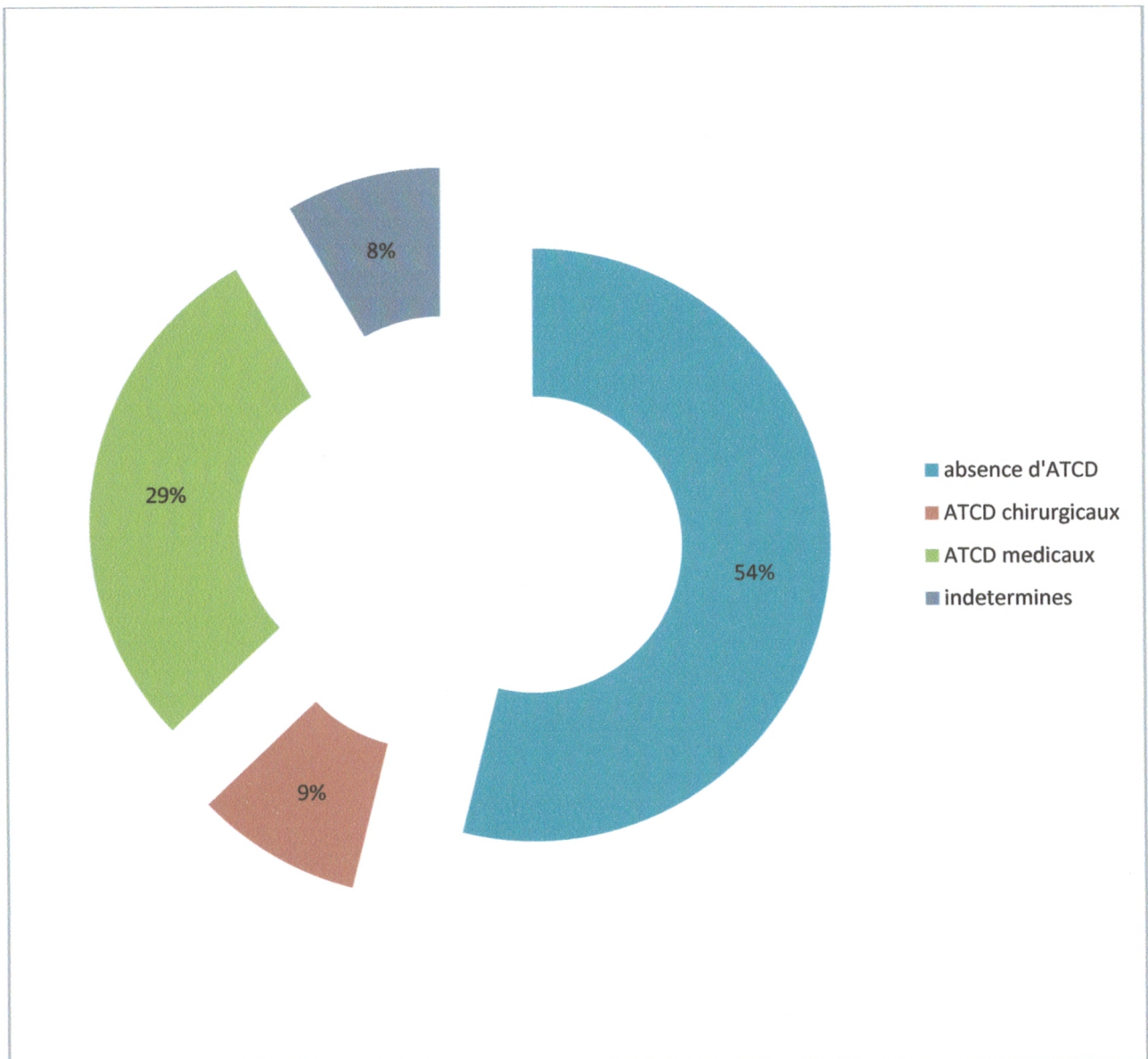
7- Répartition en fonction des atcd personnels médicaux :

	diabète	HTA	autres
nb	26	37	27
%	28,88	41,11	30



8- Répartition en fonction des atcd familiaux :

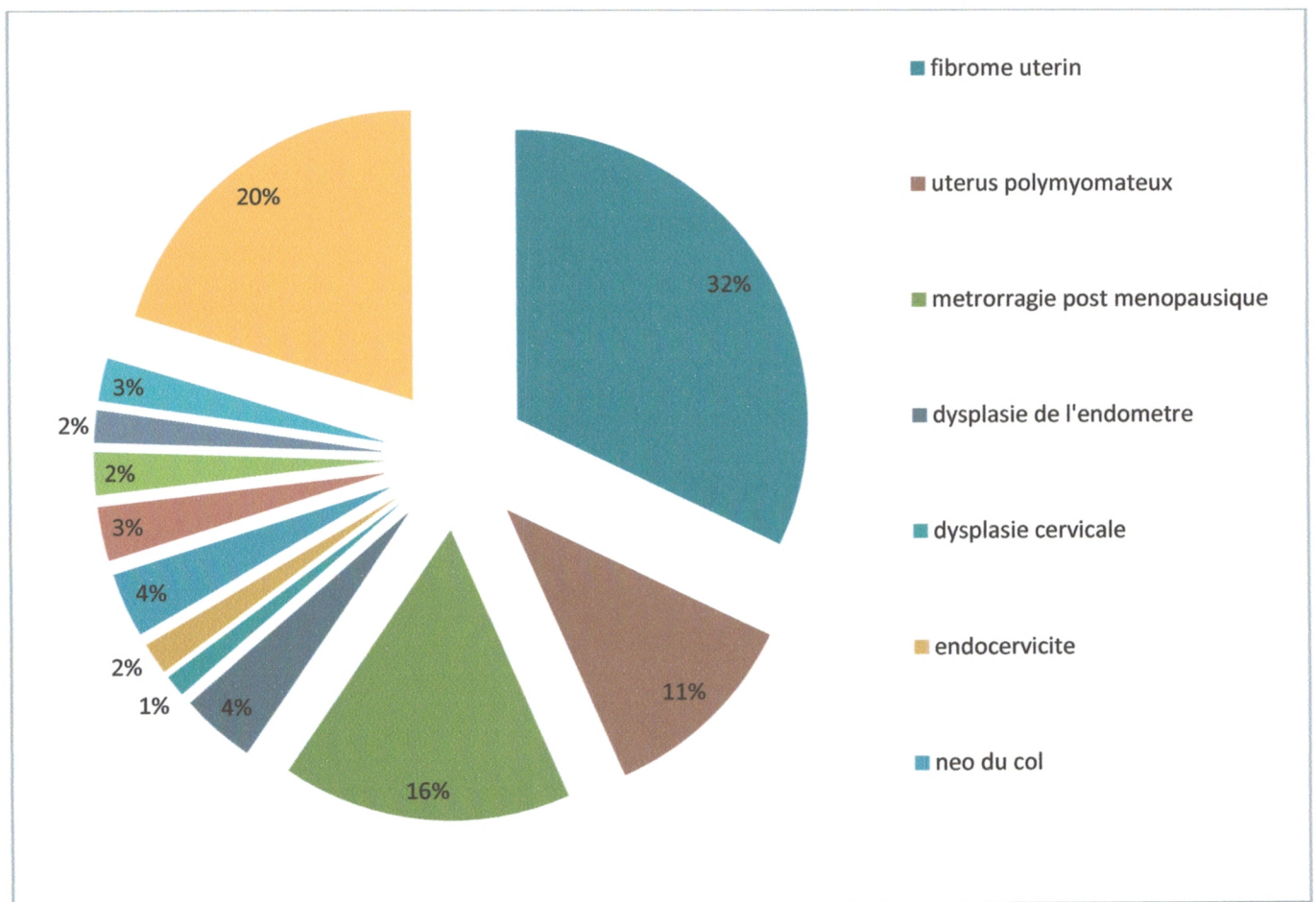
	Pas d'ATCD	ATCD chir	ATCD med	indeterminés
nb	96	16	51	15
%	53,93	9	28,65	8,42



9- Répartition en fonction de l'indication :

	Fibrome uterin	Uterus polymyomateux	Metrorragie post menop	Dysplasie de l'endometre	Dysplasie cervicale	endocervicite
nb	54	19	27	7	2	3
%	32,14	11,3	16,07	4,16	1,2	1,78

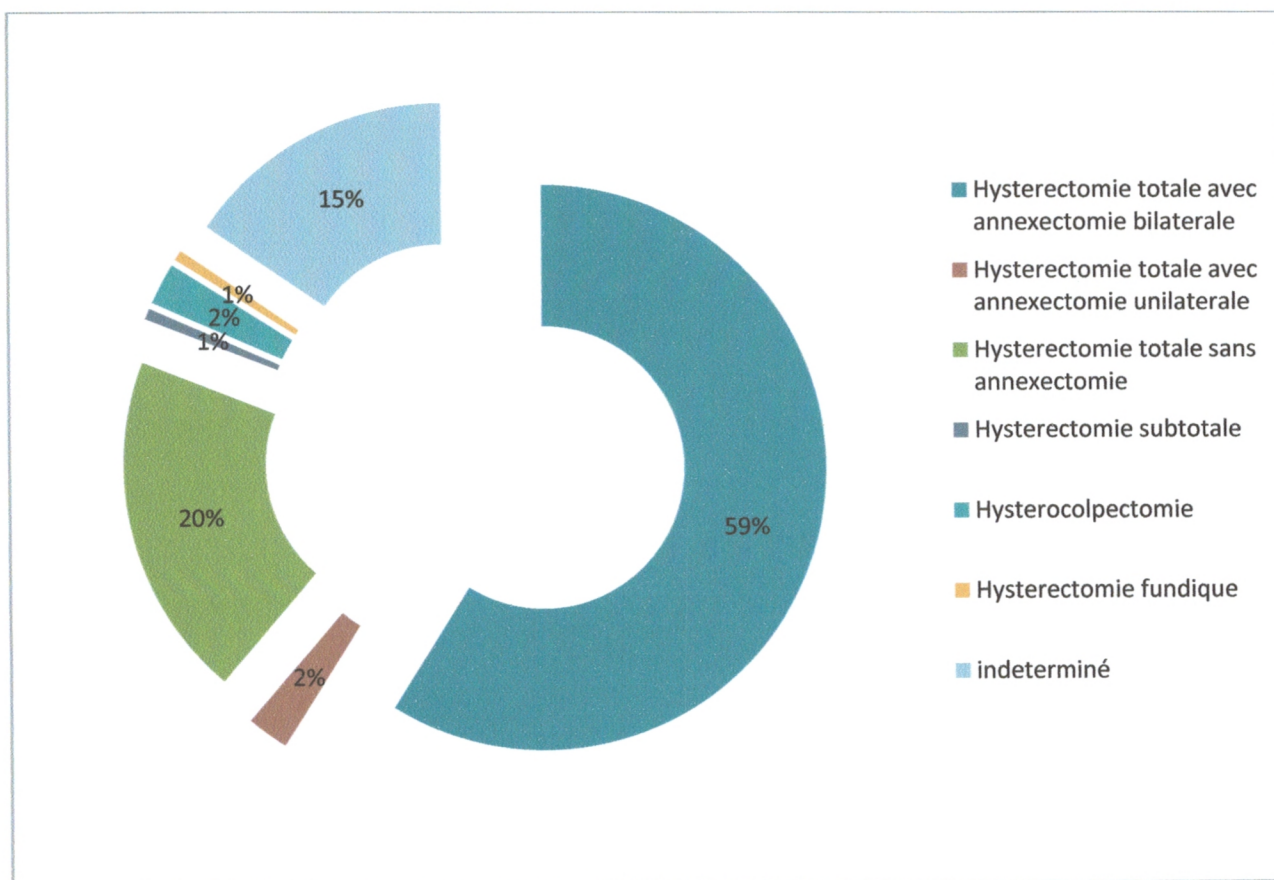
	Neo du col	Tm ovarienne	Kyste ovarien	Neo de l'endometre	autres	indterminées
nb	6	5	4	3	4	34
%	3,57	2,97	2,38	1,78	2,4	20,23



10- Répartition en fonction du type d'intervention :

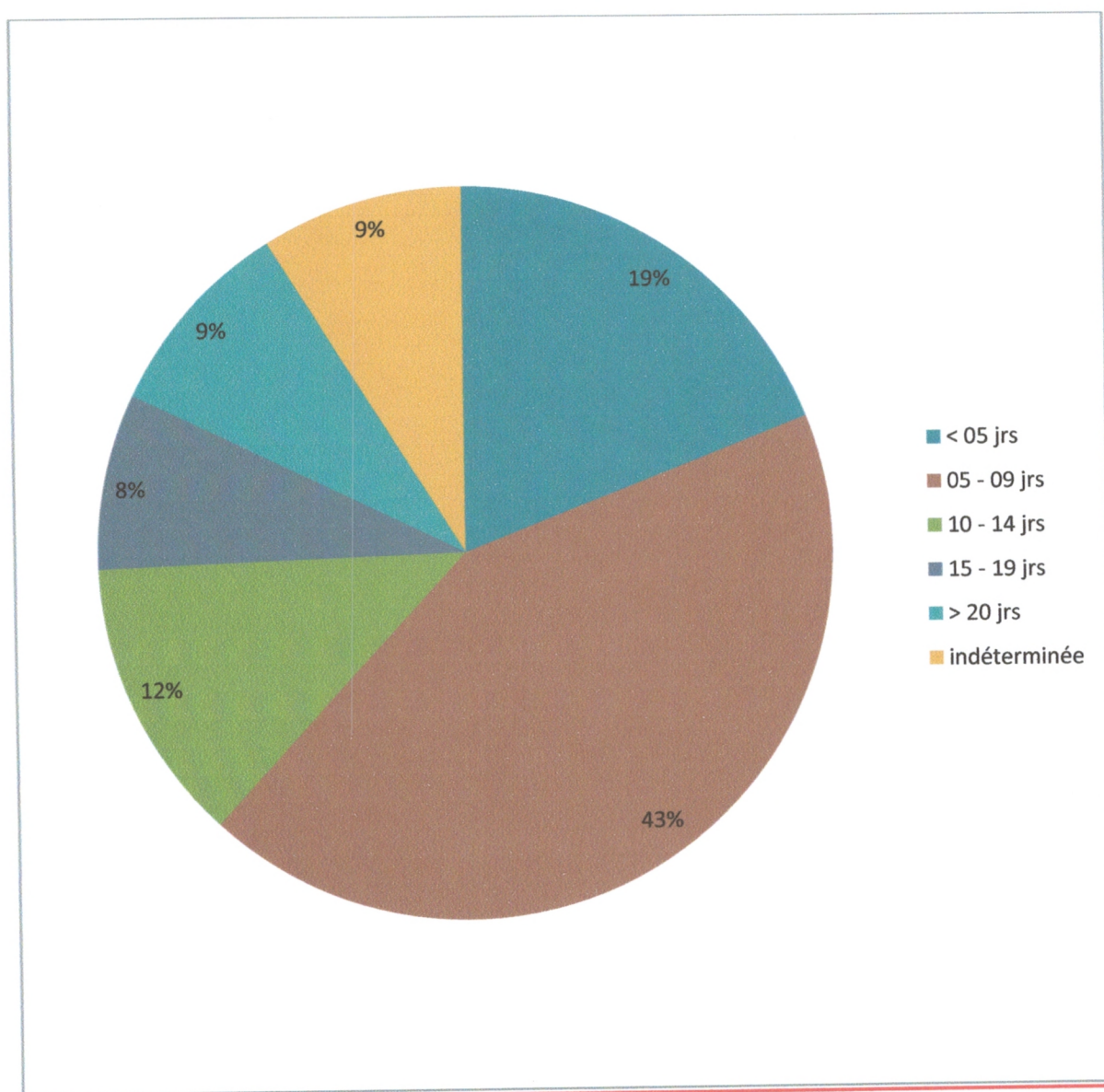
	HVH totale+annexectomie bilaterale	HVH totale+annexectomie unilaterale	HVH totale sans annexectomie	HVH subtotale
nb	99	4	33	1
%	58,92	2,38	19,64	0,6

	hysterolectomie	HVH fundique	indeterminé
nb	4	1	26
%	2,38	0,6	15,47



11- Répartition en fonction de la durée de séjour :

	< 05 jrs	05 – 09 jrs	10 – 14 jrs	15– 19 jrs	>20 jrs	indéterminée
nb	32	72	21	13	15	15
%	19,04	42,85	12,5	7,73	8,92	8,92



IV. DISCUSSION :

1- Répartition selon l'année de réalisation :

On distingue une égalité dans la répartition des cas d'hystérectomie par voie haute entre les 2 années d'étude (12 mois pour l'année 2010 et les 9 premiers mois de l'année 2011) avec un pourcentage respectif de 54% et 46% .

2- Répartition selon l'âge :

Le pic maximal des cas enregistrés d'hystérectomie par voie haute dans les 2 années de notre étude se situ au niveau de la tranche d'âge 40 – 55 ans avec un pourcentage de 70 %.

Pour les autres tranches d'âge, le pourcentage se situ à 6,5 % pour les moins de 40 ans, et de 21,5 % pour les plus de 55 ans .

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

3- Répartition selon l'origine :

La répartition géographique nous montre que plus de la moitié des cas d'hystérectomie par voie haute enregistrée au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé mère enfant de la wilaya de TLEMCCEN (56%) se concentre au niveau de TLEMCCEN 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 TLEMCCEN centre ville d'autre part.

4- Répartition selon la parité :

Le pourcentage d'hystérectomie par voie haute enregistré ces 2 dernières années est plus important chez les multipares par rapport aux nullipares. Il est respectivement de 47% 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 l'hystérectomie par voie haute comme traitement curatif.

5- Répartition selon les antécédents personnels :

31% des patientes hospitalisées au sein de la maternité de TLEMCEN et qui ont bénéficié d'une hystérectomie par voie haute ne présentent aucun antécédent personnel. Cependant, 28% des patientes présentent des ATCD chirurgicaux dont les cholécystectomies, les césariennes, et les appendicectomies constituent la grande part par rapport aux autres (fibromes et les kystes ovariens).

On enregistre d'autre part que 38% des patientes ont des ATCD médicaux dominés par le diabète et l'HTA.

6- Répartition selon les antécédents familiaux :

Les familles de 54% des patientes ayant subi une hystérectomie par voie haute ne présentent aucun antécédent.

Cependant, 28% d'entre – eux présentent des ATCD médicaux type HTA et diabète, par rapport à 9% seulement qui présentent des ATCD chirurgicaux (cholécystectomie, thyroïdectomie...).

7- Répartition selon l'indication :

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

- fibrome utérin 32%
- Utérus polomyomateux 12%
- Métrorragies post ménopausique 17%

Cependant, les dysplasies et les néo de l'endomètre ne représentent que 6%, de même pour les tumeurs et les kystes ovariens ainsi que les néo du col.

8- 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 60% des cas, avec une moyenne d'âge de

Cependant, les annexes peuvent être conservé (HVH totale sans annexectomie) si l'appareil génitale est toujours fonctionnelle (20% des cas) en dehors des affections malignes avec une moyenne d'âge de

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

9- Répartition selon la durée de séjour :

La moitié des femmes ayant subi une hystérectomie par voie haute ont été hospitalisées pour une durée moyenne de 05 à 09 jours ; cependant 20% ont quitté leurs lits avant le 05^{ème} jour, alors que 9% seulement ont dépassé les 20 jours d'hospitalisation.

Hystérectomie par voie haute - propositions :

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

Centre hospitalier spécialisé mère et enfant

E.H.S.TLEMCEM

Chef de service :

Médecin traitant :

Fiche clinique

HYSTERECTOMIE PAR VOIE HAUTE

NOM :

Date d'admission :

PRENOM :

Unité :

AGE :

N de salle :

GROUPE :

G.P :

TEL :

ADRESSE :

Date de sortie :

*Il s'agit de la patiente , âgée de ans,
originaire et demeurant à , de groupage sanguin
G P , hospitalisée pour une hystérectomie par voie haute
suite à*

INTERROGATOIRE :

ATCD personnels :

Familiaux :

ATCD gynécologiques :

Ménarchie :

Ménopause :

Infertilité :

Contraception :

ATCD obstétricaux :

G P A

HISTOIRE DE LA MALADIE :

EXAMEN CLINIQUE :

1) Examen général :

-état de conscience :

-téguments :

-TA =

-Température :

- C.U :

2) Examen de l'appareil uro-génital :

-les signes fonctionnels :

Douleur pelvienne

pollakiurie

Ménorragie

brulure mictionnelle

Métrorragie

incontinence urinaire

Métrorragie post ménopausique

Autres signes :

-l'examen physique :

3) Examen de l'appareil cardio-vasculaire :

4) Examen de l'appareil respiratoire :

5) Le reste de l'examen somatique :

CONCLUSION CLINIQUE :

CONDUITE A TENIR :

1) **Hospitalisation.**

2) **Bilans préopératoire :**

-NFS

-Echographie abdomino-pelvienne :

-Scanner abdomino-pelvien :

-Hysteroscopie :

-Hystérosalpingographie :

-Autres bilans :

3) Avis cardiologie pré-op :

4) Avis réanimation :

PROTOCOL OPERATOIRE :

Opérateurs :

3) Résultats de l'étude anatomo-pathologique :

4) NFS de control :

TRAITEMENT DE SORTIE :

LES SUITES OPERATOIRES :

1) Traitement en intra hospitalier :

2) Surveillance :

<i>date</i>	<i>heure</i>	<i>TA</i>	<i>saignement</i>	<i>drain</i>	<i>pansement</i>	<i>diurèse</i>	<i>Reprise du transit</i>

V. CONCLUSION :

La plupart des études sont de qualité inégale et retrouvent des résultats contradictoires, même si la plupart ne retrouvent pas d'effet délétère à long terme. Tous les auteurs s'accordent néanmoins sur la nécessité d'une information de la patiente des éventuelles conséquences de l'hystérectomie sur le plan psychosexuel et de la prise en compte de son avis dans la décision de conserver ou non l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE :

- Précis de pathologie chirurgicale, vol. V, Masson & Cie
- Masson
- Manuel du résidant
- Manuel du généraliste

- Internet :
 - La société des obstétriciens et gynécologues du CANADA (SOGC)
www.sogc.org
 - www.gynecomarseille.com/hysterectomie
 - www.gynecosphere.com/chirurgie-gynecologique/hysterectomie

- cours de l'externat :
 - Fibrome utérin, cancer de l'endomètre ; Pr BELARBI
 - Grossesse molaire, cancer du col ; Pr BENHABIB
 - Hémorragie de la délivrance ; Dr MALTI