

Université AbouBakr Belkaid Tlemcen
Faculté de médecine Dr Benzerjeb
Etablissement hospitalier spécialisé Tlemcen
(Complexe mère –enfant)
Service de gynécologie –obstétrique

HYSTERECTOMIE & COMPLICATIONS DIGESTIVES

Encadré par :

Pr BENAHBIB

Présenté par :

- DEBAGHI Chikh
- SOUDI Ibrahim
- ISNASNI Mohammed Riyad
- HECHMAOUI Mohammed Amine
- SAFI BENSLIMANE Djamila

*Dr BEN AHBIB RIYAD
Gynécologie - Obstétrique
Service*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009 - 2010

Université AbouBakr Belkaid Tlemcen
Faculté de médecine Dr Benzerjeb

Etablissement hospitalier spécialisé Tlemcen
(Complexe mère -enfant)
Service de gynécologie -obstetrique

HYSTERECTOMIE et complications digestives

Encadré par :

- Pr BENAHBIB

Présenté par :

- DEBAGHI Cheikh
- SOUDDI Ibrahim
- IZNASNI Mohamed Riyad
- HEHEMAOUI Mohamed Amine
- SAFI BENSLIMANE Djamilia

Plan

Introduction

Etude théorique :

1-Généralités

1-1 définition

1-2 Rappel anatomique

1-2-1 Rappel anatomique de l'utérus

1-2-2 Rappel anatomique du vagin

1-3 Historique de l'hystérectomie

1-3-1 Hystérectomie vaginale

1-3-2 Hystérectomie abdominale

1-3-3 Hystérectomie percoelioscopique

2-Les indications de l'hystérectomie

3- Techniques opératoires de l'hystérectomie

3-1 Technique de l'hystérectomie abdominale

3-2 Technique de l'hystérectomie vaginale

3-3 Technique de H. percoelioscopique

3-4 Choix de la technique opératoire

4-Complications de l'hystérectomie

4-1 Mortalités

4-2 Incidents et accidents per-op

4-3 Complications post-op

4-4 Complications tardives

ETUDE PRATIQUE :

1- Matériels et méthodes

2- Résultats

3- Commentaires – discussion

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

L'hystérectomie reste encore la plus fréquente des interventions réalisées chez la femme (environ 60 000 par an en France).

Dans 90 % des cas, elle est indiquée pour des lésions bénignes, se manifestant le plus souvent par une symptomatologie fonctionnelle, représentée par des algies pelviennes, des saignements ou l'association des deux.

L'hystérectomie, malgré sa fréquence et sa bonne tolérance, n'en est pas moins une intervention à risque de complications.

En effet, comme tout acte chirurgical, elle est grevée d'une morbidité et d'une mortalité non négligeable.

Rares sont les publications récentes, qui font état du taux de complications per- et postopératoire de ces opérations, toutes voies d'abord confondues et quel que soit l'opérateur

Etude théorique

I. Généralité

1-DEFINITION

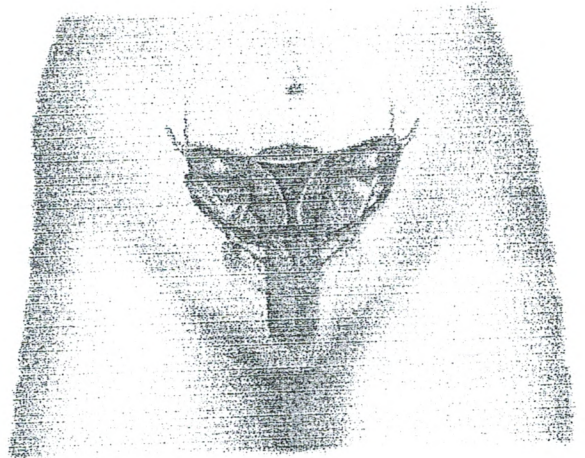
L'hystérectomie consiste en l'ablation chirurgicale de l'utérus.

L'utérus est un organe musculaire situé dans le petit bassin (région pelvienne, située dans le bas du ventre).

L'utérus a un rôle essentiel dans la fonction reproductrice chez la femme. C'est à l'intérieur de l'utérus que se développe l'embryon puis le fœtus lors d'une grossesse.

L'utérus produit également tous les mois, chez la femme en période d'activité génitale, un écoulement sanguin appelé règles.

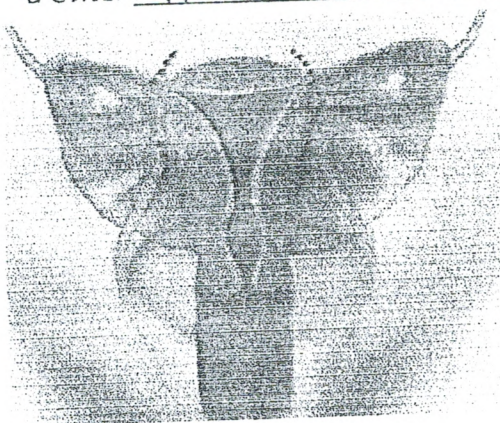
Ce même organe peut être à l'origine de nombreuses pathologies gynécologiques. Certaines d'entre elles sont traitées par l'hystérectomie



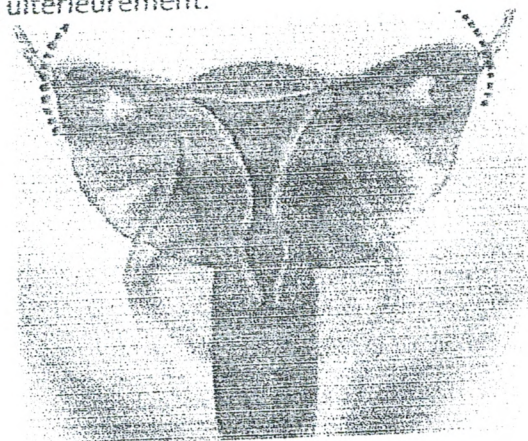
2-TYPES D'HYSTERECTOMIES

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

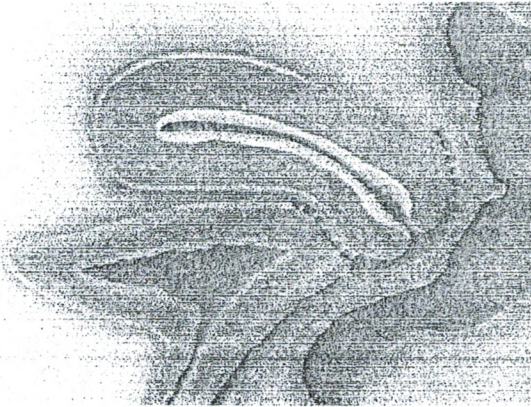
- Hystérectomie totale : Il s'agit de l'ablation de tout l'utérus, y compris du col utérin. L'intérêt de l'ablation du col utérin en même temps que le reste de l'utérus est d'éviter l'apparition d'un cancer cervical ultérieurement.



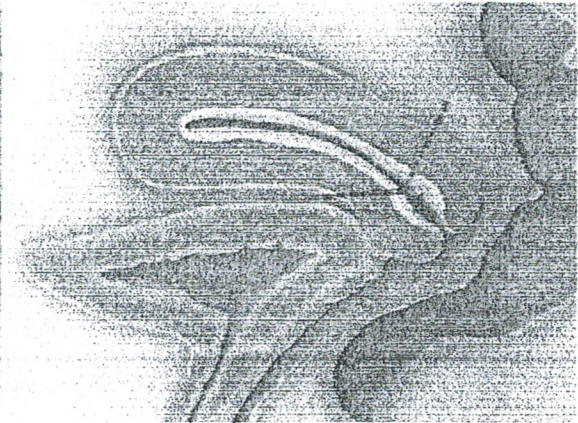
hystérectomie
conservatrice



hystérectomie
non conservatrice



Hystérectomie
Totale



hystérectomie
subtotal

- **Hystérectomie subtotale** : il s'agit de l'ablation de l'utérus sans l'ablation du col utérin. Cette intervention ne peut pas être pratiquée par les voies naturelles (voie basse).
- **Hystérectomie radicale** : il s'agit d'une hystérectomie totale, associant l'ablation d'une collerette vaginale (partie supérieure du vagin), des paramètres (tissus situés entre le col utérin et les parois du petit bassin) et des ganglions lymphatiques pelviens. Cette intervention est pratiquée en cas de cancer du col utérin ou en cas de cancer de l'endomètre étendu au col utérin.
- **Hystérectomie avec annexectomie** : il s'agit de l'ablation de l'utérus et de ses annexes : trompes utérines et ovaires. L'annexectomie peut être uni ou bilatérale. Ce geste est systématiquement associé à l'hystérectomie en cas de cancer utérin. Il est souvent associé lorsqu'il existe une pathologie annexielle associée (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.

3-Rappel anatomique

1- l'utérus

L'utérus est un organe musculaire creux, situé dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum. Chez la femme multipare, il mesure 7 à 9 cm de long, 3 cm d'épaisseur, de consistance ferme il a la forme d'une poire

composé de trois parties :

- le corps
- l'isthme (rétrécissement)
- le col (extrémité distale)

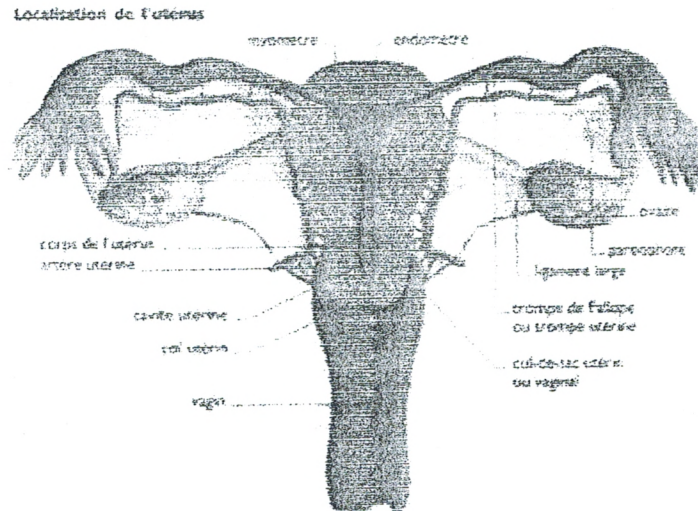
De part et d'autre du corps, dans sa partie supérieure se trouvent les cornes utérines qui correspondent à la zone d'abouchement des trompes utérines.

L'utérus est antéversé mais aussi anté-fléchi :

-antéversé : forme un angle de 90° par rapport au vagin

-anti-fléchi : incliné sur le col vers l'avant en formant avec l'axe du col un angle de 100 à 120°

❖ Moyens de fixité :



A. Le ligament large

Il naît du bord latéral de l'utérus par l'accolement des deux feuillets péritonéaux qui recouvrent les faces ventrales et dorsales de l'utérus. Il forme donc une cloison qui est transversale et qui va atteindre la paroi du petit bassin.

Du tissu conjonctif existe entre les deux feuillets péritonéaux = le paramètre. Celui-ci contient du tissu fibreux mais aussi les artères et les veines utérines.

A la base du ligament large, le paramètre est abondant en quantité mais au fur et à mesure qu'on se rapproche du sommet du corps, le paramètre devient de moins en moins important.

Au niveau du sommet de l'utérus, le ligament large présente deux ailerons :

-antérieur : correspond à la saillie du ligament rond

-postérieur : correspond à la saillie de la trompe utérine

La trompe utérine est enveloppée d'un feuillet péritonéal.

A la partie haute du paramètre :

-antérieurement : le ligament rond

-supérieurement : la trompe utérine

-postérieurement : l'ovaire

La partie du ligament large reliée à l'ovaire = le mesovarium

La partie du ligament large reliée à la trompe = le mesosalpynx

La partie du ligament large reliée à l'utérus = le mesotrium

B. Le ligament rond

Le ligament rond est un cordon fibreux tendu entre le corps de l'utérus et les grandes lèvres.

Il naît au niveau de l'angle supéro-antérieur de l'utérus

C. Le ligament utéro-sacré

Le ligament utéro-sacré s'insère sur la face ventrale du sacrum.

Ils passent de part et d'autre du rectum et vont se terminer au niveau de la partie latérale du col de l'utérus.

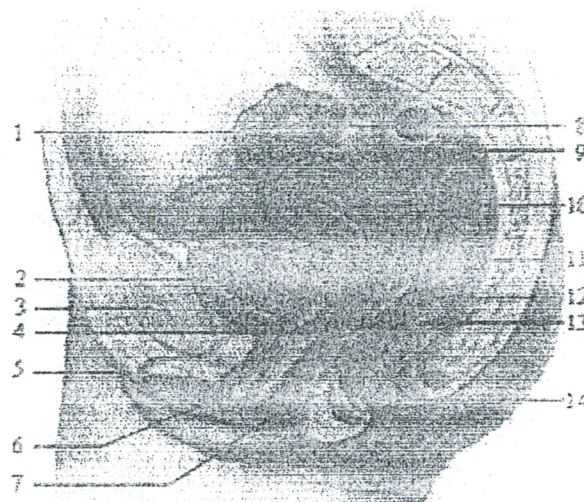
D. Les ligaments cervicaux transverses

Les ligaments cervicaux transverses sont tendus depuis le col de l'utérus jusqu'à la paroi latérale du petit bassin.

❖ Rapports de l'utérus :

Dans le cas d'un utérus antéversé et anté-fléchi :

- antérieurement : la face supérieure de la vessie (à travers un double feuillet péritonéal)
- supérieurement : les anses grêles (à travers le péritoine)
- postérieurement : la face antérieure du rectum
- latéralement : -le ligament large
 - les ligaments cervicaux transverses
 - les uretères
 - les artères utérines



1. trompes de Fallope 2. Vessie urinaire 3. Symphyse pubienne 4. Ligaments vésico-pubiens
5. Clitoris 6. Petites lèvres 7. Vestibule vaginal 8. Ovaire 9. Péritoine 10. Utérus 11. Cul-de-sac vaginal ou cul de sac de Douglas 12. Col de l'utérus 13. Rectum 14. Anus

❖ Vascularisation de l'utérus

A. Artères

La vascularisation de l'utérus est assurée par l'artère utérine (branche de l'artère iliaque interne). Après avoir croisé l'uretère au niveau du Col utérin, elle donne les branches suivantes :

- Une branche vaginale descendante pour le vagin.
- Une branche utérine ascendante, longeant le bord latéral de l'utérus et donnant plusieurs rameaux au col et aux corps utérins.

- Une branche ovarienne.
- Une branche tubaire.

B. Veines

Le sang veineux passe par deux plexus utérins, placés sur les côtés, s'anastomosant avec les veines ovariennes donnent naissance aux veines utérines qui vont se déverser dans les veines hypogastriques (iliaques internes).

C: Les lymphatiques

- Les lymphatiques du col: se déversent dans les ganglions iliaques externes, les Ganglions hypogastriques et au promontoire.
- Les lymphatiques du corps: vont aux ganglions para aortiques, ganglions iliaques Externes, ganglions inguinaux. Les lymphatiques des deux trompes S'anastomosent sur les côtés de l'utérus.

D. Les nerfs : le plexus utérin provient du plexus hypogastrique

2-Vagin

Le vagin est un tube musculo-membraneux (constitué de muscle et de muqueuse vaginale). C'est un organe qui va s'ouvrir au niveau du vestibule du vagin. Celui-ci est localisé au niveau de la vulve (entre les petites lèvres).

Le vagin présente à son extrémité proximale le col de l'utérus. Celui-ci vient s'encaster dans le vagin Il est long de 7 à 9 cm, Les deux tiers supérieurs du vagin sont intra pelviens, et le reste est périnéal.

Le vagin a une orientation oblique vers le bas et vers l'avant qui est parallèle à l'uretère situé en avant. L'angle antérieur fait environ 65° par rapport à l'horizontal.

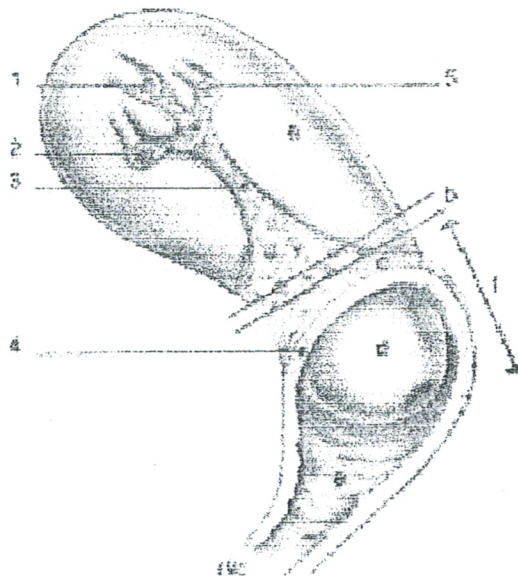


Figure 1 : Utérus (vue latérale).

a : Corps ; b : isthme ; c : partie supra vaginale du col ; d : partie vaginale du col ; e : vagin ; f : col utérin ; 1 : trompe utérine ; 2 : ligament rond ; 3 : mésomètre ; 4 : insertion du fornix Vaginal; 5 : ligament propre de l'ovaire.

❖ Configuration interne

Le vagin présente des plis muqueux = les rides du vagin.

A son extrémité supérieure ou proximale, présence d'un récessus en doigt de gant de part et d'autre du col = fornix du vagin.

Au niveau du col, on peut palper un petit orifice = l'ostium du col de l'utérus

❖ Rapports

-antérieurement : l'urètre et la face postérieure de la vessie

-postérieurement : le rectum et sa partie qui se termine par le canal anal

-supérieurement : le col de l'utérus

Rapports péritonéaux

Supérieurement et postérieurement : le cul de sac de Douglas ou cul de sac recto-vaginal.

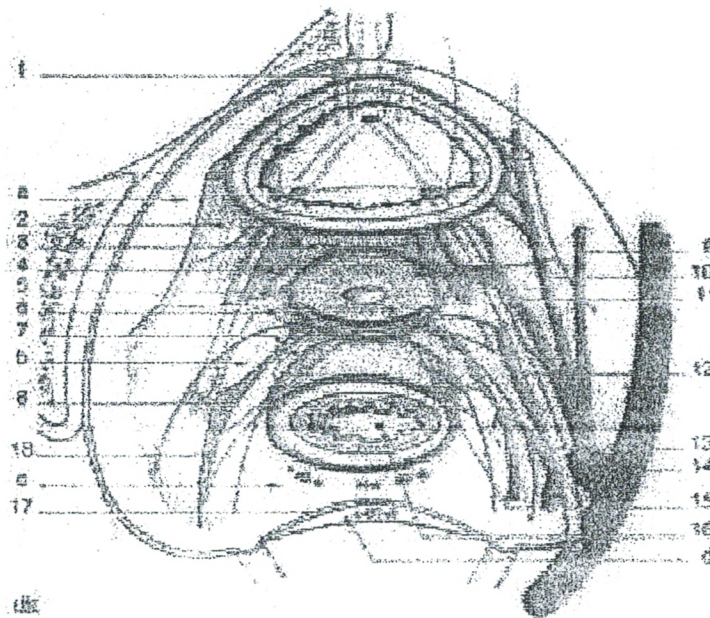


Figure 2 : Appareil génital. Coupe sagittale médiane du bassin.

- a: Espace paravésical; b: Espace para rectal; c: Espace retro rectal; d: Espace présacral;
1. Ligament pubovésical; 2. Ligament vésical lateral; 3. Ligament vésico-utérin;
4. Paracervix; 5. Uretère; 6. Paramètre; 7. Ligament utéro sacral; 8. Ligament rectal latéral;
9. Artère obturatrice; 10. Artère ombilicale; 11. Artère utérine; 12. Artère vaginale; 13. Artère rectale moyenne; 14. Artère iliaque interne; 15. Col utérin; 16. Rectum; 17. Fascia Pré sacral; 18. Fornix vaginal postérieur.

❖ Moyens de fixité

La fixité du vagin est assurée par ses connexions avec les organes de voisinage. Il est maintenu en place par le système de soutien qui est celui du diaphragme pelvien, et du diaphragme uro-génital.

Mais le vagin possède également son propre système de suspension qui est celui du Paracolpos. Le paracolpos est comme le Paramètre, il n'empêche pas la désinsertion du vagin. Cette désinsertion se fait facilement au tiers moyen et au tiers inférieur. Il n'est qu'au tiers supérieur où une résistance véritable est à vaincre: il faut couper le ligament cardinal pour désinsérer le dôme vaginal

❖ Vascularisation

A. Artères

Partie supérieure : branches de l'artère utérine

Partie moyenne et inférieure : artère rectale moyenne

Partie terminale, au niveau du périnée, distal : l'artère honteuse interne

B. Veines

Les plexus veineux péri-vaginaux en continuité avec les plexus utérins, vésical et rectal.

C. Lymphatique

La lymphe est drainée par les nœuds iliaques internes.

La partie périnéale est drainée par les nœuds inguinaux profonds et superficiels.

D. Innervation

Deux parties :

-1/5 inférieur, partie distale, basse, périnéale : sensible au touché grâce au nerf honteux.

-4/5 supérieur : n'est pas sensible au touché, innervation autonome par le plexus hypogastrique inférieur

4-HISTORIQUE

L'hystérectomie est l'une des plus anciennes interventions chirurgicales. Soranos, Aretanus et Paul d'Aegine, qui vécurent entre 150 et 650 avant J.-C., se réfèrent tous à l'étiologie du prolapsus et parlent d'une opération consistant à extirper l'utérus.

Albucasis, chirurgien arabe (1073-1106 après J.-C.), la conseillait dans les cas de prolapsus ulcéreux.

Alsaharavius (1080 après J.-C.), la conseillait dans les cas d'inversion utérine chronique.

Depuis cette époque et pendant plusieurs siècles, on n'entendit plus parler de cette opération, en raison de la censure ecclésiastique qui s'opposait à l'enseignement de l'anatomie et interdisait la dissection du corps humain.

Aux XVIe et XVIIe siècles, on retrouve quelques cas d'extirpation de l'utérus avec survie de la patiente : Berengarius da Carpi de Bologne en 1507, Andreas de Crusce en 1560.

Fabricus Haldamus (1560-1624) rapporte plusieurs cas d'exérèse partielle ou totale réalisées par des sages-femmes devant une inversion utérine du post-partum.

En 1675, il est à nouveau question de cette opération. A cette époque, Volkamer de üremberg préconise l'extirpation vaginale de l'utérus dans les cas de prolapsus ressemblant à ceux décrits par Hippocrate comme « pendant entre les jambes ainsi qu'un scrotum ».

*hystérectomie abdominale

La première laparotomie est réalisée en 1809 par Mac Dowell pour une tumeur de l'ovaire. En 1813, Gutberlets émet l'idée de la possibilité d'une hystérectomie par voie abdominale en cas de cancer.

En 1825, Langenbeck décrit pour la première fois une hystérectomie abdominale, réalisée sans anesthésie ni hémostase, intervention qui dura 7 minutes et aboutit au décès de la patiente dans les heures qui suivirent.

Les premières hystérectomies effectuées les années suivantes sont des hystérectomies subtotaux non prévues, fruits du hasard et aboutissant au décès des patientes.

En 1843, Heath semble être le premier à réaliser une hystérectomie subtotale de façon préméditée, puis Bellingier en 1846 ; Burnham en 1850 (première hystérectomie abdominale subtotale n'entraînant pas le décès de la patiente), puis Kimball en 1853.

En 1863, Clay réalise la première hystérectomie totale par voie abdominale.

En France, Koeberle en 1863, puis Péan la même année, publient leur première hystérectomie abdominale.

En 1878, Freund de Strasbourg affine la technique et réalise la première hystérectomie abdominale totale réglée, le ligament large étant lié en trois prises.

En 1886, Péan rapporte sa technique d'hystérectomie sub-totale par voie abdominale, avec ablation du col restant par voie basse. Divers procédés apparaissent alors pour extirper l'utérus. Ainsi, en 1896, Kelly met au point l'hystérectomie subtotale transverse continue encore utile de nos jours lors de certaines hystérectomies rendues difficiles par une pathologie annexielle unilatérale. En 1901, Ternier décrit l'hystérectomie subtotale par ablation première de l'utérus, suivie de l'ablation des annexes, utile lors de pathologie annexielle bilatérale.

En 1917, Baldwin de Colombus rapporte la première grande série d'hystérectomies totales avec 2018 cas.

En 1929, Richardson du John Hopkins University Hospital publie sa technique simplifiée pour l'hystérectomie abdominale, véritable hystérectomie extrafasciale.

Après dissection et ligature du paracervix, le vagin est ouvert au niveau du cul-de-sac antérieur. Cette technique est reprise par Telinde dans son manuel de gynécologie opératoire publié en 1946. Telinde modifie celle-ci en plaçant un clamp sur le vagin juste en dessous du col.

En 1950, à New York, Aldridge publie sa technique dite de l'hystérectomie totale intrafasciale, résultats de la combinaison des publications antérieures.

*hystérectomie vaginale

en 1829, Joseph Anthelme Recamier (1744-1852), parisien d'adoption né à Belley, effectua la première hystérectomie vaginale réglée, à l'Hôtel Dieu de Paris.

Recamier, un des pères de la chirurgie gynécologique, inventa le spéculum, le principe de curetage et la première curette. Dès 1802, il étudia minutieusement la technique sur cadavre, ce qui n'avait pas été fait par ses prédécesseurs. Son intervention fut réalisée en une vingtaine de minutes sur une patiente présentant une tumeur du col sur un utérus prolapsé. L'intervention comprenait une traction sur le col afin d'extérioriser complètement l'utérus, la main palpait l'épaisseur des tissus au dessus de l'utérus pour s'assurer de l'absence d'anse intestinale ou d'épiploon. Ces tissus étaient traversés à l'aide d'une aiguille garnie d'un long ruban formé de cinq brins de cordonnet ciré. Le ruban coupé par le milieu formait les deux ligatures.

nouées chacune latéralement en masse. Après sondage et toucher rectal s'assurant de l'absence de lésions de ces organes, deux cerceaux en argent étaient placés dans le vagin. La ligature était laissée telle quelle pendant trois heures, puis légèrement relâchée avant d'être resserrée quelques heures plus tard. Elle était ensuite resserrée progressivement les jours suivants. L'utérus ainsi gangrené était sectionné au 16^e jour, les ligatures tombant d'elles-mêmes au 29^e jour postopératoire.

En 1878, on attribue à Czerny la première hystérectomie vaginale sur utérus non prolabé. Pendant la dernière partie du XIX^e siècle, Doyen et Péan contribuèrent largement au développement de l'hystérectomie vaginale et furent les premiers à suggérer la pratique du morcellement et l'hémisection de l'utérus en présence de fibromes.

En 1893, Schuchardt montra la valeur de l'incision para-vaginale dans les cas difficiles.

En 1895, Garceau comptabilise 406 hystérectomies vaginales avec morcellement, avec un taux de mortalité de 1,7 %.

La voie vaginale, en France, va alors être totalement éclipsée par l'hystérectomie abdominale subtotale puis totale, pour être remise à l'honneur depuis une trentaine d'années, notamment grâce aux travaux de Dargent. Pendant cette période, l'abord vaginal garde une place importante dans les pays germaniques, soutenu par Halban qui affine la technique en 1932 puis Amreich en 1950.

Aux Etats-Unis, la technique connaît un regain de popularité dans les années 30 et 40 avec des séries importantes publiées par Edwards, Heaney, Babcock, Tyrone, Brill, Campbell...

En 1941, Lash décrit la méthode de l'évidement sous-séreux.

En 1970, Porges au Bellevue Hospital, rapporte une technique proche de celle de Halban, tandis que Pratt redécouvre le morcellement utérin.

L'hystérectomie vaginale, aujourd'hui, tente sous la poussée des équipes dites « vaginalistes » de reconquérir ses titres de noblesse.

Le développement des techniques chirurgicales, de l'instrumentation, de l'asepsie et de l'anesthésie, contribue à réduire considérablement le taux de mortalité de l'hystérectomie. Pour la voie vaginale, le taux de mortalité passe de 15 % en 1886 à 2,5 % en 1910. Pour la voie abdominale, celui-ci passe de 75 % en 1870 à 3 % en 1930. Leventhal, en 1951, rapporte les résultats de Siddall et Mack au Harper Hospital, qui, sur 6692 hystérectomies abdominales effectuées entre 1928 et 1945, retrouvent une diminution du taux de mortalité de 3,7 % à 0,78%

*hystérectomie percelioscopique

Kelling réalise, en 1904, l'introduction d'un cystoscope dans la cavité abdominale d'un chien, ouvrant la porte à l'exploration abdominale chez l'homme par laparoscopie, comme le fait Jacobaeus en 1910. Après des accidents liés à l'utilisation d'oxygène lors du pneumopéritoine qui s'enflamme en présence de courant électrique, Zolle Koffer préconise l'utilisation du CO₂ pour le pneumopéritoine.

En 1935, Boesch réalise la première stérilisation percoelioscopique. Les dangers potentiels de la coagulation monopolaire ont amené au développement de la coagulation bipolaire et au contrôle de la pression intra-abdominale par un moniteur de pression. Palmer, pionnier de la coeliochirurgie en France, fut le premier, en 1944, à comprendre l'intérêt chirurgical potentiel de cette technique. Il décrit l'adhésiolyse, les biopsies de péritoine, la ponction des kystes ovariens et la salpingectomie.

L'introduction de la lumière froide est faite en 1952, puis Semm, dans les années 60, introduit l'insufflateur automatique de CO₂, le système d'irrigation et de nombreux instruments coelioschirurgicaux.

A partir de 1986, l'utilisation de caméras permet le travail en équipe, tout en contrôlant le déroulement de l'intervention sur moniteur vidéo.

En 1989, Reich décrit la première hystérectomie coelioscopique, effectuée sur une patiente de 38 ans se plaignant de douleurs pelviennes dues à des adhérences d'endométriose déjà opérées et de ménorragies sur utérus fibromateux.

L'intervention dura 180 minutes, et la patiente quitta l'hôpital au 4^e jour postopératoire.

II. INDICATIONS

1-hystérectomies pour lésions bénignes

- Les fibromes

Représente la cause la plus fréquente des hystérectomies pour lésion bénigne (70%).le fibrome est la cause de 30% des hystérectomies toutes indications confondues. L'hystérectomie est indiquée si le fibrome se complique de ménorragie rebelles aux traitements (progestatifs, curetage, résection endoscopique)

Le volume n'est une indication, en dehors de tout symptôme, que s'il dépasse celui d'une grossesse de 12 semaines ou un poids de 320g la perspective d'un traitement substitutif de la ménopause n'est pas une indication .dans la majorité des cas le fibrome n'évolue pas sous traitement substitutif et, si cela est nécessaire il est toujours temps d'intervenir.

- Les hémorragies utérines

Elles sont la cause de 20% des hystérectomies .cependant, l'hystérectomie n'est indiquée que si l'hémorragie est sévère. Et/ ou récidivante, entraînant des signes d'anémie, si elle ne répond pas au traitement médical, ou après échec du curetage ou de la résection endoscopique d'un fibrome ou d'un polype.

La décision d'hystérectomie sera prise en concertation avec la malade qui, souvent lassée des différents traitements, posera elle-même l'indication. Dans ce cas, si le volume utérin est normal, l'hystérectomie peut le plus souvent être faite par voie vaginale.

- Adenomyose

Ménorragie, dys ménorrhée secondaire tardives, gros uterus douloureux sont les signes cliniques les plus habituels. L'hystérogaphie peut montrer des signes directs ou indirects mieux que l'hysteroscopie ou l'échographie vaginale. L'existence de signes cliniques associés à une échographie vaginale ne montrant pas de signes de fibrome peut aussi faire évoquer le diagnostic. L'adenomyose est une indication de l'hystérectomie après échec des traitements hormonaux et des techniques endoscopiques étant donné l'hyperplasie souvent associée. 20% des hystérectomies

sont faites pour cette indication. Si le volume utérin est normal, l'hystérectomie peut être faite par voie vaginale. Il faut cependant se méfier d'une endométriose externe parfois associée qui peut la rendre difficile, quelque soit la voie choisie. Une coelioscopie peut alors être utile à titre exploratoire ou pour préparer la voie vaginale.

- **Les infections sévères avec pyosalpinx bilatéral**

Rebelles aux traitements antibiotiques chez des femmes qui ont eu des enfants.

Cette indication est devenue exceptionnelle, l'ablation des pyosalpinx étant le plus souvent suffisante.

- **Relâchement du plancher pelvien (prolapsus génital)**

Les symptômes attribuables à un prolapsus comprennent la sensation de protrusion, une pression exercée sur le pelvis, l'incontinence urinaire, l'inconfort rectal et les malaises liés à l'irritation des tissus muqueux exposés. À un degré léger ou modéré, le prolapsus qui ne suscite pas de plaintes doit rarement être corrigé. Les objectifs premiers du traitement chirurgical d'un prolapsus génital symptomatique sont le soulagement des symptômes, la reconstruction des appuis pelviens et la restauration d'une anatomie normale. L'ablation de l'utérus n'est qu'une partie de toute intervention chirurgicale pour relâchement pelvien. La correction concomitante de tout cystocèle ou rectocèle doit être faite pour restaurer le support du vagin. En assurant le support du vagin et l'oblitération éventuelle d'une entéroccèle, on minimise les risques de prolapsus du dôme vaginal après l'hystérectomie.

Les choix thérapeutiques peuvent comprendre l'oestrogénothérapie de substitution, les exercices du plancher pelvien et les pessaires. Il faut présenter à la patiente les options qui s'offrent à elle, en tenant compte des limites du traitement médical. Il n'y a pas d'autres solutions chirurgicales fructueuses pour un prolapsus de l'utérus avancé, mis à part l'hystérectomie et la réparation du plancher pelvien.

- **La GEU cervicale**

En cas d'échec de l'hémostase locale ou du cerclage peut être une cause rare d'hystérectomie.

- **Les tumeurs bénignes de l'ovaire après 50ans.**

L'extemporané est souvent difficile voire impossible. Il est préférable, après la ménopause, surtout si la tumeur est bilatérale de faire une hystérectomie

2- hystérectomie pour maladies néoplasiques pré-invasives

- **Hyperplasie de l'endomètre**

On diagnostique habituellement une hyperplasie de l'endomètre après qu'un saignement utérin anormal a été signalé, ce qui conduit à une biopsie de l'endomètre.

Le résultat histologique le plus important est la présence ou l'absence d'une atypie cytologique. La majorité des patientes sans atypie répondent à une modification hormonale par l'administration d'un progestatif.

Une hyperplasie de l'endomètre avec atypie cytologique justifie une hystéroscopie pour écarter la possibilité d'un adénocarcinome de l'endomètre concomitant. Jusqu'à 25% des hyperplasies atypiques de l'endomètre peuvent donner lieu à un cancer de l'endomètre, malgré un traitement au progestatif, la progression du cancer prend en moyenne quatre ans.

- **Néoplasie intra-épithéliale squameuse du col de l'utérus**

Une néoplasie intra-épithéliale squameuse du col (NIC) n'est pas, en soi, une indication pour une hystérectomie.

L'hystérectomie n'est indiquée que s'il y a d'autres conditions gynécologiques qui, elles, justifient l'intervention.

Cependant, il est important d'écarter un cancer invasif du col avant l'hystérectomie.

Une néoplasie intra-épithéliale squameuse du col doit être traitée par une technique conservatrice comme la cryothérapie, le laser, l'excision électro chirurgicale ou la biopsie du cône.

L'hystérectomie est indiquée quand un traitement conservateur échoue.

- **Adénocarcinome *in situ***

L'adénocarcinome *in situ* représente approximativement 2% des carcinomes *in situ* du col de l'utérus. Avant de pratiquer une hystérectomie, une biopsie du cône s'impose, pour écarter un adénocarcinome invasif. Chez les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants, une hystérectomie simple est l'une des options thérapeutiques. Cependant, si la marge de la biopsie du cône est positive pour la maladie *in situ*, il est nécessaire de refaire une biopsie du cône pour écarter la possibilité d'un adénocarcinome envahissant du col.

3- hystérectomie pour maladie invasive

- **Carcinome utérin**

Les cancers de l'endomètre sont les cancers gynécologiques malins les plus fréquents et ils représentent plus de 95 % des cancers de l'utérus, alors que les sarcomes utérins sont beaucoup moins communs. Il vaut mieux traiter le cancer de l'endomètre et les sarcomes utérins par hystérectomie. Dans le cas des sarcomes, l'hystérectomie est le seul traitement offrant un espoir de guérison.

Une laparotomie pour un cancer de l'endomètre doit comprendre une stadification chirurgicale complète. Si la chirurgie n'est pas possible, habituellement parce que la femme est médicalement inapte à la subir, une radiothérapie pelvienne ou un traitement avec un progestatif offrent des solutions de rechange. La radiothérapie est moins prometteuse comme moyen curatif et la progestothérapie est seulement palliative.

- **Carcinome du col de l'utérus**

Le cancer du col peut tout aussi bien être traité par chirurgie ou radiothérapie, le taux de guérison, identique dans les deux cas, étant de 85 % après cinq ans, pour une maladie de stade 1. L'administration simultanée d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie est justifiée aux stades les plus avancés de la maladie.

La chirurgie est normalement l'option choisie lorsque la patiente est en bonne condition physique; l'âge, en soi, n'est pas un critère d'exclusion.

Le carcinome micro-invasif des cellules squameuses du col est classé comme ayant une profondeur d'invasion de moins de 0,3 mm, sans atteindre l'espace vasculaire capillaire ou lymphatique.

Une hystérectomie simple ou une biopsie du cône sont des traitements appropriés pour une maladie micro-invasive.

Des lésions plus avancées exigent une hystérectomie totale élargie et une lymphadénectomie pelvienne.

Une définition de l'adénocarcinome micro invasif du col exclue tout risque significatif de cancer métastatique.

Le traitement conventionnel d'un adénocarcinome invasif du col comprend soit une hystérectomie totale modifiée avec lymphadénectomies pelviennes bilatérales, soit une radiothérapie du pelvis.

- **Cancer épithélial ovarien**

Le cancer épithélial ovarien se déclare habituellement à des stades avancés. 50 à 60 % des femmes, chez qui l'on a diagnostiqué un cancer ovarien et qui ont été traitées correctement, meurent de cette maladie. Bien que le traitement d'un cancer épithélial ovarien avancé comprenne l'hystérectomie, rien ne prouve que cela change le pronostic. Après une hystérectomie, une masse palpable à la voûte signale la maladie

Et peut servir à évaluer la réponse à une chimiothérapie adjuvante.

La nécessité d'une hystérectomie doit être évaluée sur une base individuelle.

- **Tumeurs ovariennes germinales**

Les tumeurs ovariennes germinales ont tendance à apparaître chez des femmes jeunes et sont habituellement unilatérales. Une chirurgie doit comprendre l'ablation de l'ovaire atteint et une stadification pour un cancer de l'ovaire. Une hystérectomie et une ovariectomie controlatérale ne sont normalement pas indiquées.

- **Carcinome des trompes de Fallope et carcinome papillaire péritonéal séreux primitif**

Une hystérectomie est indiquée dans le cas d'un cancer des trompes de Fallope pour s'assurer que les trompes ont été enlevées au complet et pour permettre un suivi précis. En présence d'un carcinome papillaire péritonéal séreux primitif, une hystérectomie abdominale totale et une salpingo-ovariectomie sont requises, pour écarter la possibilité d'une tumeur maligne primitive dans l'endomètre, les trompes de Fallope ou les ovaires.

4-Hystérectomies dans le cadre de l'urgence

- **Les urgences obstétricales**

Hémorragie par inertie utérine, placenta accreta, trouble de la coagulation ...elles posent des problèmes techniques particuliers

- **Les lésions infectieuses**

Sont rarement une indication d'hystérectomie actuellement. Ce n'est que si la vie de la femme est en danger (gangrène utérine, septicémie à point de départ utérin) que l'indication d'hystérectomie peut être posée par les réanimateurs

- **Les lésions traumatiques**

Sont également très rares depuis la médicalisation de l'avortement.

5- Autres indications

- **Prophylaxie**

Le terme « hystérectomie prophylactique » décrit une hystérectomie pratiquée lors d'une autre chirurgie pour une maladie pelvienne bénigne. Le recours à l'hystérectomie, dans de telles circonstances, doit être décidé sur une base individuelle, discuté avec la patiente avant la chirurgie et il faut obtenir son consentement pour les diverses options choisies.

- **Cancer ovarien familial**

Ces patientes peuvent appartenir à la catégorie de celles qui sont atteintes d'un cancer ovarien familial spécifique à un site, à la catégorie du syndrome du cancer du sein ou de l'ovaire familial et à la catégorie du syndrome de Lynch II, que l'on appelle maintenant le cancer héréditaire du côlon sans polypose (CHCSP). Si une ovariectomie préventive ou prophylactique est prévue, il faut envisager une hystérectomie concomitante.

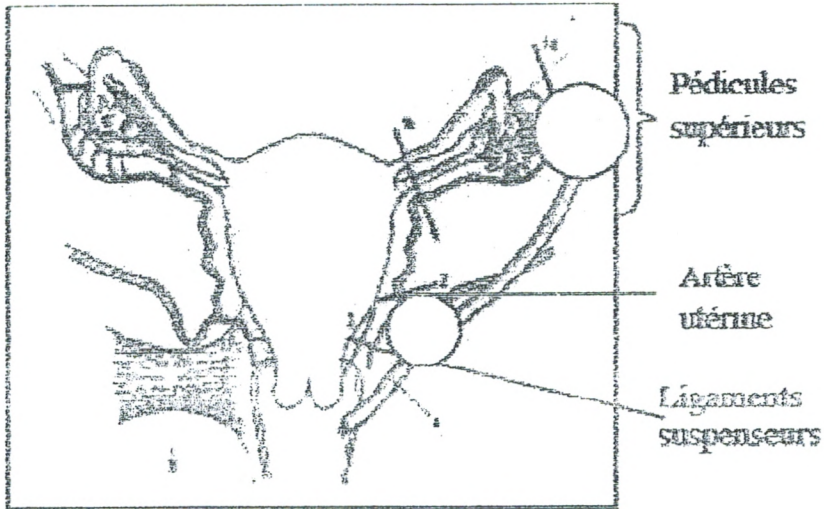
Les femmes présentant un risque élevé de voir apparaître un cancer épithélial ovarien parce qu'elles sont porteuses des mutations BRCA1 ou BRCA2 ont aussi un risque élevé de carcinome des trompes de Fallope et de carcinome papillaire utérin sévère. Dans le cas du syndrome CHCSP, selon l'arbre généalogique familial, il peut y avoir un risque suffisamment élevé de cancer de l'endomètre pour justifier une hystérectomie prophylactique plutôt qu'une surveillance endométriale par échographie ou des biopsies d'endomètre.

III. Technique opératoire

1. Description hystérectomie totale et castration

- 1° Hémostase préventive des pédicules utérins
- 2° Lombo-ovarien
- 3° Ligament rond
- 4° Utérin
- 5° Cervico-vaginal
- 6° Exérèse
- 7° Réparation

1° Hémostase des pédicules utérins

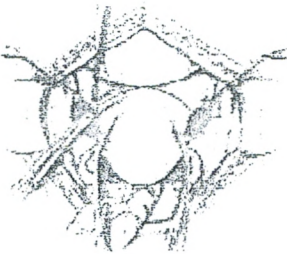


2* Hémostase ligament lombo-ovarien



- Ovaire saisi par une pince à anneaux
- traction en haut et dedans
- Serrage par transparence
- première ligature
- individualisation vasculaire
- coupe et météris

3* Hémostase des ligaments ronds



- Individualisation du lig rond
- Hémostase pariétale par pince ou ergoillage ou co
- Hémostase de retour par JLF ou clamp corne
- Ligament du mégnon pariétal laisse long
- l'insertion pariétale latérale entre rond et lombo-ovarien
- l'insertion fœtale posé lig large jusqu'à insertion
- l'insertion fœtale

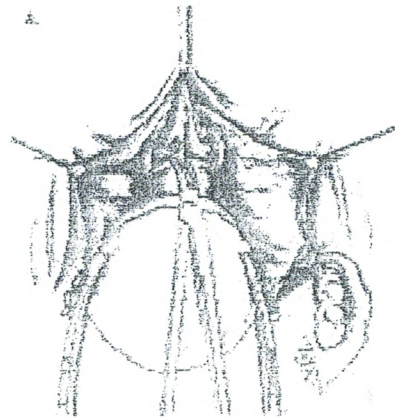
4* Hémostase de la corne utérine



Sans annexectomie

- Hémostase de racour na clamp placé au niveau colic
- Hémostase partielle après section en 2 deux pinces
- Hémostase ligament large

5*Ouverture ligaments larges et espace vésico-utérin



- En soulevant le lig rond médian avec les ciseaux sous péritoine
- Décollement du cul de sac antérieur
- Rétraction de la vessie par refoulement dans le cul de sac ou compresse pour atteindre le cul de sac par un lateral pince art utérine
- Hémostase cervicale

6*Ouverture ligaments larges et espace vésico-utérin



7*Hémostase des vaisseaux utérins



- Hémostase au niveau de l'artère à un niveau de JLF dans un axe perpendiculaire à l'axe
- Retour
- Hémostase
- En gardant la pince en place

8*Hémostase et section des ligaments suspenseurs



- Écartement des vx utérins
- Mise en place pince verticale au ras cul de sac vaginaux latéraux
- Section et ligature sertie avec appui vaginal puis ligature même nœud

Art utérine

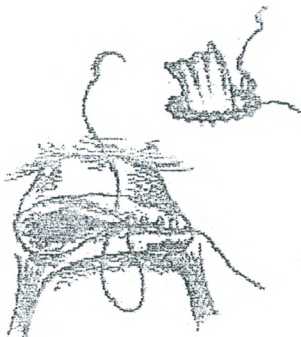
- +/- ligature des ligaments utéro-sacrés

9*Exérèse Section du vagin



- Section ligis suspensoirs successifs
- Section ligis latéraux
- Incision du péritoine en post accés au cul de sac sans ouverture du sérum totu vagin
- Section sur l'utérus ouverture del'ap
- Placement des avants ciseaux ou
- Section en direction verticale
- Section des ligaments utéro-sacrés
- Section des ligaments utéro-sacrés ant et post du vagin

10*Réparation Fermeture vagin



- Fermeture vaginale
- Hémostase de la branche
- 2 points d'angle et surjet croisé
- Vérification hémostase
- Drain ou lame de Delbe
- Placement de section attaches dôme vaginal et
- Section
- Section horizontale
- Section
- Section

2. HYSTERECTOMIE VAGINALE

- Préparation :

*Lavement évacuateur la veille

*Antibiothérapie prophylactique actif sur les anaérobies et Gram-

*Sonde vésicale ou sondage évacuateur

- Instrumentation spécifique

Principe chirurgical : assurer les hémostases préventives des différents pédicules de bas en haut

- Utéro-sacrés
- Utérins
- Annexiel

- Infiltration

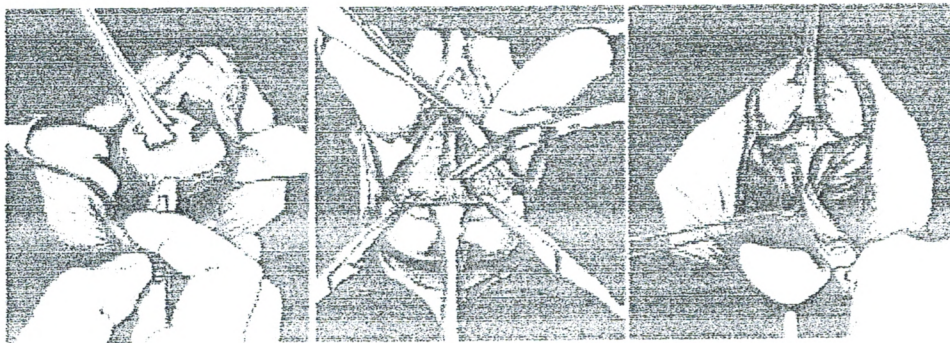
Incision péri cervicale

Abord de l'espace vésico-utérin :

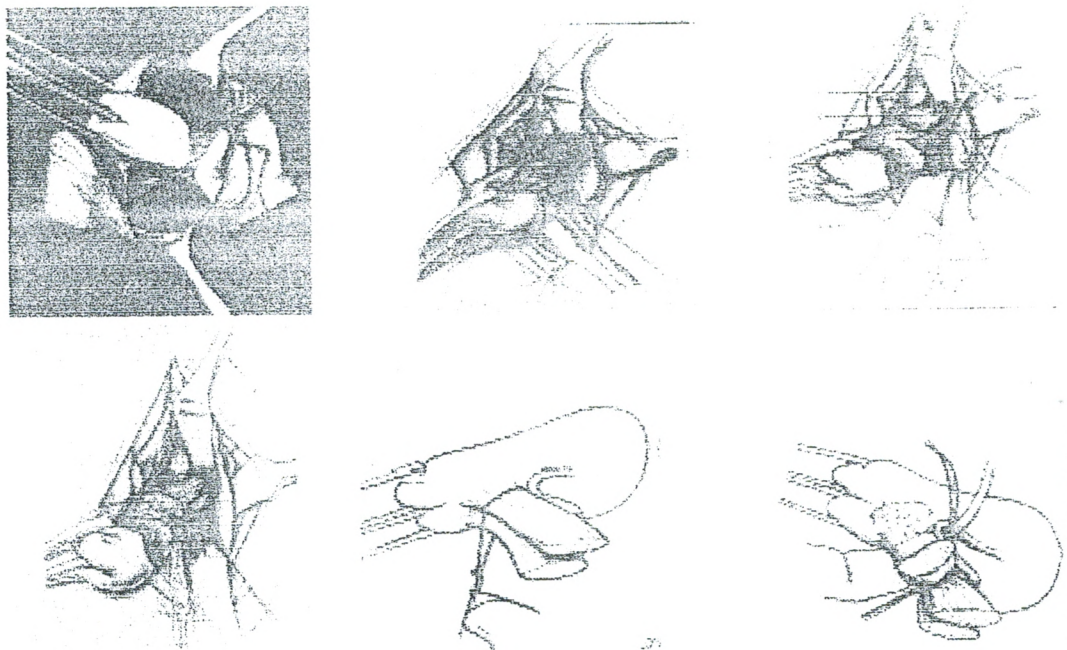
Section des fibres de la cloison supra vaginale

Dissection ± aux ciseaux puis au doigt : apparition d'un septum

Ouverture du cul de sac de Douglas



Abord des utéro-sacrés et de l'artère utérine



Bascule de l'utérus

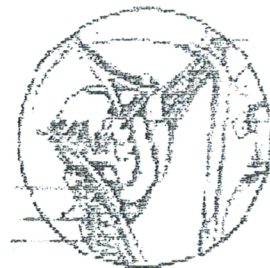
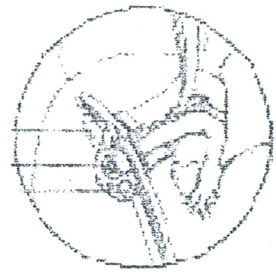
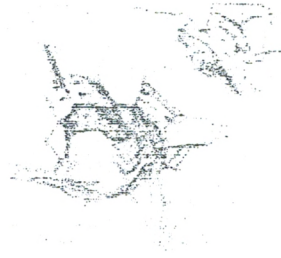
*Ouverture du cul de sac vésico-utérin

*Ligature des pédicules annexiels

*Examen des annexes ± annexectomie si Possible et si > 45 ans (à discuter)

*Pas de péritonisation

*Fermeture vaginale par un ou deux hémi surjets



3. HYSTERECTOMIE PERCOELIOSCOPIQUE

Anesthésie générale, intubation endotrachéale, sondage vésical

• Décubitus dorsal modifié, membres inférieurs en abduction, épaulières

• Deux moniteurs vidéo aux pieds de la patiente

• Opérateur à gauche, 1er aide à droite, 2^{ème} entre les Mb. Inf.

• Un trocart optique de 10 mm, trois trocarts opérateurs de 5 mm

- Matériel coelioscopique

☐ 1 ciseau courbe

☐ 2 pinces-grip

☐ 1 pince bipolaire

☐ 1 pince à traumatique

☐ Energie mono polaire

☐ Lavage-aspiration

☐ 2 porte-aiguilles

☐ 1 pousse-nœud

- Manipulateur utérin

• Introduit après dilatation cervicale

• Permet la mobilisation de l'utérus dans toutes les directions

• Muni d'une hémi-valve rotative pour exposer les culs de sac vaginaux

• Anneaux plastiques d'étanchéité

- Etapes opératoires

1. Coagulation et section du ligament rond

2. Dissection du feuillet ventral et dorsal du ligament large

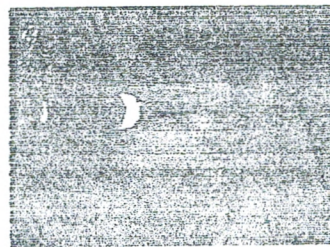
3. Fenestration du ligament large
4. Contrôle à la bipolaire du ligament suspenseur de l'ovaire
5. Dissection du péritoine postérieur
6. Dissection du septum vésico-utérin et vésico-vaginal
7. Dissection et coagulation-section des vaisseaux utérins
8. Ouverture vaginale
9. Extraction de l'utérus (+/- morcellation)
10. Suture vaginale



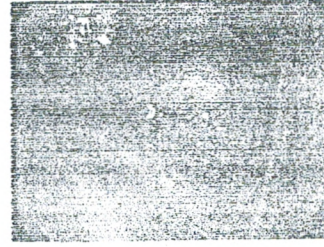
1 Ouverture de la fosse paramétriale droite



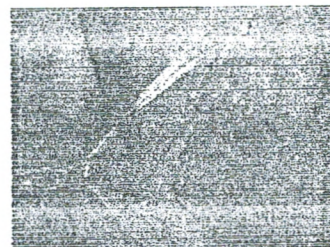
2 Ligament suspenseur droite en place droite



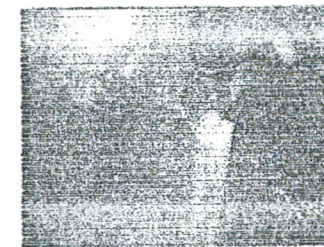
3 Ouverture de la fosse paramétriale droite



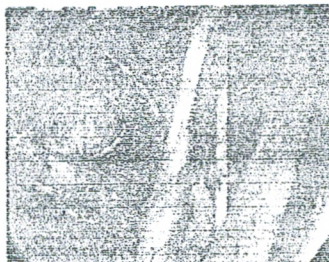
4 Fosse paramétriale droite, paramétoie



5 Dissection de l'arrière péritoine paramétoie droite



6 Dissection non-vascularisée



7 Paramétoie droite



8 Paramétoie gauche



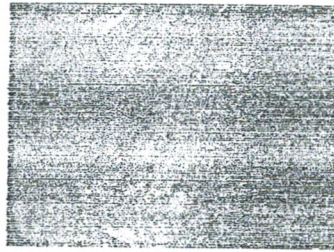
7. Laparoscopie-section du péritoine gauche



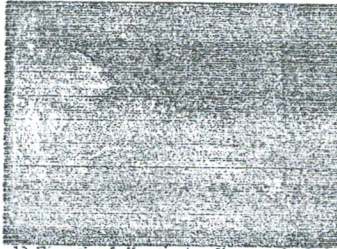
8. Paroi péritonéale droite gauche



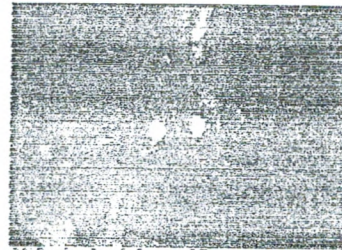
9. Cérage vésico-urétéral



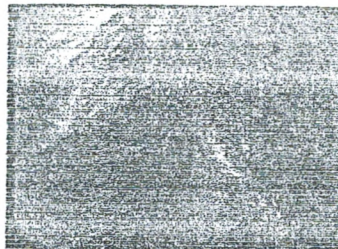
10. Pincement et ligament vésico-urétéral droit



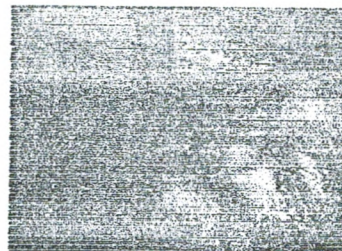
13. Disséction de l'utérus et du ligament sus-suspensaire droit



14. Section du tiers du ligament sus-suspensaire



15. Fin de la disséction utérine droite



16. Ouverture vaginale



17. Vue finale



18. Vue finale, paroi péritonéale droite

Le choix de la voie d'abord 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 locorégionale (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.

- **Hystérectomie par laparotomie** : L'intervention est réalisée par l'ouverture de l'abdomen, sur 10 à 15 cm. La cicatrice peut être horizontale (plus esthétique) ou verticale, médiane (entre le pubis et le nombril, meilleure exposition pour le chirurgien). 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.
- **Hystérectomie vaginale** : 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 coelioscopie, 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 et de pathologie plutôt bénigne. Séjour : 2 à 4 jours. Arrêt de travail : 2 à 3 semaines. La convalescence est donc plus rapide.
- **Hystérectomie Celio-vaginale** : L'intervention débute par la coelioscopie. A l'aide d'une caméra et de plusieurs instruments introduits à travers des petites incisions de l'abdomen (mesurant chacune 5 à 10 mm), l'utérus est libéré de ses attaches. Le deuxième temps opératoire rejoint celui de l'hystérectomie vaginale. L'utérus est retiré par voie vaginale. 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.

IV. Complications de l'hystérectomie

1-Mortalité

La mortalité est faible voire exceptionnelle après une hystérectomie quelle que soit la voie d'abord. Les causes du décès après hystérectomie abdominale sont dominées par les accidents thromboemboliques et après hystérectomie vaginale par les complications infectieuses.

2-Complication per opératoires

Les complications per opératoires peuvent se résumer aux :

- **Hémorragies.**

Elle doit être appréciée par l'anesthésiste et l'opérateur par la mesure du volume aspiré et le passage systématique des compresses. La transfusion sera décidée en per opératoire en fonction du taux de l'hémoglobine préopératoire, des antécédents de la patiente (âge, pathologie cardio-vasculaire), de l'abondance et de la rapidité du saignement rapporté à la corpulence, de la tolérance clinique et hématologique rapportée à l'hémoglobine de départ. En postopératoire, la décision de transfusion

est influencée par l'hémoglobinémie postopératoire (<7g/L) mais le critère reste avant tout la tolérance clinique à l'anémie

- **Complication urologique.**

Les plaies vésicales représentent 1à3% des hystérectomies. Elles doivent être suturées immédiatement en deux plans au Vicryl 3serti CPI.

En cas de doute, il faut faire injecter du bleu de méthylène dans la vessie par sonde de Foley. La sonde vésicale est laissée 6 à 8 jours.

Les blessures urétérales sont rares. Elles se voient à deux endroits : au niveau de la ligatures des ligaments lombo-ovariens et au niveau de la ligatures des artères utérines.

Nous conseillons de toujours réparer l'uretère soit avant d'ouvrir le ligament large à travers le péritoine, soit en ouvrant le péritoine en dehors du ligament large et en refoulant sur le feuillet interne.

L'essentiel devant une plaie urinaire est de s'en apercevoir. Le champ est en général envahi par de l'urine facile à reconnaître. L'uretère blessé devient flasque, et ne repète plus. Il suffit de le suivre pour repérer la plaie ou la section. En cas de doute, il faut ouvrir la vessie pour monter une sonde uretère plus facilement ou faire injecter en IV de l'indigo-carmin qui colore rapidement la fuite

En cas de ligature, il faut bien examiner l'uretère. Une zone contuse ou ischémisée doit être réséquée. En cas de section accidentelle, il faut soit faire une suture termino-terminale sur sonde double J si on est au niveau du détroit supérieur et si les deux extrémités une fois libérées sont bien vascularisées et viennent au contact sans traction, soit faire une réimplantation si on est situé bas vers le croisement avec l'artère utérine. Elle sera faite de type anti reflux par création d'un tunnel sous-muqueux de 2à3 cm de long dans lequel sera glissé l'uretère. Si la perte de substance est importante et siège au niveau du détroit supérieur, il faut envisager une vessie psoïque : si la réparation immédiate paraît trop difficile ou trop risquée, il est préférable de réaliser une dérivation provisoire par urétérostomie cutanée.

- **Plaies digestives.**

Ce sont en général des plaies du grêle faites lors de la dissection en cas d'accolement. Le diagnostic est facile, le liquide digestif s'écoule par la brèche, il faut suturer en un plan extra-muqueux avec une aiguille ronde de vicryl D3

3-Complication postopératoires

Leur taux est de 5 % environ si on exclut les infections urinaires.

- **Complications infectieuses**

-les infections urinaires sont de loin les plus fréquentes puisqu' en moyenne elles touchent une femme sur trois et sont dues au sondage. La prévention par le respect des règles d'asepsie lors de la pose doit être rappelée, de même que l'ablation de la sonde le soir même de l'intervention.

-les abcès de parois représentent de 6 à 7,8 %des complications. Le risque augmente avec la durée de l'intervention, avec l'obésité. Là encor, la prévention consiste à faire une asepsie et une hémostase correctes.

-l'hématome profond infecté. Il s'agit d'un hématome qui se constitue au niveau de la cicatrice vaginale, sous la peritonisation et qui s'infecte. L'hématome infecté se manifeste par de la fièvre au 4,5 jour du postopératoire à 38,5 ou 39°C avec des décharges. Cette fièvre s'accompagne de douleurs pelviennes basses associées parfois à des signes rectaux type ténésme, épreintes. Au toucher vaginal. Il existe une masse située au dessus du vagin et qui est douloureuse on la sent mieux au toucher rectale. A l'échographie pelvienne, on voit généralement bien cette collection remplie d'un liquide épais écho gène. Le traitement est simple, il suffit sous anesthésie générale d'ouvrir avec le doigt ou la pointe des ciseaux la cicatrice vaginale. Il s'en écoule alors un pus franc. On effondre les logettes de l'abcès au doigt et on lave la cavité avec du sérum Bétadine introduit au moyen d'une sonde urinaire

- **Complications hémorragiques**

-les hématomes pariétaux sont plus fréquents dans les incisions de Pfannenstiel. L'héparinothérapie préventive n'a aucune influence sur la survenue de ces hématomes. Leur apparition oblige rarement à une reprise sauf volume important (>6cm). Par contre ils favorisent l'apparition d'abcès des parois.

-Les hémorragies vaginales sont rares. Elles cèdent en général au tamponnement vaginal par une mèche que l'on bourre dans le vagin. Il s'agit en général d'une artériole vaginale qui n'a pas été prise dans les points de fermeture de l'angle du vagin et qui s'est invaginée dans la cavité vaginale sous le nœud.

- **Complications urologiques**

La ligature ou une coudure de l'uretère peuvent se voir. Elle se traduit dans les suites postopératoires immédiates par des douleurs lombaires unilatérales à type de colique néphrétique. Il faut y penser et faire une échographie à la recherche d'une dilatation de l'uretère ou une UV.

Les fistules vésico-vaginales ou uretère-vaginales seront évoquées devant une fuite d'urine par le vagin. L'urographie est indispensable pour préciser le type de fistule, vésico-vaginale ou uretère-vaginale. On pourra tenter, en mettant une sonde vaginale ou urétérale, d'obtenir une cicatrisation spontanée sinon il faudra réintervenir au bout de trois mois.

- **Complications digestives**

Les complications digestives sont très rares. Il s'agit d'occlusions postopératoires fonctionnelles ; elles nécessitent la mise en aspiration. Le traitement médical est en général suffisant.

- **Complications thromboemboliques**

Elles sont rares si on met les patientes à risque sous héparine de bas poids moléculaire. Ou si on préconise un Levét précoce.

- **Paralysie du nerf fémoral**

Elle est due à une pression du nerf crural par des valves trop longues. Cette complication se voit surtout chez les femmes maigres, et avec les incisions transversales type pfannenstiel.

Le début est précoce, 24 à 72 heures après l'intervention. Il s'agit d'une cruralgie plus ou moins vive avec parfois un psoitisme et un déficit moteur du quadriceps (l'extension de la jambe sur la cuisse est difficile ou impossible, la flexion de la cuisse sur le bassin est réduite). Il existe une hypoesthésie ou une anesthésie de la face antérieure de la cuisse, une abolition du réflexe rotulien, une amyotrophie quadricipitale. Une échographie à la recherche d'un hématome du psoas est utile.

La paralysie régresse en général spontanément en quelque semaine. Un traitement physiothérapique (électrostimulation) peut raccourcir le délai d'évolution.

3-effets indiscernables liés à l'hystérectomie

- Effets sexuels

Chaque personne réagit différemment, et éprouve plusieurs réactions émotionnelles et physiques. Quelques femmes disent qu'elles apprécient les rapports sexuels davantage après une hystérectomie, en particulier si elles ont eu beaucoup de saignements et de douleurs auparavant. Quelques femmes se sentent plus détendues parce qu'elles ne courent plus de risque de grossesse. Cependant, quelques femmes qui ont eu des hystérectomies éprouvent moins de plaisir sexuel. Si les ovaires sont retirés, des effets hormonaux se font sentir. La perte des ovaires peut diminuer le désir sexuel de la femme.

En outre, la perte des ovaires entraîne la sécheresse du vagin. Ceci peut mener à des rapports douloureux pour certaines femmes. Une thérapie de remplacement hormonal est recommandée habituellement dans ces cas-là.

- Effets émotionnels

Quelques femmes se sentent déprimées après une hystérectomie. La plupart d'entre elles se sentent mieux après quelques semaines, mais quelques femmes se sentent déprimées pendant longtemps. D'autres femmes éprouvent un sentiment de soulagement après une hystérectomie. Ne pas pouvoir avoir d'enfants peut poser des problèmes émotionnels pour quelques femmes. Quelques femmes ressentent un changement ou ont le sentiment d'avoir subi une perte.

Etude pratique

1 -matériels et méthode

- L'objectif de notre étude était d'apprécier l'incidence de l'hystérectomie de connaître ses indications et de rechercher les complications digestives
- L'étude s'est déroulée au niveau du service de gynécologie obstétrique de l'EHS (établissement hospitalier spécialisé) de Tlemcen
- Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur 402 cas qui a inclus toutes les patientes ayant subi une hystérectomie abdominale et vaginale entre janvier 2008 et décembre 2009

Elle a été réalisée à partir des données provenant des dossiers médicaux des malades et du registre des protocoles opératoires prenant en considération l'âge des patientes, la parité, la durée du séjour, l'indication, les complications digestives

2 -résultats

❖ Repartions des hystérectomies par an

Au cours de notre étude nous avons enregistré 402 cas d'hystérectomie répartie sur les deux années avec 200 cas durant l'année 2008 et 202cas durant l'année 2009

ANNÉE	2008	2009
NOMBRE DE CAS	200	202

Tableau 1 : nombre de cas d'hystérectomie par an

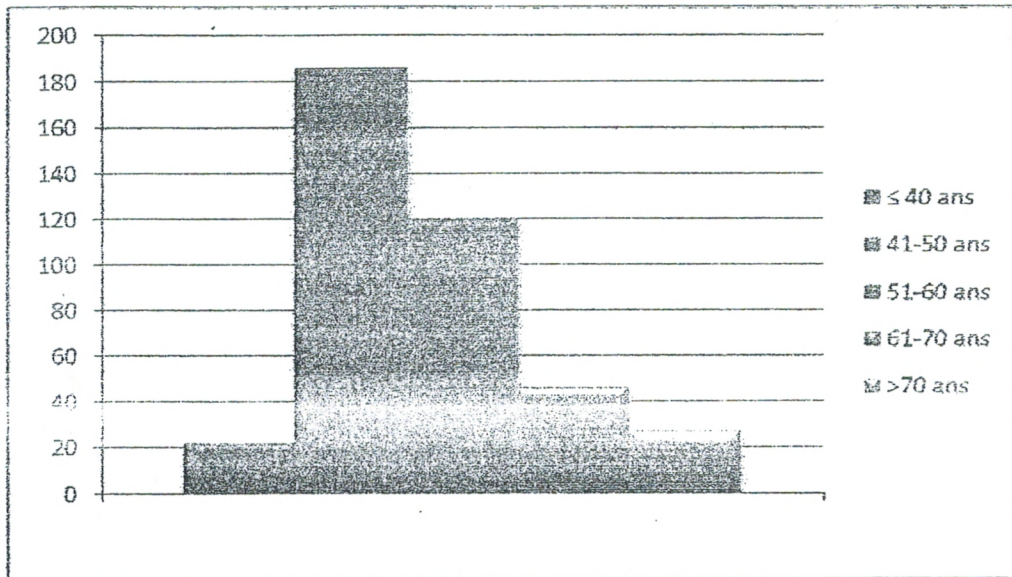
❖ Selon l'âge des patientes

L'âge moyen des patientes était de 55 ans (les extrêmes : 25-85).

Le tableau et le graphique suivant montrent le nombre d'hystérectomie selon l'âge des patientes avec un maximum d'hystérectomie dans la tranche d'âge entre 41-50 ans avec 186 cas soit 46,2%.

AGE	Nombre	Fréquence%
< 40 ans	15	5,20
41-50 ans	186	46,26
51-60 ans	128	29,85
61-70 ans	46	11,44
> 70 ans	27	6,71

Tableau 2 : hystérectomie selon l'âge des patientes



Graph 1 : hystérectomie selon l'âge

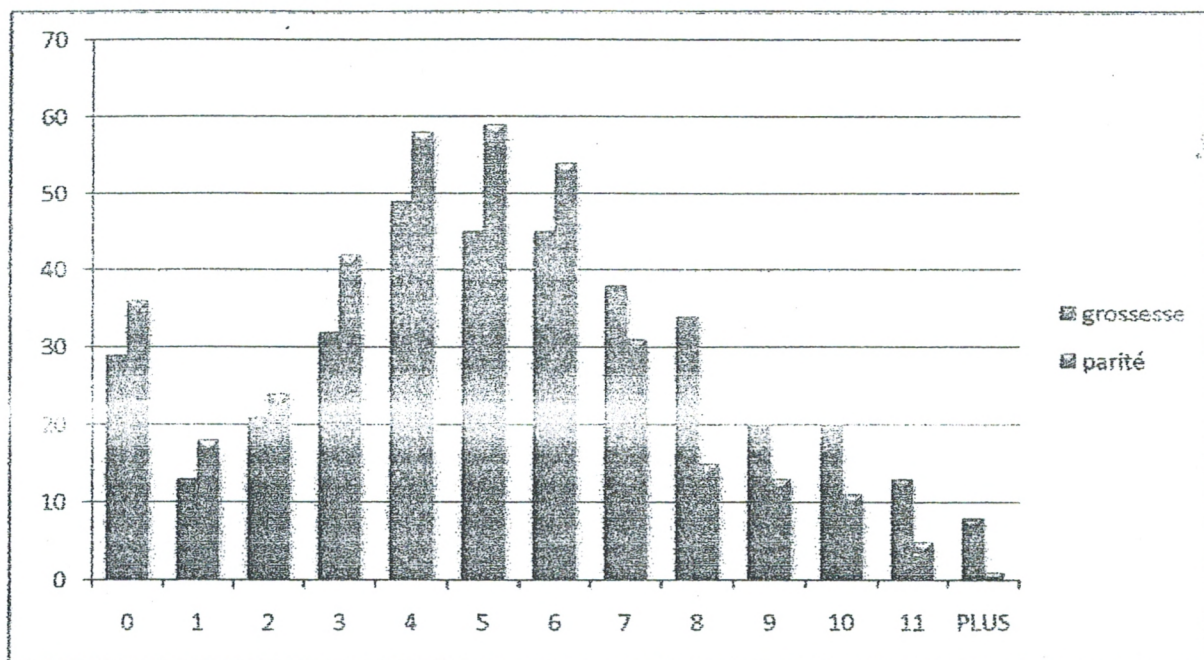
❖ Selon la parité

La parité moyenne de notre série est de 5 enfants (extrêmes : 0-12).

La plus part de nos patientes étaient des multipares voir des grandes multipares avec respectivement 45,77% et 30,84%. Le tableau si dessous illustre les résultats.

Parité	Nombre	Fréquence (%)
NULLIPARE	35	8,95
PAUCI PARE	18	4,47
MULTIPARE	184	45,77
GRANDE MULTIPARE	124	30,84
TRES GRANDE MULTIPARE	5	1,5

Tableau 3 : hystérectomie selon la parité



Graph 2 : hystérectomie selon la parité

❖ **Selon le type d'hystérectomie**

La majorité des hystérectomies pratiquées au cours de ces deux dernières années étaient des hystérectomies par voie haute avec un pourcentage de 65,67% pour 34,32% Le tableau suivant illustre les résultats.

Type d'hystérectomie	
P.V.H.	P.V.F.
264	138
65,67%	34,32%

Tableau 4 : hystérectomie selon la voie d'abord

❖ **Selon les indications**

Dans notre série les indications opératoires sont domine par les utérus myomateux (224 cas), les prolapsus génitaux (55 cas), tumeurs ovariennes (14 cas), et les dysplasies cervicales (13cas)

Le tableau suivant regroupe l'ensemble des indications des hystérectomies rencontrées au cour de notre étude

L'indication	Nombre	Fréquence%
Fibrome + métrorragies	224	55,7
Prolapsus	55	13,68
Tumeur ovarienne	14	3,48
Dysplasie cervicale	13	3,23
Néo du col	11	2,73
Néo de l'endomètre	7	1,74
Hyperplasie de l'endomètre	7	1,74
Kyste ovarien	5	1,24
Masse abdomino-pelvienne	3	0,74
Cervicite chronique	2	0,74
Rupture utérine	1	0,24
G molaire, persistance de débris	1	0,24
G ED	1	0,24
Non précises	57	14,18

Tableau 5: hystérectomie en fonction des indications

❖ Selon la durée du séjour :

Dans notre série la durée du séjour est en moyenne de 5 jours avec des extrêmes de 2 jours à 2 mois. Les résultats sont illustrés dans le tableau suivant

DURÉE DU SÉJOUR	Nombre	Fréquence%
3 j	78	19,40
4-6 jr	186	46,26
7-10 jr	85	21,14
11-15 jr	31	7,71
>15 jr	20	4,98

Tableau 6: hystérectomie selon la durée du séjour

❖ Les complications digestives

Les complications digestives sont avérées très rares se limitant uniquement à 02 cas qui constituent 0.5 %. Les seules complications rencontrées étaient une plaie rectale et une plaie intestinale.

Complication	Nombre
Plaie rectale	1
Plaie intestinale	1

Tableau 7: hystérectomie et complications digestives

3-discussion

Au décours de notre étude, nous avons constaté que l'hystérectomie est une intervention fréquente en gynécologie avec environ 200 cas par an au cours des deux dernières années.

L'âge moyen des patientes était de 55 ans mais l'hystérectomie peut être pratiquée à tous les âges allant de 25ans à 85ans ce qui conduit à dire que le critère de l'âge n'influe pas sur la pratique de l'hystérectomie.

La majorité des patientes étaient des multipares voir même de grandes multipares, mais le taux de multiparité n'était pas négligeable, donc il n'existe aucune relation entre la parité et l'hystérectomie ni entre la parité et le choix de la technique opératoire, car même la multiparité ne contre indique pas toujours la voie basse mais dépend de plusieurs facteurs à la fois .en moyenne la parité est de 5 enfants.

Le recueil des indications était un peu difficile vu la non disponibilité du diagnostic ni du motif de consultation dans les dossiers, et cela dans plus de 50 cas , dans les autres cas les indications étaient dominées par les fibromes utérins et les prolapsus génitaux , puis en second plan ;les tumeurs ovariennes , les dysplasies cervicales , les néo du col ; puis viennent les hyperplasies de l'endomètre , les néo due l'endomètre et les kystes ovariens ;et en fin on retrouve les cervicites chroniques , les masses abdomino-pelviennes ,la rupture utérine , la grossesse molaire après persistance de débris et la grossesse extra utérine qui étaient très rares .

Les indications rencontrées correspondent parfaitement aux données théoriques avec des hystérectomies pour des lésions bénignes (les fibromes , les prolapsus ...), des hystérectomies pour des lésions prés invasives (dysplasies du col , hyperplasies de l'endomètre...) pour des lésions invasives (néo du col , néo de l'endomètre ...), des hystérectomies dans des conditions d'urgence (rupture utérine , GEU) , des hystérectomies prophylactiques (grossesse molaire) .

Les indications de la voie haute sont plus fréquentes que celles de la voie basse ce qui permet d'expliquer le taux élevé des hystérectomies abdominales.

La durée du séjour est très variable allant de 2jr à 2mois , cette durée prolongée n'est pas toujours en rapport avec des complications mais elle est souvent en relation avec un séjour pré opératoire due soit a un retard de programmation ,soit a un déséquilibre diabétique ou tensionnel .

Les complications digestives retrouvées sont très rares 0 ,5% , et sont toutes des complications per opératoires a type de fistules anales et de plaies intestinales, ce qui concorde bien avec les données théoriques ; des cas de retard de reprise du transit intestinal ont été rencontré mais n'ont pas été considéré vue la reprise du transit après un traitement symptomatique.

Conclusion

L'hystérectomie est une intervention très fréquente au niveau du service de gynécologie de Tlemcen ; sa fréquence est la même au cours des deux dernières années.

Les indications les plus fréquents étant les utérus myomateux ainsi que les prolapsus génitaux.

La voie haute est la plus pratiquée

Le choix de la technique opératoire dépend de l'âge de la patiente, de sa parité, de l'indication, mais aussi du désir de la patiente.

Les rapports anatomiques de l'utérus impliquent la possibilité de survenue de complications diverses.

Les complications digestives sont exceptionnelles mais restent toujours possibles.

Bibliographie

1-Hystérectomie laparoscopique versus abdominale et vaginale

Garry R, Fountain J, Mason S et al. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy

2-Courbe d'apprentissage pour l'hystérectomie totale percoelioscopique .analyse comparative de 1647 cas(le journal de coelochirurgie N°36 décembre 2000)

3-Hystérectomie vaginale complications

Dr Amblard Joël Service d'uro-gynécologie

Pr Jacquetin Maternité Hôtel-Dieu CHU Clermont-Ferrand

4-Directives cliniques de la SOGC No 109, janvier 2002 hystérectomie

Cette directive clinique a été revue par le Comité de pratique clinique - gynécologie et approuvée Par le Comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

5-L'hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G

1 Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Point « G », Bamako;

2 Centre de Santé de Référence de la Commune V, Bamako;

3 Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Bamako.

6-Hystérectomie pour lésions bénignes : complications préopératoires et postopératoires précoces

E. Lambaudie, M. Boukerrou, M. Cosson, D. Querleu, G. Crépin

Pôle de chirurgie gynécologique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, place de Verdun, 59000 Lille, France

7-Hystérectomies pour pathologie bénigne en région Bretagne : analyse des pratiques

Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction 2000; 29: 41-47

© Masson, Paris, 2000

J. Levêque⁽¹⁾, Y. Fon⁽²⁾, B. Colladon⁽²⁾, F. Foucher⁽¹⁾, D. Chaperon⁽²⁾, J.-Y. Grall⁽¹⁾, J. Taillant⁽²⁾

⁽¹⁾Service de Gynécologie Obstétrique B (Pr. Jean-Yves Grall), CHU de Rennes.

⁽²⁾Échelon Régional du Service Médical, CRAM Bretagne, 236 Rue de Chateaugiron, F-35 033 Rennes Cedex.

8-Bilan des hystérectomies abdominales pour les lésions bénignes

A propos de 523 cas colligés dans le service de chirurgie viscérale et gynécologique de l'Hôpital A. SICE de Pointe-Noire (CONGO)

MITSINGOU J. C. *, GOMA P. **

9-Hystérectomies par voie basse à-propos de 135 cas

Université Sidi Mohammed Ben Abdallah

Faculté de médecine et de pharmacie FES

10-La pathologie chirurgicale en gynécologie-obstétrique

Jaques Lausac, Gilles Body, Guillaume Magnin.

J. Bertrand, L. De Caian, Ph. Descamps, O. Haillet, H. Marret, F. Pierre, F. Perrotin.

© Masson.

11-Chirurgie des cancers gynécologiques

Denis Querlen, Eric Leblan, Philippe Morice, Gwenaél Ferra.

© Masson.

12-Chirurgie vaginale

Michel Cassan, Dennis Querlen, Daniel Plargent

© Masson.

13-Hystérectomie vaginale à Libreville

Expérience sur les 100 premiers cas au Centre Hospitalier de Libreville

Pither S¹, Mayi Tsonga S¹, Bayonne M², Ogowet Igumu N³, Mounanga M¹, Kouam L⁴