

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET
TECHNIQUES D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2017-2018

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

N°:

TITRE :

LES HYSTERECTOMIES DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE « MÈRE-ENFANT »
LE LUXEMBOURG

**Présentée et soutenue publiquement le/....2018
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par M. Boubacar LAH

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT DU JURY : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

DIRECTEUR DE THESE : Pr Nouhoum ONGOIBA

CODIRECTEUR DE THESE : Dr Habou Baye BA

MEMBRE DU JURY : Dr Bréhima BENGALY

Bismil-lahir-Rahmanir-Rahimi

Je dédie tout ce travail au bon DIEU, le tout puissant;

Le Miséricordieux, d'Omniscient, l'Omnipotent.

*Je rends Grâce au Seigneur, Créateur de la terre et des cieux, de la vie
ici bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.*

*J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du
destin, de nous avoir donné une longue vie pleine de succès, de santé, de
prosperité et de nous guidé sur le bon chemin. AMEN*

DEDICACES

- **Au Prophète Mohammed** (Paix et Bénédiction sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent.), **le plus sage des êtres.**

- **A mon père : Abdoulaye LAH** à qui je dois ce que je suis et ce que je serai. Vous avez toujours été là pour mes sœurs, mes frères et moi. Vous nous avez appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Vous avez toujours été un exemple pour toute la famille, car vous êtes un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers vous-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions m'ont toujours accompagné, ainsi que vos soutiens moral, affectif et matériel. Je vous suis reconnaissant pour toute la confiance que vous avez placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que vous avez fait et que vous ferez encore pour nous. Sache papa que je ne saurai jamais vous rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Au nom de tous mes frères et sœurs, je vous dis encore merci, merci pour tout.

-**A ma mère biologique, Youma BOCOUM femme noire, femme africaine.** Aucun mot voire qualificatif ne pourra exprimer mes sentiments envers vous. Qu'Allah vous accorde une longue vie et une santé de fer.

Maman, ce travail est le fruit de ton endurance. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Vous nous avez toujours soutenus, rassurés et réconfortés. Vous incarnez pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que vous souhaitez inshallah. Et surtout pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je vous ai causée. Vous êtes et serez notre fierté de tout le temps.

Papa et Maman ; Que DIEU vous bénisse et vous garde aussi longtemps auprès de nous pour que vous puissiez cueillir les fruits murs dont vous avez tant souffert pour l'entretien. Que le Paradis soit votre dernier refuge.

- **A mes mères Aya YATTASSAYE, Ina DOUCOURE** merci pour vos soutiens.

Qu'Allah vous accorde une longue vie et une santé de fer.

- A mes frères et sœurs : Mahamadou, Baréma, Gogo, Binta, soumaye, Fatoumata, Ana, Paye, Talé, Tâta, bagnini. Courageux, très compréhensifs, c'est une fierté de vous avoir à mes cotes car vous êtes tout simplement formidables. Puisse ALLAH vous donner tout le bonheur possible, Qu'il exauce tous vos vœux. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN.

-A mes Tontons : Modibo LAH, Ibrahim LAH, Gaoussou LAH, Amadou LAH, Moudou LAH, Bara LAH, Ousmane LAH : Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi à la réalisation de cette thèse. Que la Grace du Seigneur vous accompagne, qu'il resserre nos liens de fraternité. AMEN

-Aly LAH et son épouse Sira LAH : Il serait ingrat de méconnaître tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonté, générosité, souci de la réussite, esprit de fraternité m'ont permis de réaliser aisément ce travail. Que Dieu vous prête longue vie.

-Nouhoum LAH et ses épouses Fanta KAMISSOKO, Gogo LAH :

Votre accessibilité, modestie, soutien inestimable ont accompagné la concrétisation de ce travail. Ma réussite a été au centre de votre préoccupation. Recevez ici ma profonde gratitude, que Dieu vous donne longue vie et protège votre famille.

-A toutes la famille LAH de Boky-wère, Niono, Ségou, Bamako, côte d'ivoire, France, Amérique :

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect. Merci a vous tous.

-A mon amie : Nakuru DOUCOURE depuis Ségou Tu as été plus qu'une amie pour moi. Sache que la distance n'aura jamais une influence dans notre relation. Prends soins de toi et que DIEU exauce tes vœux.

-A mon ami : Dr Bamadou DEMBELE

Sache que tu as un grand cœur, sympathique et toujours disponible pour aider les autres.
Que DIEU te récompense de la meilleure manière.

-A tous mes camarades : Dr Bakary SIMPARA, Youssef Ibrahim KONATE, Sorry FADIGA, Soriba CISSE, Amidou DIAKITE, Kiba KOBILA, Amadou COULIBALY, Fousseyni SAMASSEKOU, Dr Bakary TOUNKARA, Demba MARIKO, Karamoko SOUMARE, Abdoulaye KASSOGUE, Sidi DAOU, Dr Mohamed Kéou COULIBALY, Dr Cheick Abou COULIBALY, Daouda S DEMBELLE, Ousmane Z SANOGO, Moussa SANOGO, Mouctar NAPO, Gaoussou SIMPARA, Samou DOUMBIA, Mahamadou TOUNKARA, Issa DIARRA, Hawa COULIBALY, Fatoumata DIARRA.

Soyez courageux, compréhensibles, disponibles. La vie n'est pas facile. Que DIEU vous garde et exauce vos vœux. Amen

-A mes promotionnaires: Mamadou LAH, Mama LAH, Cheick LAH, Demba LAH, kolo LAH, Dr Fatoumata Ibrahima MAIGA, Dr Ramata DEMBELE, Aminata BOCOUM, Awa DEMBELE, Aicha B SIDIBE. Encore merci pour tout.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

-Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maitres de la FMOS et FPH de Bamako, trouvez dans ce travail cher Maitres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié. Trouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

-A tout le personnel Du CHUME le Luxembourg, de l'ASACOH, l'ASACOB et l'ASACO-NORD, merci à tous.

-Aux Gynécologues-obstétriciens : Dr KALLE Safiatou, Dr DRABO Adama, Dr BAGAYOGO Moussa, Dr KANAMBAYE Dounia, Dr DJIRE Mohamed, Dr DAOU Amalle, Dr SAMAKE Fanta, Dr DEMBELE Badian, Dr KEITA Issa, Dr DIAKITE Laye. C'était un privilège de travailler avec vous, merci de nous avoir transmis votre connaissance, recevez ma profonde gratitude. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

- A la majeure du service de gynéco-obstétrique du CHUME « Le Luxembourg » : Mme N'DIAYE Assétou TOURE, merci du fond du cœur pour votre soutien lors de mon séjour dans le service. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

- A mes aînés : Dr DIAWARA Souleymane, Dr YARA Mama, LAH Ibrahima, LAH Baya, LAH Tidiane , LAH Kanou, LAH Baréma, Dr DIARRA Seydou, Dr TRAORE Abdoulaye, Dr DAOU Kalilou, Dr GUINDO Cheick, Dr DIAKITE Alassane, Dr SISSOKO Sékou, Dr TRAORE Adama, Dr TRAORE Samba, Dr CISSE Lamissa, Dr KONE Lassina, Dr DIARRA Siaka, sidi SISSOKO, Dr DIAKITE Nouhoum, Dr DEMBELE Soungalo, Dr SANOGO Abdoulaye, Dr TAMBOURA Belco, Dr KOKENA Oumar. Vous avez répondu présents à mes besoins ; ce travail est le vôtre.

-A tous mes collègues internes et cadets du service de gynécologie obstétrique du CHUME le Luxembourg

Merci pour la confiance, les échanges de connaissance. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

-Aux Sages-femmes, infirmières, matrones, stagiaires et manœuvres

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant ces années. Votre très franche collaboration ne sera jamais oubliée, elle a été des plus utiles dans l'élaboration de ce travail. Que le tout Puissant raffermisse nos liens.

-A toute la huitième promotion du numéris clausus (promotion feu Pr Moussa TRAORE) ainsi que les étudiants de la FMOS :

Vous m'excuserez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès et courage.

-A tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit à l'élaboration de ce modeste travail.

-A Toi qui utilisera un jour ce document pour tes recherches ; qu'il t'apporte ce dont tu as besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

A notre maître et président du jury

Le Professeur Saharé FONGORO

- **Professeur titulaire en néphrologie à la FMOS**
- **Chef de service de néphrologie et d'hémodialyse au CHU du point G**
- **Officier de l'ordre de mérite de la santé du Mali**

HONORABLE MAITRE,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

abondamment, votre volonté à transmettre vos connaissances et votre amour du travail bien fait font de vous un maître de l'art médical.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et membre du Jury

Dr Abdoul Karim SIMAGA

- **Chirurgien du centre hospitalier mère-enfant « Le Luxembourg »**
- **Chef de service de la chirurgie générale au CHUME
« Le Luxembourg »**

Votre disponibilité, votre humanisme, votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel, votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez et font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Abdoulaye SISSOKO

- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service de Gynéco-obstétrique de la garnison militaire de Kati**
- **Lieutenant des forces armées du Mali**
- **Membres de la SOMAGO**
- **Secrétaire général adjoint de la SAGO**
- **Ancien interne des hôpitaux**

Cher Maître

Votre amour du travail bien fait et le partage du savoir scientifique ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité. Votre caractère sociable fait de vous un maître de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots nous manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude, merci infiniment.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Issa DIARRA

- **Maître de conférences en Gynécologie et Obstétrique à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique du CHUME
« Le Luxembourg »**
- **Colonel Major des forces armées du Mali à la retraite**
- **Membre de la SOMAGO**
- **Ancien Directeur central du service de santé des armées du Mali.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos qualités scientifiques que par vos qualités humaines.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

Que Dieu réalise vos vœux !

SIGLES ET ABREVIATIONS:

FMOS : Faculté de Médecine et d’Odon stomatologie

ATCD : Antécédent

Cm : Centimètre

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

FSH : Folliculine Stimuline Hormone

g : gramme

HRP : Hématome Rétro Placentaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUME : Centre Hospitalier Universitaire « Mère-Enfant »

D.E.S : Diplôme d’Etudes Spécialisées

HTA : Hypertension artérielle

mm : millimètre

mm hg : millimètre de mercure

N.F.S : Numération Formule Sanguine.

L : Litre

LH : Hormone Lutéinique

HSG : Hystérosalpingographie

T.C.K : Temps Céphalin Kaolin

T.O.P : Triple Opération Périnéale.

T.S : Temps de saignement

V.S : Vitesse de sédimentation

SA : Semaine d’aménorrhée

CIN : Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale

Hb : Hémoglobine

AG : Anesthésie générale

ALR : Anesthésie locorégionale

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	3
III. GENERALITES.....	4
A. Historique.....	4
B. Rappels.....	5
C. Etude Clinique.....	18
D. Techniques d’hystérectomie totale abdominale Conservatrice.....	24
E. Techniques d’hystérectomie vaginale.....	38
F. Indications d’hystérectomie.....	45
G. Suites opératoires et complications.....	48
IV.METHODOLOGIE.....	52
V. RESULTATS.....	59
VI. COMMENTAIRES – DISCUSSION.....	76
VII. CONCLUSION – RECOMMANDATIONS	81
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
IX. ANNEXES.....	86

I-INTRODUCTION :

L'hystérectomie, est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus (hystérectomie subtotale), ou le corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale), les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie). Cette intervention est de pratique courante dans le traitement des lésions bénignes ou malignes de l'utérus et de ses annexes mais aussi dans celui de la rupture utérine qui, de nos jours, devenue exceptionnelle, ne survient que sur un utérus cicatriciel dans les pays développés.

Elle reste fréquente dans les pays en voie de développement dont le Mali.

Le choix de l'hystérectomie est une décision lourde à prendre tant pour le chirurgien que pour la patiente surtout quand elle est faite chez les femmes jeunes n'ayant fait aucune maternité, ou n'ayant pas eu d'enfants.

L'hystérectomie, représente l'activité chirurgicale de plus en plus fréquente après la césarienne en chirurgie gynéco-obstétricale. La fréquence des femmes qui ont subi l'hystérectomie à l'âge de 60 ans pour la période de 1985-1990 était de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France.

A Libreville sur 82981 accouchements il y a eu 58 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence avec une fréquence de 0,07% soit une hystérectomie pour 1431 accouchements.

Elle est de 0,53% pour Muteganya et coll. [23] au Burundi.

A Yaoundé au Cameroun 31 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence ont été pratiquées pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4%.

A Dakar des études faites par Diouf et coll. [9] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas soit une fréquence de 0,45%.

Au Mali, la fréquence des hystérectomies était de 6,20%. KOUMA a trouvé une fréquence de 11,7% [14] au CHU de POINT-G de 1985-1990.

Cependant, l'hystérectomie est une intervention ultime pour garantir la survie maternelle ; Elle s'impose surtout dans l'urgence (obstétricale) si l'état hémodynamique est instable, ou si l'utérus ne peut être conservé en cas de : placenta accreta, rupture utérine, perforation utérine, atonie utérine. Et en dehors de toute urgence : prolapsus génital, métrorragie rebelle, cancer du col et de l'endomètre opérable.

L'hystérectomie est un geste chirurgical couramment effectué dans le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire « mère- enfant » le Luxembourg. Elle n'a fait l'objet d'aucune étude jusque-là à notre connaissance pour son évaluation d'où l'objet de ce travail. Pour mener à bien cette étude nous nous fixons les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS :

A- Objectif général :

Etudier les aspects épidémiocliniques de l'hystérectomie dans le service de gynéco-obstétrique au centre hospitalier universitaire « mère-enfant » le Luxembourg.

B- Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des hystérectomies,
2. Déterminer le profil sociodémographique des patientes,
3. Identifier les indications des hystérectomies,
4. Etablir le pronostic des hystérectomies,
5. Formuler des recommandations.

III- GENERALITES:

A-HISTOIRE :

1- Hystérectomie vaginale:

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il ya plus de dix-sept siècles. Au XVIe et XVIIe siècle, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarus da Capri à Bologne **en 1507**).

C'est en 1813 que Langenbeck fit, avec succès, la première hystérectomie vaginale pour cancer du col de l'utérus.

En 1829 Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines. Quelques écoles, toute fois, ont continué à réaliser des hystérectomies vaginales et en France, c'est au professeur Daniel Dargent que revient le mérite d'avoir remis à l'honneur cette technique dans **les années 1970-1975**. Cette intervention ne commença à être régulièrement pratiquée qu'à partir de **1890-1900** (Pean, Richelot) puis elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée.

2-Hystérectomie abdominale:

En 1825, Langenbeck fit la première hystérectomie abdominale pour un cancer du col de l'utérus, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après.

En 1864, en France, Koeberlé décrit la ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale.

En 1853, aux Etats-Unis, Burnham réussit la première hystérectomie totale par voie abdominale.

En 1889, Simpson puis Kelly (**1891**) décrivent les procédés modernes avec ligature élective des pédicules. Un peu plus de 100ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne.

B-RAPPEL ANATOMIQUE:

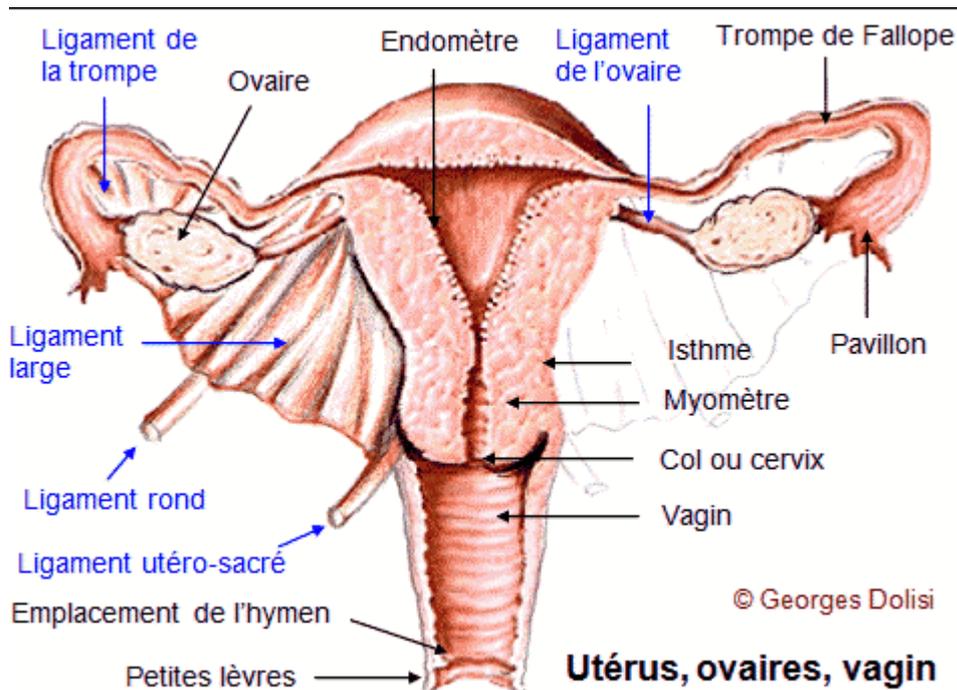


Schéma n°1 : Appareil génital féminin

1-RAPPEL ANATOMIQUE DE L'UTERUS :

1.1-Anatomie descriptive :

1.1.1 Définition : L'utérus, mot latin, métro en grec désignant tout un organe important du système génital interne féminin destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturation. Il subit des modifications morphologiques et fonctionnelles profondes pendant la grossesse mais d'ordinaire sa muqueuse est le siège de modifications cycliques qui aboutissent aux règles ou menstrues.

1.1.2 Situation : Organe impaire, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie.

1.1.3 Morphologie et dimensions : De consistance ferme mais élastique, il a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur. L'utérus présente à peu près à égale

distance entre le sommet et la base un rétrécissement ou étranglement plus marqué en avant et latéralement, séparant l'utérus en deux parties : l'isthme.

De part et d'autres de l'isthme se trouvent les deux autres parties de l'utérus : le corps au-dessus, le col en dessous.

**** Le corps utérin :** Très aplati dans le sens antéropostérieur, on lui décrit deux faces, trois bords, trois angles.

Face antéro-inférieure : presque plane, elle est recouverte de péritoine

Face postéro-supérieure : fortement convexe, présente une crête médiane

Bords latéraux : larges et arrondis, ils donnent insertion aux ligaments larges

Fond utérin : base du cône, rectiligne ou convexe en haut

Angles latéraux : supérieurs ou cornes utérines d'où se détachent en avant les ligaments ronds en arrière les trompes utérines et les ligaments utéro-ovariens

Angle inférieur : sommet du cône, répond à l'isthme.

**** L'isthme utérin :** Etranglement peu marqué, il va se dilater pour loger la tête fœtale au cours de la grossesse, formant le segment inférieur. C'est là qu'on incise l'utérus lors de la césarienne.

****Le col utérin:** En forme de barillet, il donne insertion au vagin suivant une ligne large de 1/2cm environ, oblique en bas et en avant. On peut lui distinguer donc trois parties:

- Supra vaginale qui se continue avec le corps
- Vaginale
- Intra vaginale encore appelée museau de tanche, accessible au toucher vaginal et au spéculum. Elle compte deux lèvres, un orifice externe dont la forme varie selon la parité, (nullipare, primipare, multipare).

Les dimensions de l'utérus varient suivant la parité :

* Chez le nullipare :

- Longueur = 6 à 7 cm (3,5 pour corps; 0,5 pour l'isthme; 2,5 à 3 pour le col)
- Largeur : 4 cm au niveau du fond , 2 cm au niveau du col , Épaisseur 2 cm ;

* Chez la multipare :

- La longueur est de 7 à 8 cm, l'utérus est globuleux et le corps mesure 5 cm, le col 3 cm.
- La largeur est de 5 cm au fond utérin et l'épaisseur est de 3 cm.
- Le rapport corporéo-cervical est normalement de 3/2.

1.1.4 Direction de l'utérus:

- L'utérus est antéversé : L'axe d'ensemble de l'organe est oblique en haut et en avant formant avec l'axe vaginal un angle ouvert en bas et en avant.
- L'utérus est antéfléchi : L'axe du corps forme avec celui du col un angle ouvert en bas et en avant d'environ 120°. Le sommet de cet angle correspond à l'isthme. A côté de ces positions normales, il y a des variations telles que : la rétroversion, la rétroflexion.

1.1.5. Configuration intérieure :

- La cavité utérine explorée par l'hystérogaphie est aplatie de forme d'un triangle isocèle aux bords concaves. Les trompes se détachent des angles supérieurs. Les parois sont lisses et accolées. La profondeur de cette cavité mesurée à l'hystéromètre est de 6 cm.
- La cavité cervicale en forme de fuseau, présente deux orifices :
 - * Externe au sommet du museau de tanche
 - * Interne au niveau de l'isthme. Elle est sillonnée par les plis de l'arbre de vie peu visible sur les clichés d'hystérosalpingographie.

1.1.6. Anatomie fonctionnelle : Les systèmes de maintien de l'utérus sont nombreux et de valeurs différentes. On les classe artificiellement en trois groupes : les moyens de soutènement, les moyens de suspension, et les moyens d'orientation.

**** Les moyens de soutènement (système actif) :**

- La vessie sur laquelle l'utérus prend appui est soutenue par le vagin à sa base.
- Le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par l'anneau fibreux central du périnée.
- Le vagin représente un hamac qui soutient le système urogénital
- Les éléments musculaires en particulier le releveur de l'anus (faisceaux interne) permettent la fixation et la mobilisation du vagin
- Les éléments fibreux conjonctifs (fascia pelvien, fascia vaginal, paracervix) participent également au soutènement de l'utérus. Le système de soutènement sert de contre appui aux extraits abdominaux.

**** Les moyens de suspension :**

- En arrière : les ligaments utéro-sacrés
- En avant : les ligaments pubo-vésico utérins
- Latéralement : le paramètre et le paracervix.

**** Les moyens d'orientation:** Ils sont essentiellement corporeaux:

- Ligaments ronds : responsables de l'antéflexion
- Ligaments utéro-sacrés : responsables de l'antéversion
- Le mésomètre : limite la latéro-version.

1.2. Anatomie topographique :

1.2.1 Les rapports péritonéaux: Les ligaments de l'utérus.

Le péritoine qui tapisse les faces de l'utérus est soulevé par des ligaments en autant de replis : 2 ligaments larges, 2 ligaments ronds, 2 ligaments utéro-ovariens, 2 ligaments utéro-sacrés, 2 ligaments vésico-utérins.

**** Ligaments larges :** Unissent les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne. Constitués par deux lames péritonéales, ils constituent deux cloisons transversales divisant la cavité péritonéale en espace pré et rétro ligamentaire. De forme quadrilatère, ils présentent à décrire deux faces et quatre bords.

Face antérieure : est la réflexion en avant et en dehors du péritoine qui a tapissé la face antérieure de l'utérus. Elle est soulevée par le ligament rond qui soutient un méso triangulaire à sommet utérin. L'aileron antérieur du ligament large. L'espace pré ligamentaire prolonge totalement le cul de sac vésico-utérin.

Face postérieure : réflexion du péritoine de la face postérieure de l'utérus (portion sus-vaginale). Soulevée par les ligaments tubo et utéro-ovariens ainsi que les ovaires qui forment l'aileron postérieur du ligament qui correspond au mésovarium.

Bord supérieur : longé par la trompe utérine, il est constitué par le méso salpinx qui forme l'aileron supérieur du ligament large.

Bord inférieur ou base : constitué par l'écartement des deux (2) feuillets, il donne place aux vaisseaux et nerf utérins et est limité par la tente de l'artère utérine.

Bord interne : s'écarte pour envelopper l'utérus.

Bord externe : s'écarte en deux feuillets au niveau de la paroi pelvienne.

Il donne passage au pédicule ovarien dans sa partie supérieure.

**** Ligaments ronds** : Ce sont des cordons arrondis, tendus entre les cornes utérines et la région inguino-pelvienne. Ils décrivent une courbe en haut, en dedans et en avant, soulevant un repli péritonéal: c'est l'aileron antérieur du ligament large. Longueur 10 à 15 cm, épaisseur 5 mm. Ils croisent les vaisseaux iliaques externes avant de s'engager dans le canal inguinal pour se terminer dans le tissu cellulaire du Mont de Venus et des grandes lèvres.

**** Ligaments utéro-ovariens** : Tendus de l'angle utérin au-dessous et en arrière de la trompe, au pôle inférieur de l'ovaire, au niveau du mésovarium. Ils séparent le mésosalpinx du mésomètre.

**** Ligaments utéro-sacrés** : Unissent le col utérin (face postérieure) au sacrum. Ils contiennent le plexus nerveux hypogastrique. Ils sont réunis en avant par un ligament transversal : le torus utérin. En arrière, ils englobent le rectum, limitant

latéralement le douglas et se terminent au niveau des 2^e, 3^e et 4^e trous sacrés.
Parfois remontent jusqu'au promontoire.

**** Ligaments vésico-utérins** : Vont de la face antérieure du col utérin à la face postérieure de la vessie, bordant latéralement le cul-de-sac vésico-utérin font partie de la lame pubo- vésico- utéro-recto-sacrée.

1.2.2- Rapport avec les organes :

- **Face antérieure** : répond à la vessie

- **Face postérieure** : répond au grêle, au sigmoïde, au rectum par le biais du douglas

- **Bords latéraux** : au-dessus de l'artère utérine répondent au mésomètre, en-dessous de l'artère utérine répondent aux paramètres (artère vaginale, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique).

1.3-Anatomie microscopique : La paroi utérine étudiée au microscope se révèle constituée de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : le péritoine, la musculuse (myomètre) et la muqueuse (endomètre).

1.3.1-La séreuse : Elle est constituée d'éléments conjonctivo-élastiques que recouvre l'épithélium péritonéal.

1.3.2- La musculuse (myomètre) : Au niveau du corps utérin elle comprend trois (3) couches: la couche sous séreuse, la couche supra vasculaire, la couche sous muqueuse

1.3.3-La tunique muqueuse : Mince et friable, d'aspect et de structure variables suivant l'endroit où on se trouve dans l'utérus.

1.4-Vascularisation utérine :

1.4.1-Artères : L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique et accessoirement par les artères ovarienne et du ligament rond.

**** Artère utérine :**

- **Origine** : naît du tronc antérieur de l'artère hypogastrique soit isolément soit d'un tronc commun avec l'artère ombilicale et la vaginale.

-**Trajet** : se présente en trois segments: rétro-ligamentaire, sous-ligamentaire et intra- ligamentaire. Elle décrit une courbe à concavité supérieure et est longue de 15 cm.

-**Terminaison** : elle se termine sous l'ovaire en s'anastomosant avec l'artère ovarienne.

*A côté de l'artère utérine se trouvent les branches collatérales:

Segment sous-ligamentaire,

Rameau urétéral,

Branches vésico-vaginales,

Artère cervico-vaginale Segment intra-ligamentaire,

Les artères du col qui participent au cercle de HUGUIER,

Les artères du corps, courtes et tire-bouchonnées,

Les rameaux du ligament large.

* Dans sa portion terminale :

- La rétrograde du fond, artère de l'insertion placentaire

- Artère tubaire interne

- Artère ovarienne

1.4.2 Les veines : Il y a deux plexus veineux qui drainent l'utérus.

- Le plexus principal : Il est rétro urétéral et est le plus volumineux

- Le plexus accessoire : Il est pré-urétéral et satellite de l'artère utérine.

Les veines drainent le sang veineux utérin dans la veine iliaque interne.

1.5- Caractères morphologiques de l'utérus gravide : L'utérus gravide est un utérus contenant le conceptus.

A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement : corps, le segment inférieur et le col.

Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont :

- Les ventres constitueraient le corps;
- Les tendons, le segment inférieur ;
- Et les insertions, le col.

Comme tout tendon, le segment inférieur transmet et module les contractions du corps vers le col.

1.5.1 Le corps utérin : Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

**** Situation du fundus utérin :**

En début de grossesse, il est pelvien.

A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au dessus du pubis, il devient nettement palpable.

A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm :

- A 4 mois et demi, il répond à l'ombilic.
- A terme, il est à 32cm du pubis.

**** Les dimensions :**

Pour la longueur:

- A la fin du 3^{ème} mois : de 10 à 13cm ;
- A la fin du 6^{ème} mois : de 17 à 18cm ;
- A terme : de 31cm ;

Pour la largeur:

- A la fin du 3^{ème} mois : de 8 à 10cm ;
- A la fin du 6^{ème} mois : de 18cm
- Et à terme : de 23cm

****Forme :** au cours du 1^{er} mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique, mais au 2^{ème} mois, il est sphérique, semblable à une " orange ", au 3^{ème} mois, à une " pamplemousse ", après le 5^{ème} mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grosse extrémité supérieure. En fait, la forme n'est pas toujours régulière surtout en fin de grossesse, où elle dépend de la présentation et de la parité qui diminue la tonicité de la paroi utérine. Il est asymétrique ou étalé transversalement dans certaines malformations (utérus cordiforme...).

**** Direction :**

Au début de la grossesse, l'utérus habituellement antéversé, peut tomber en rétroversion, mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2^{ème} ou 3^{ème} mois.

A terme :

- Sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale.
- Dans le plan frontal, l'utérus, légèrement incliné vers la droite, présente un mouvement de torsion vers la droite. Cette dextrorotation varie en fonction du degré d'engagement de la présentation et de tonicité de la paroi. Son importance peut entraîner une dysaxie.

****Epaisseur de la paroi :**

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4^{ème} mois est de 3cm. Puis, elle s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît. Au voisinage du terme, son épaisseur est d'environ 10mm sur les faces latérales et de 4mm au niveau du fundus.

****Consistance :**

Elle est élastique et souple. Parfois, sa mollesse rend difficile la délimitation du fundus par le palper. Au cours du palper, il arrive qu'elle devienne dure sous l'influence d'une contraction.

****Poids :** A terme, elle est de 800 à 1200g.

****Capacité:** A terme, elle est de 4 à 5l.

1.5.2- Le segment inférieur :

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia. A terme il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur.

1.5.3- Le col utérin : Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Les orifices (interne et externe) restent fermés jusqu'au début du travail sauf souvent chez la multipare où l'orifice externe peut rester déhiscent.

1.5.4- Rapports anatomiques de l'utérus gravide :

****Les rapports anatomiques du corps utérin :**

Au cours de la grossesse les rapports de l'utérus augmentent avec l'âge gestationnel :

- En avant la paroi abdominale.
- En arrière la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale
- En haut le grand omentum et le colon transverse
- A droite le colon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme
- A gauche les anses et le colon sigmoïde qui recouvre l'annexe gauche

**** Les rapports anatomiques du segment inférieur :**

-La face antérieure : La vessie est le rapport essentiel. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel

- La face postérieure : Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto utérin devenu plus profond, au rectum.

- **Les faces latérales** : Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien.

2-RAPPEL ANATOMIQUE DU VAGIN

2.1-Définition: Le vagin est la partie distale des organes sexuels féminins. C'est l'organe de copulation, servant en même temps de voie d'accouchement.

2.2-Anatomie macroscopique: Le vagin est un conduit musculo-membraneux, étendu entre le col de l'utérus, et la vulve.

Il est situé en avant du rectum, en arrière de la vessie.

Il a la forme d'un tuyau d'écrivain une courbe concave en arrière quand la vessie est vide.

Il est long de 7 à 9 cm, et sa paroi antérieure est accolée à sa paroi postérieure sauf à ses extrémités.

Les deux tiers supérieurs du vagin sont intra pelviens, et le reste est périnéal.

L'extrémité supérieure s'évase en forme de cupule autour de la partie intra vaginale du col utérin (museau de tanche).

L'extrémité inférieure, s'ouvre dans une dépression appelée: vestibule, fermée chez la vierge par l'hymen, qui est un repli muqueux, semi-lunaire, ou concave ou conique, rétrécissant l'orifice. Au premier coït, l'hymen se déchire.

Configuration interne du vagin : Les plis transversaux sont des épaissements muqueux qui tapissent l'intérieur du vagin, ce sont des colonnes rouges, appelées rides vaginales. La paroi antérieure et postérieure ont chacune des plis muqueux, appelés colonnes vaginales, servant de friction pendant le coït, et des plis de réserve pour la dilatation du vagin pendant l'accouchement.

2.3- Anatomie microscopique :

Le vagin a trois tuniques :

**** La tunique externe conjonctive** : sa texture varie d'un point à un autre. Elle est très dense aux extrémités inférieure et supérieure de la paroi antérieure, et à l'extrémité inférieure de la paroi postérieure, elle est beaucoup plus tonique.

****La tunique moyenne:** musculaire lisse, avec des fibres longitudinales en dehors, et circulaires en dedans. Elle est habillée à sa périphérie d'un réseau vasculaire, où les veines prédominent.

****La tunique interne la muqueuse :** c'est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. Il renferme des cellules riches en glycogène, mais ne contient pas de glande. Pendant l'acte sexuel, la muqueuse lubrifie par transsudation le vagin, et pendant l'orgasme, c'est le un tiers distal de la musculaire qui fait des contractions rythmiques.

2.4-Les moyens de fixité du vagin :

La fixité du vagin est due à ses connections 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.

2.5. Vascularisation et innervation du vagin :

2.5.1 Artères : Aux nombres de trois :

- La branche de l'artère utérine ravitaille le 1/3 supérieur du vagin,
- L'artère vaginale proprement dite est une des branches de l'artère iliaque interne. Elle irrigue les 2/3 (moyen et inférieur) du vagin,
- La branche de l'artère rectale inférieure irrigue la face postérieure du vagin.

2.5.2 Veines: Les veines forment un plexus veineux de chaque côté du vagin.

2.5.3 Lymphatiques: Suivent les artères (utérine et vaginale) et se déversent dans les nodules lymphatiques iliaques (interne et externe) et inguinaux superficiels.

2.5.4 Nerfs : Proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

C-ETUDE CLINIQUE :

L'étude clinique doit être minutieuse de la part du praticien :

- Un examen soigneux, méthodique et rigoureux ;
- Un raisonnement médical permettant une approche du diagnostic ou la mise en route d'explorations complémentaires ;
- Un traitement qui en dehors de l'urgence, doit être guidé par l'étiologie.

1- Interrogatoire:

Il recherchera :

- L'âge de la patiente ;
- La date des dernières règles ;
- La date d'apparition des saignements, leur évolution et leur abondance ;
- L'existence d'un traitement hormonal ou de prise d'anticoagulant, préciser une notion d'arrêt ou d'oubli.
- Les antécédents familiaux : pathologie gynécologique et générale ;
- Les antécédents personnels :
 - * Les antécédents gynéco-obstétricaux : ménarche, durée du cycle, caractère du cycle, nombre de grossesses, les incidents et accidents gravidiques ;
 - * Les antécédents chirurgicaux : surtout gynécologiques ;
 - * Les antécédents médicaux : maladies générales, les maladies infectieuses ;
- L'existence d'un moyen de contraception : contraceptif oral, stérilet, les implants, les moyens mécaniques (préservatifs ou diaphragme).

2-Examen physique:

Il est toujours général et complet mais doit insister sur la sphère gynécologique.

2.1. Examen général : Il est le plus complet possible et méthodique appareil par appareil.

2.2. Examen gynécologique : Il sera mené avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une bonne luminosité sur une malade entièrement dévêtue :

- Inspection des muqueuses ;

- Palpation des seins ;
- Examen des organes génitaux externes.

a. L'examen au spéculum :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à l'aide d'un spéculum vaginal adapté à l'anatomie de la patiente avec un éclairage suffisant. Il visualise le col et le vagin.

Il faut :

- Bien visualiser le col : son aspect surtout, au cours du retrait du spéculum on peut légèrement pincer le col entre les deux lames de façon à voir un écoulement par l'orifice cervical ;
- Bien visualiser les parois vaginales, en retirant le spéculum qui sera légèrement entrouvert de façon à examiner les faces antérieure et postérieure du vagin. On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

b. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et à rectum vides. Il sera combiné au palper abdominal et au toucher rectal. Il permet l'appréciation de la taille de l'utérus, de ses contours, de sa sensibilité, de sa mobilité et de ses différents rapports. Combiné au toucher rectal il apprécie la souplesse des culs de sac et des paramètres. Le toucher bi digital permet d'apprécier la cloison recto-vaginale.

2.3. Les examens complémentaires:

Ils seront demandés en fonction de l'âge de la patiente et de l'orientation diagnostique. Les examens complémentaires à pratiquer sont : une échographie pelvienne, un frottis cervico vaginal, une biopsie du col, une biopsie de l'endomètre, un prélèvement vaginal, une hystérosalpingographie voire une hystérocopie pratiquée en dehors des saignements ; la colposcopie, des dosages hormonaux, un bilan hématologique.

a. L'échographie pelvienne : C'est une technique non agressive en plein développement. Elle peut être réalisée par voie abdominale vessie pleine ou par voie vaginale vessie vide. A l'heure actuelle le consensus est fait sur l'examen de première intention devant des métrorragies : c'est l'échographie par voie vaginale. Elle doit être réalisée au cours de la première partie du cycle ; elle permet le diagnostic d'éventuelles pathologies ovariennes à l'origine des métrorragies et également d'apprécier le myomètre : fibromes interstitiels, signes d'adénomyose, qualité de la jonction endomètre-myomètre.

b. L'hystérosalpingographie (HSG) : C'est un examen radiologique qui permet la visualisation du canal endocervical, de la cavité utérine, des trompes, par l'injection par voie endocervicale d'un produit radio opaque faiblement iodé sous faible pression.

La pratique d'une hystérogographie exige des précautions avant l'examen :

- Elle doit être réalisée en phase folliculaire ;
- Eliminer une grossesse ;
- Eliminer une infection ;
- Arrêter les saignements ;
- Faire une couverture antibiotique.

Elle peut être demandée dans le diagnostic des métrorragies pour la recherche: d'un polype, d'un fibrome sous muqueux, d'un cancer de l'endomètre, d'une adénomyose utérine.

Il existe une variante :

L'hystérosonographie qui consiste à injecter une solution saline stérile de 4 à 10 ml dans la cavité endométriale sous visualisation ultrasonographique directe.

Une fois l'endomètre imprégnée la présence de polypes ou de myomes et l'épaisseur de l'endomètre est évaluée.

Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale; par ailleurs elle montre dans 41% des cas un

myome saillant sous muqueux pour des myomes analysés comme strictement intra-muraux par l'échographie par voie vaginale.

c. L'hystérocopie diagnostique : C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystérocopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérocopie et l'hystérocopie d'apprécier le canal endocervical (l'exploration de cette région est probablement l'échec principal des techniques par ultrasons), et une localisation plus précise des lésions. Elle permet également une biopsie guidée et l'obtention d'une histologie. Mais le caractère iatrogène de l'hystérocopie en regard de l'hystérocopie est sujet à discussion :

décontamination des hystérocopes et description de quelques cas dans la littérature d'éventuelle greffe péritonéale de cellules néoplasiques. De fait l'hystérocopie a une excellente valeur prédictive négative et l'absence de lésion permet de proposer d'arrêter là les explorations. Que ce soit

l'hystérocopie ou l'hystérocopie : si une lésion focalisée est identifiée, l'exploration chirurgicale à visée diagnostique et thérapeutique est de mise.

d. La colposcopie : C'est l'examen du col après mise en place du spéculum grâce à un appareil optique grossissant 10 à 20 fois et après badigeonnage du col à l'acide acétique à 3% ou au lugol. Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimenteux et cylindrique, la zone de jonction entre ces deux revêtements, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous-jacent. La colposcopie permet de repérer sur le col : -Des lésions bénignes : polype, papillome, endométriose, condylomes ; - Des lésions atypiques : leucoplasies, mosaïques, zones ponctuées, zones blanches ou rouges ; - Des cancers invasifs. Elle permet de diriger la biopsie sur la zone la plus suspecte en cas de frottis pathologique, si la zone de jonction est visible. Elle ne permet pas de voir les lésions situées dans L'endocol.

e. Le frottis cervico-vaginal : C'est un geste de médecin praticien que tout médecin doit savoir faire.

Il doit être pratiqué devant toute métrorragie même chez une femme dont le col est sain en période d'activité génitale. Il doit être fait en dehors des saignements et avant le toucher vaginal, alors que la patiente n'a pas fait de toilette vaginale dans les 24 heures précédentes, pas de rapports sexuels dans les 48 heures précédentes.

f. Les frottis endométriaux : Ils sont rarement positifs car l'endomètre desquame assez peu.

g. La biopsie du col : Lorsqu'il existe une lésion néoplasique évidente du col, dure, friable, saignant au moindre contact, il est aisé d'en faire la biopsie, le prélèvement devant être fait en pleine tumeur. Lorsqu'il n'existe pas de lésion évidente, elle sera dirigée par le frottis de dépistage ou la colposcopie.

h. La biopsie de l'endomètre : « C'est un prélèvement partiel qui n'a donc d'intérêt que dans la mesure où il s'adresse à une pathologie ou à un état de l'endomètre supposé être assez étendu pour que la biopsie ait un minimum de chance de recueillir un échantillon significatif » (ROMAN). Elle est faite par la canule de Novak. Après avoir nettoyé le col, et pris celui-ci par une pince de Pozzi, la canule de Novak est introduite dans l'orifice cervical puis dans la cavité. On peut aussi, comme dans la technique originale, créer une dépression dans la sonde avec une seringue pour aspirer l'échantillon d'endomètre plus important. Si l'introduction de la canule est facile, on peut renouveler l'intervention 2 ou 3 fois afin de prélever des lambeaux d'endomètre à plusieurs niveaux. Actuellement, on utilise souvent un matériel à usage unique en polyéthylène semi rigide : la pipette de Cormier. Cette biopsie peut être utile pour apprécier un trouble fonctionnel de l'endomètre. Elle est intéressante pour faire le diagnostic d'un cancer de l'endomètre. Seule une biopsie positive permet

d'affirmer le diagnostic, une biopsie négative impose bien sûr la poursuite des investigations.

I. Les dosages hormonaux : Ils sont fonctions des constatations cliniques : Béta HCG plasmatique, les œstrogènes, la FSH, la LH et la prolactine.

j. Le bilan hématologique: Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Will brand.

- **Une numération formule sanguine** : le taux d'hémoglobine est essentiel car il apprécie objectivement l'importance du saignement et sera ultérieurement le guide du schéma thérapeutique.

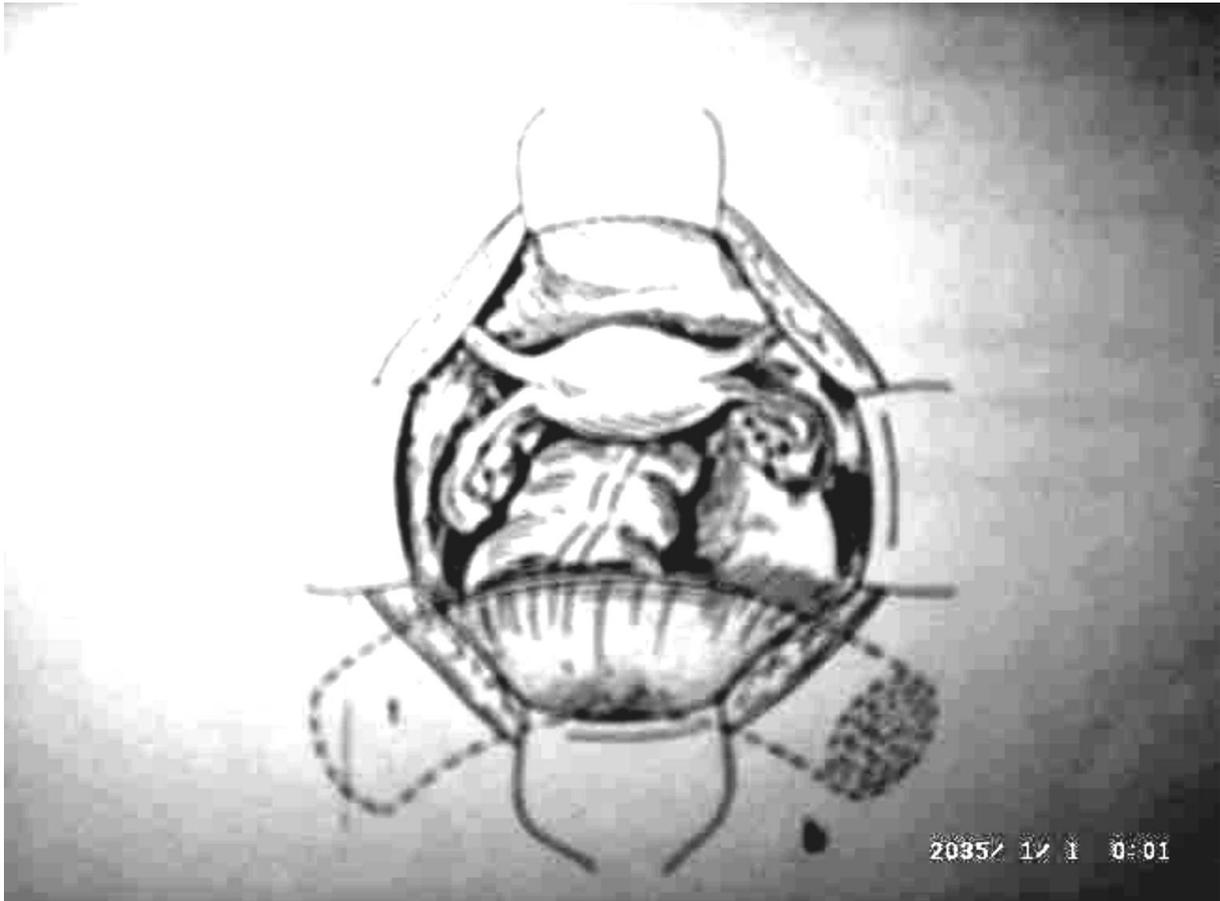
- **Une crase sanguine** est demandée dès la première consultation surtout en cas d'antécédent évocateur de troubles de l'hémostase, ou prescrite dans un deuxième temps si l'anémie nécessite un traitement en urgence remettant à plus tard les investigations.

- **Un bilan d'hémostase simple** comprend : numération des plaquettes, temps de Quick, temps de céphaline activée, fibrine et temps de saignement.

- **Un bilan d'hémostase complet** explorant tous les facteurs de coagulation doit être demandé en cas de suspicion de maladie de l'hémostase.

D. TECHNIQUES D'HYSTERECTOMIES TOTALE ABDOMINALE CONSERVATRICE :

SCHEMA N° 1 : Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles d'après Lansac J.



- Après ouverture de la paroi abdominale l'utérus est saisi par un hystérolabe ou un fil transfixiant et attiré en arrière du côté gauche pour lier le ligament rond droit. Le péritoine après coagulation est ouvert de part et d'autre du ligament rond. Celui-ci est sectionné entre deux pinces de Bengoléa puis ligaturé au fil de vicryl 2/0. Le fil du côté pariétal est gardé long pour pouvoir être fixé à une pince en avant et en dehors facilitant l'exposition.- La même manœuvre est réalisée du côté opposé.-L'utérus étant attiré vers l'arrière, le péritoine vésico-utérin est incisé entre les deux ligatures des ligaments ronds.- Les espaces

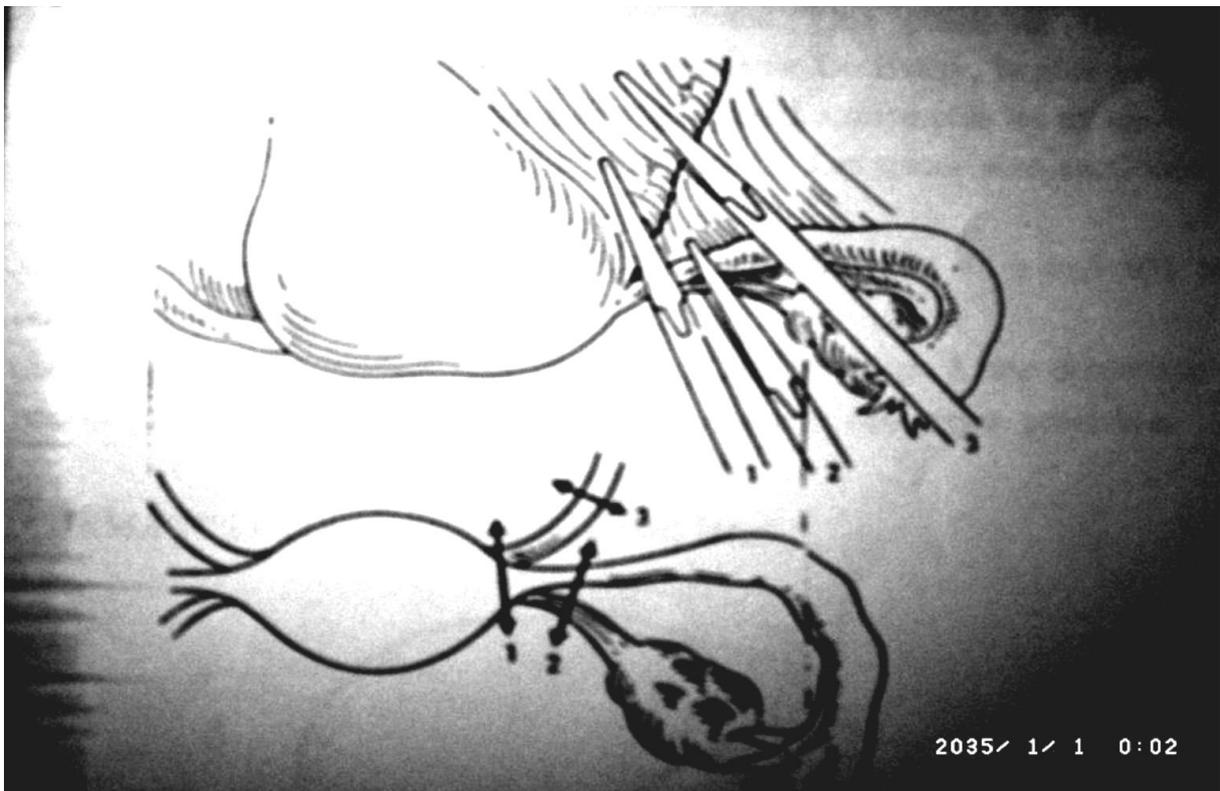
vésico-utérin puis vésico- vaginal peuvent être libérés. Le péritoine vésico-utérin est saisi par une pince à disséquer et les ciseaux, pointe tournée vers l'arrière, refoulent la paroi vésicale, tandis que l'hémostase de petits tractus fibreux est effectuée. Le lambeau péritonéal est suspendu à l'aide d'un fil pour faciliter le reste de la dissection. Une des annexes est saisie par une pince de Duval. Utérus et annexe sont attirés en dedans, l'utérus vers l'avant et l'annexe vers l'arrière. Le péritoine peut être ouvert à partir de la section du ligament rond et la face antérieure du ligament large est dégagée en dessous de la trompe et du pédicule annexiel. Ce dégagement est poursuivi plus ou moins en bas permettant de repérer l'uretère et de le refouler. La ligature du pédicule lombo-ovarien ne pose pas de difficultés si l'ouverture et la libération du péritoine vésico-utérin est bien faite. Le péritoine pelvien est coagulé puis ouvert en pédicule lombo-ovarien qui est sectionné entre deux pinces et ligaturé au vicryl 2/0. La section du feuillet postérieur du péritoine du ligament large est poursuivie jusqu'au contact de l'utérus. Une pince de Kocher longue prend le ligament rond et le pédicule annexiel de chaque côté de l'utérus permettant de supprimer l'hystérolabe.

SCHEMA N° 2: Mise en place des pinces sur le ligament large d'après Lansac J.

1=Pince de Rochester prenant la trompe, le ligament utéro-ovarien et le ligament rond ;

2=Pince de Rochester prenant la trompe et le ligament utéro-ovarien ;

3=Pince de Kocher prenant le ligament rond.



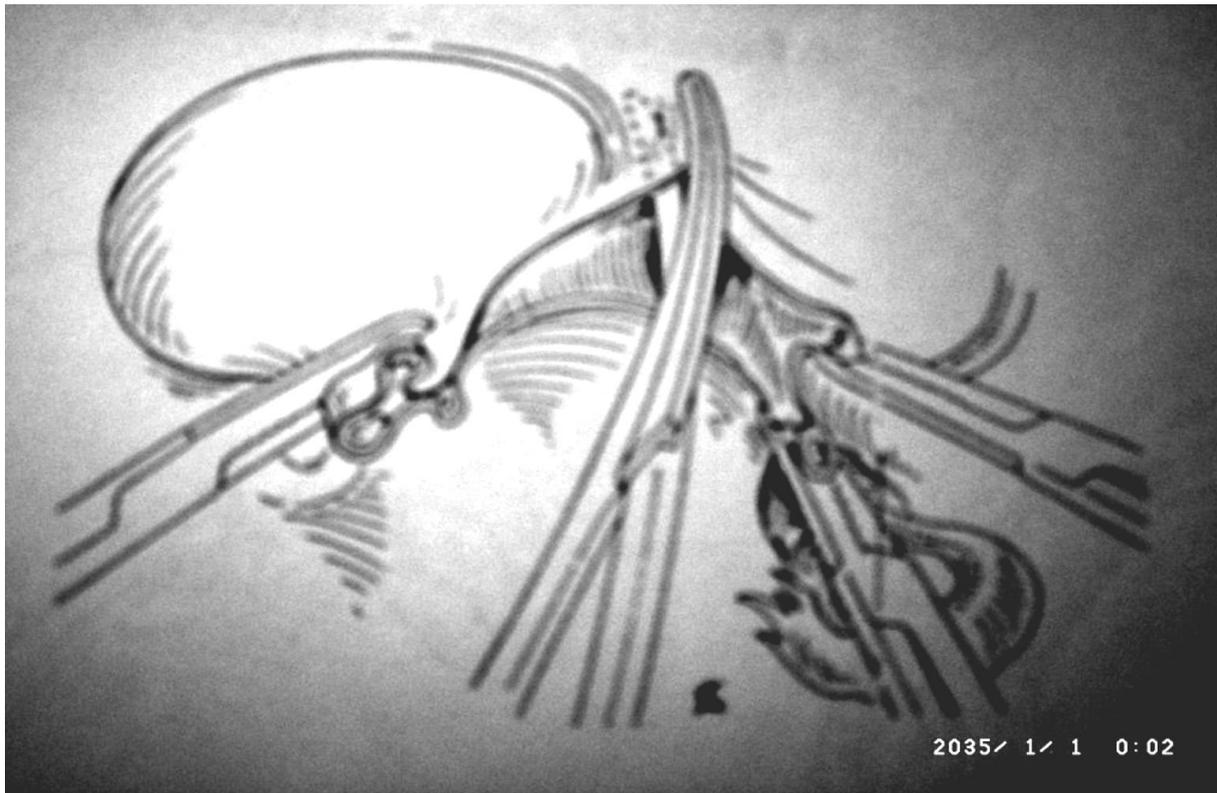
Les faces antérieures de l'utérus et du vagin étant dégagées, latéralement le bord de l'utérus est libéré en effondrant le tissu cellulaire lâche du ligament large; le pédicule utérin peut être lié.

Pour ce faire, le péritoine de la face postérieure du ligament large contre l'utérus est décollé puis sectionné jusqu'au ligament utéro-sacré. Le pédicule utérin est ainsi dégagé en avant et en arrière à la hauteur de l'isthme. Pour lier le pédicule utérin droit, l'utérus est attiré en arrière et à gauche et l'opérateur repère le bord droit de l'utérus. IL place les doigts de sa main gauche en avant de l'isthme,

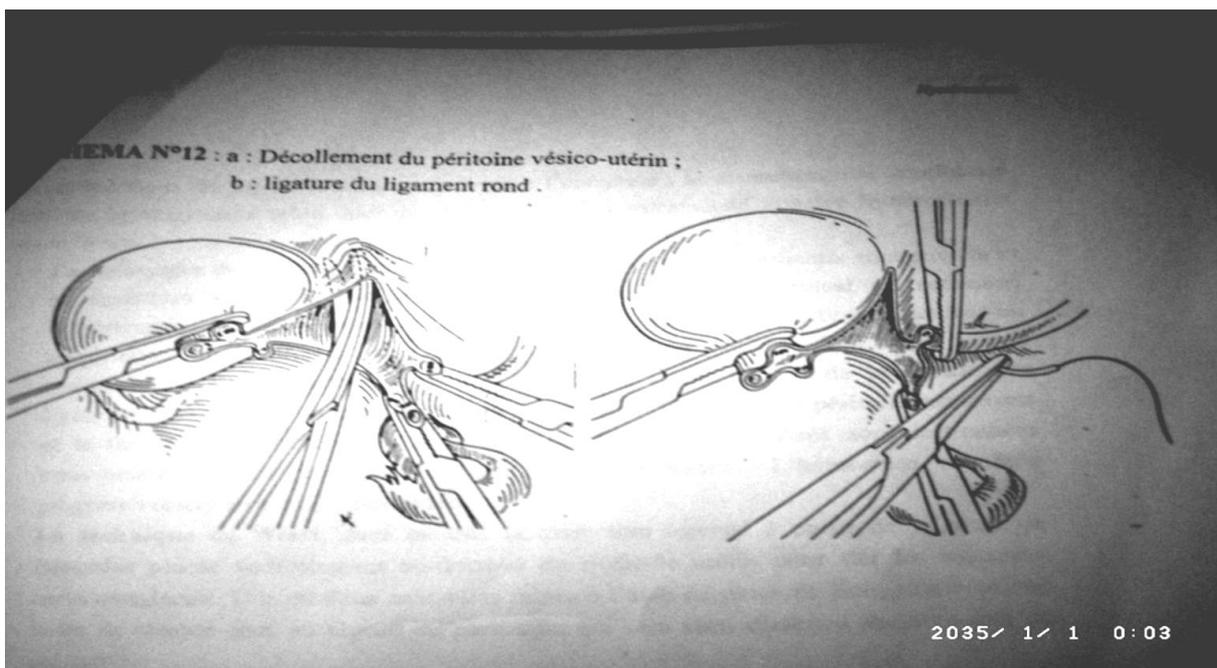
introduit les ciseaux, d'arrière en avant, le long du bord utérin à la hauteur de l'isthme en passant en arrière du pédicule. La pointe de ciseaux dirigée d'abord vers l'utérus puis se retournant pour effondrer en avant le tissu fibreux de la face antérieure sous péritonéale de l'utérus. Deux pinces de Bakey, la plus externe afin de prendre la partie haute des vaisseaux cervico-vaginaux. La mise plus ou moins basse de la pince de Bengoléa conditionne la fin de l'hystérectomie. Les tissus sont sectionnés en dedans de la pince jusqu'à la pointe de celle-ci.

Une ligature appuyée du pédicule utérin est effectuée au vicryl n°1 puis les vaisseaux cervico-vaginaux sont liés au vicryl 2/0. Cette technique de ligature des pédicules utérins oblige à une dissection précise et évite la mise en place de la pince de Jean-Louis Faure sans dissection préalable.

SCHEMA N°3: Ouverture du ligament large: D'après Lansac J.



**SCHEMA N° 4 : a : Décollement du péritoine vésico-utérin ;
b : Ligature du ligament rond. D' après Lansac J.**

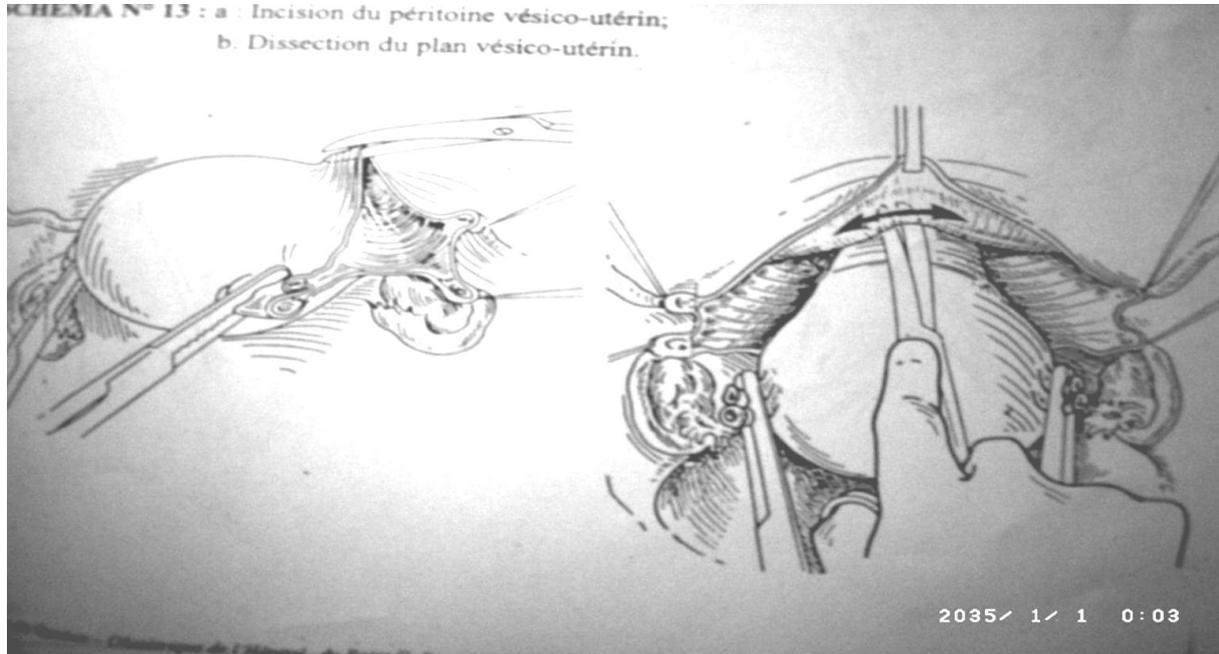


SCHEMA N°5

a:

***Incision du péritoine vésico-utérin ;
du plan vésico-utérin.: D'après Lansac J.***

b : Dissection



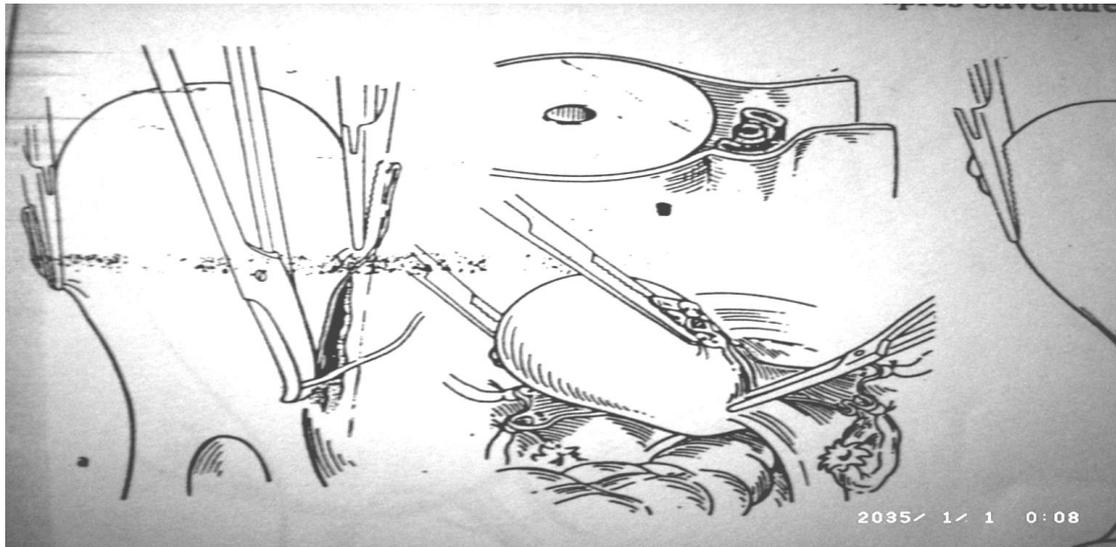
Deux solutions de fin de dissection s'offrent à l'opérateur : la dissection dite intra faciale appelée hystérectomie selon Aldridge et la dissection extra faciale appelée hystérectomie selon Wiart.

- **La technique d'Aldridge**, dans ce cas, les fascias pré et rétro cervicaux sont ouverts et la dissection se fait à l'intérieur de ceux-ci. Le fascia pré cervical est sectionné transversalement aux ciseaux ou bistouri électrique et des sections ligatures ou coagulations sont réalisées jusqu'à la face antérieure du vagin au-delà de la portion recouvrant le col. En arrière, l'attitude dépend de la position et de la densité des ligaments utéro- sacrés. Lorsque ces derniers sont bien visualisés, le péritoine est ouvert et le fascia rétro cervical est sectionné transversalement sur la ligne médiane puis latéralement. L'hémostase est faite progressivement au bistouri électrique.

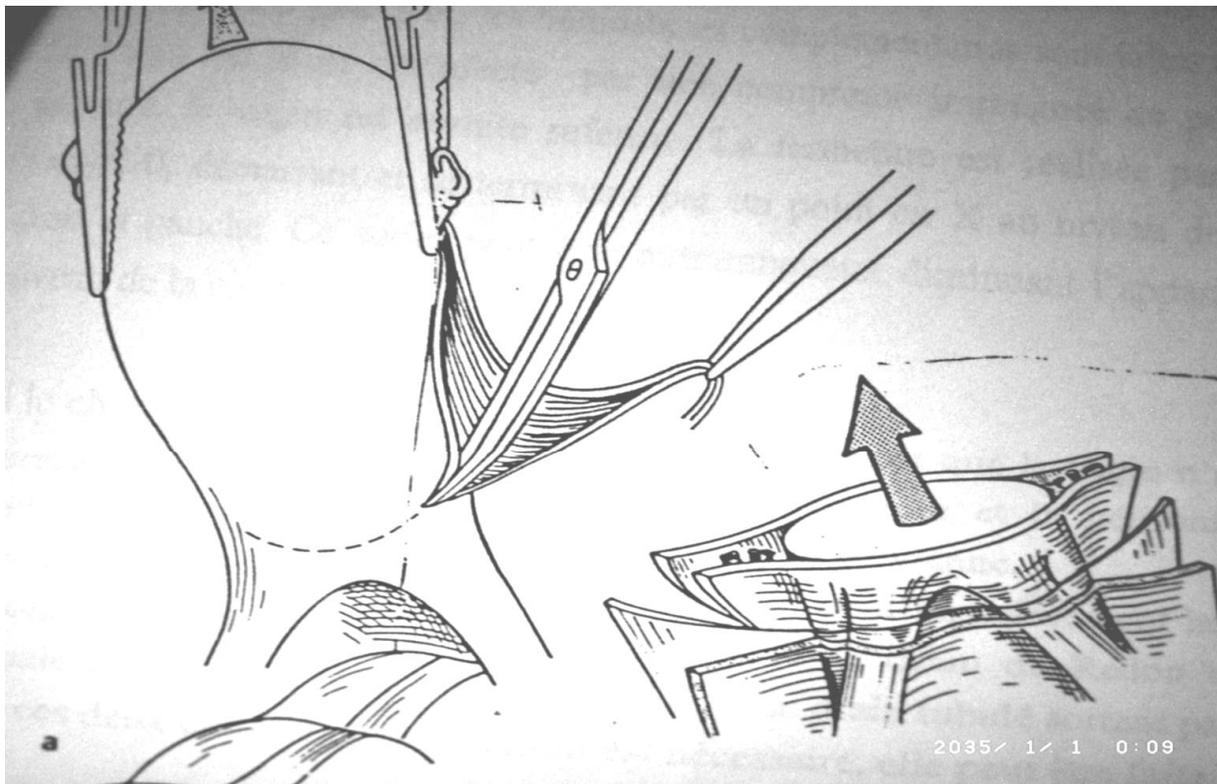
-**La technique de Wiart**, dans ce cas, la dissection reprend à partir de la pince de Bengoléa placée verticalement au-dessous du pédicule utérin pour lier les vaisseaux cervicovaginanux. Une ou deux nouvelles prises à l'aide de pince de

Bengoléa vont être faites de chaque côté, au niveau du para vagin qui sera ainsi disséqué jusqu'au-delà du col utérin.

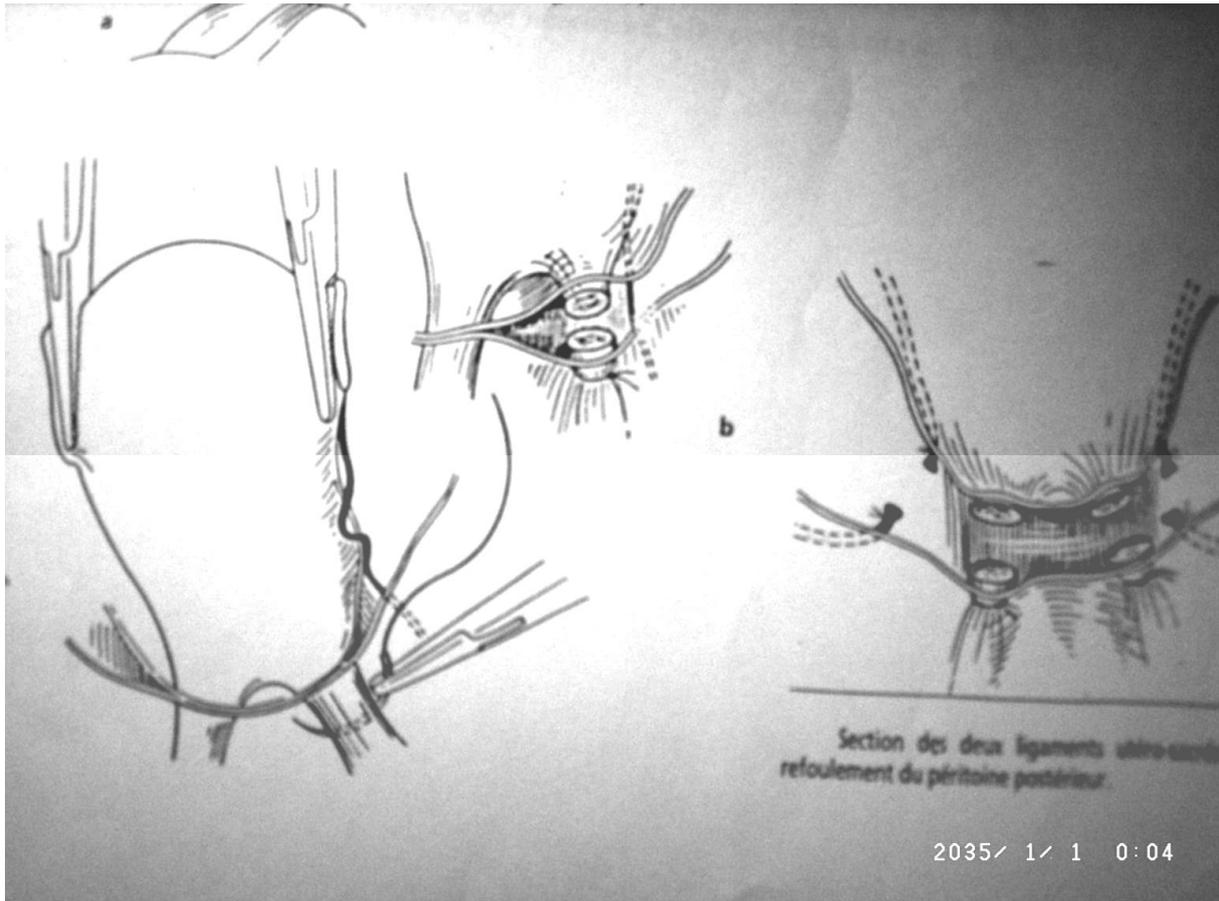
SCHEMA N°6: D'après Lansac J.- *Incision du péritoine postérieur, vue opératoire montrant le dégagement du pédicule ; - Dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large.*



SCHEMA N°7: a, incision du péritoine après mise en tension des utéro-sacrés ; b, ligature du ligament utéro-sacrés droit. D'après Lansac J.



**SCHEMA N°8: Ligature du ligament utéro-sacré d'après Lansac J. a-
Aiguillage utéro-sacré droit,
b- Section et ligature du ligament utéro-sacré droit,
c- Section des deux ligaments utéro-sacrés et refoulement du péritoine
postérieur .**



Après la dissection, le col monte facilement et l'opérateur vérifie, que celle-ci est suffisante, en palpant le col d'avant en arrière à travers les parois vaginales. Le vagin est alors sectionné au bistouri en débutant sur la face antérieure. La tranche vaginale est badigeonnée avec de la polyvidone iodée. Au fur et à mesure de la section, les berges vaginales sont saisies dans les pinces et, les hémostases complémentaires sont faites au bistouri électrique. Le vagin est alors désinfecté par une compresse imprégnée de polyvidone iodée. Très souvent, le vagin est ensuite refermé. La fermeture est réalisée par un surjet unique de

vicryl2/O, démarré et se terminant par un point en X au niveau des tissus para vaginaux droit et gauche. Ce surjet peut être extra muqueux diminuant l'apparition de granulome au niveau de la cicatrice du fond vaginal. Si le champ, après lavage péritonéal, est exsangue et que le vagin n'a pas été ouvert, voire correctement fermé, aucun drainage n'est nécessaire et la péritonisation est inutile. Le sigmoïde est simplement redéposé dans la cavité pelvienne. En cas de lésion septique ou devant la persistance d'un suintement hémorragique diffus, un drainage peut être utile. IL peut s'agir soit d'un drain de Redon couché sur la tranche vaginale et sortant en sous péritonéal ; soit d'un drain tubulé sortant par le vagin. Dans ces deux cas une péritonisation est nécessaire, elle peut être faite au fil résorbable.

SCHEMA N°9:

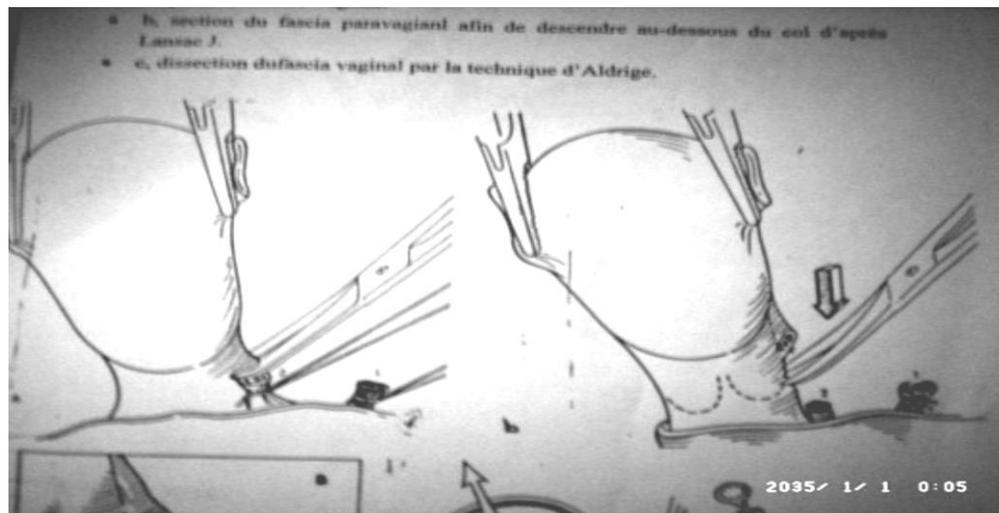
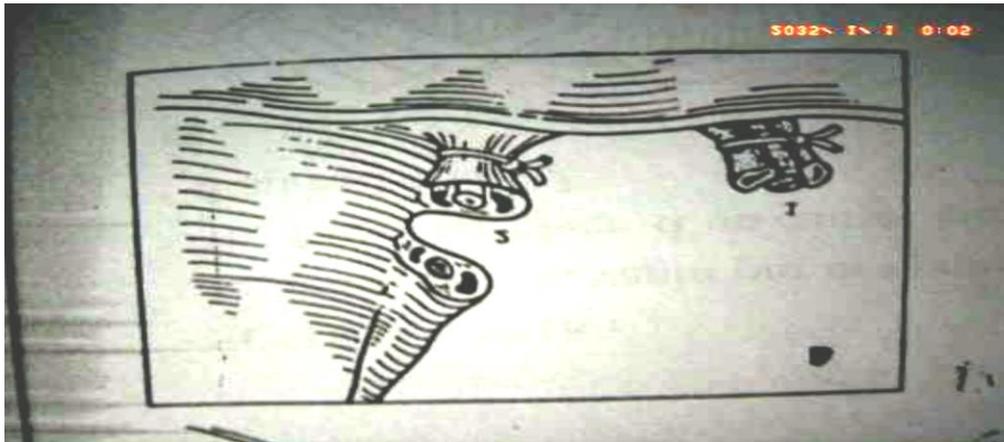
- *section du para vagin et des artères cervico-vaginales:*

**pédicule utérin,*

**pédicule vésico-vaginal ;*

- *section du fascia para vaginal afin de descendre au-dessous du col ;*

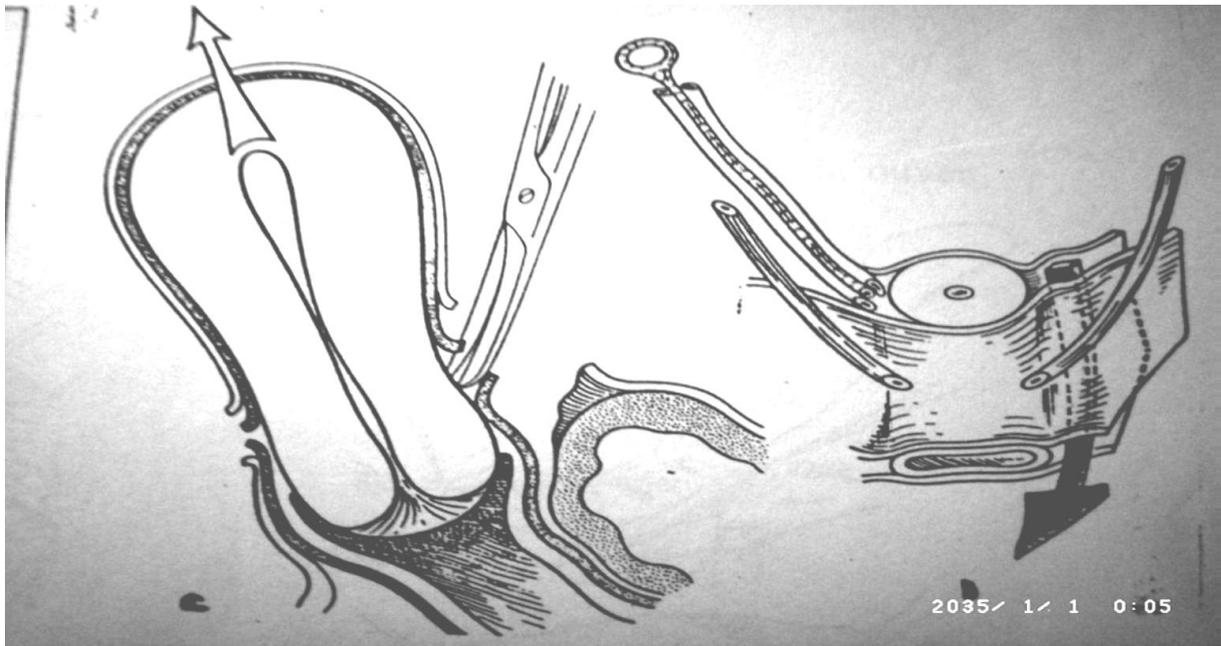
- *dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge .*



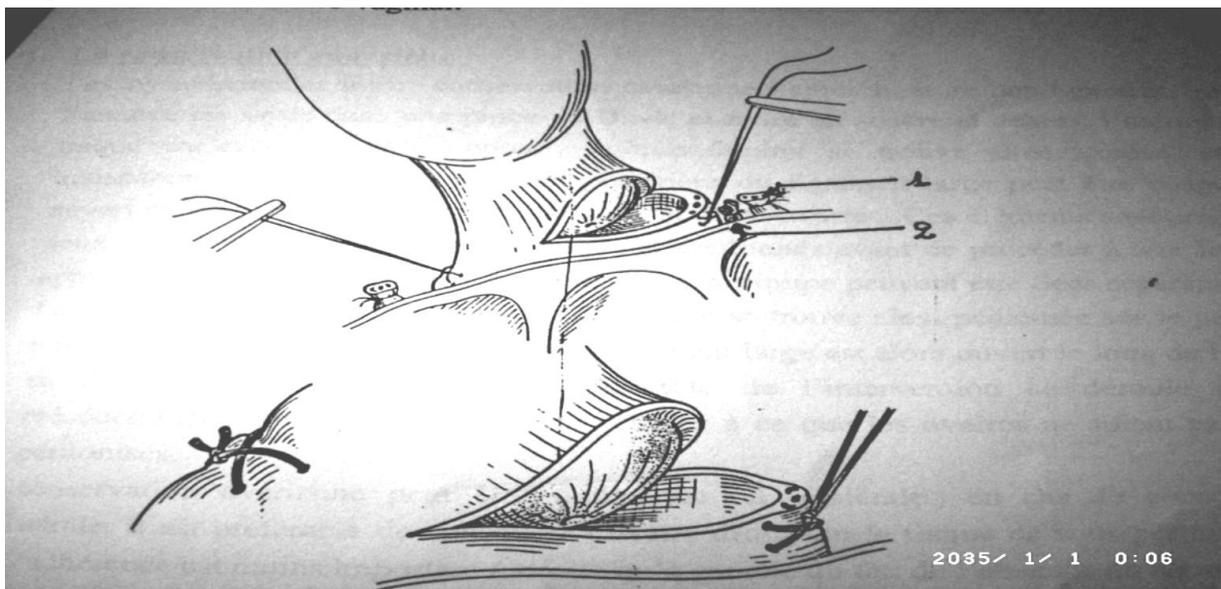
SCHEMA N°10: Dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldrige.

*** coupe sagittale,**

*** La technique d'Aldrige protège l'uretère. Les ciseaux passent dans le plan matérialisé par la flèche. L'uretère est avant, séparé par le fascia ;**

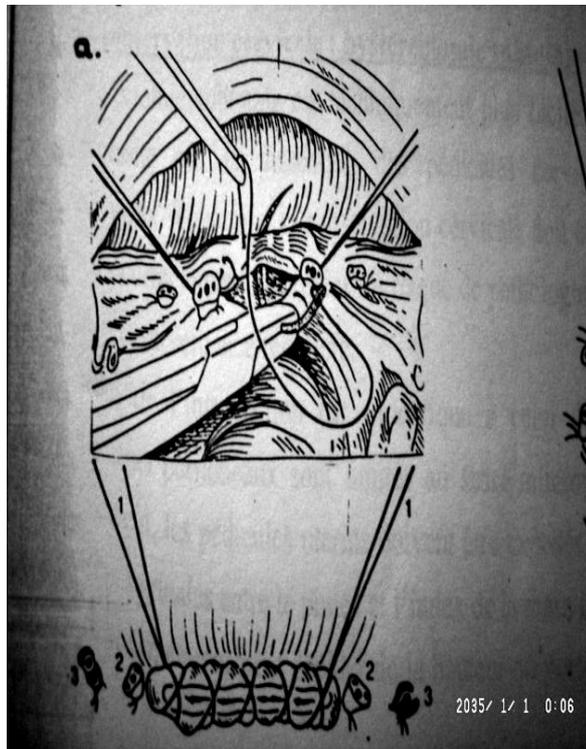


SCHEMA N°11 : * Fermeture du vagin par des points en X prenant la muqueuse ; * Mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert d'après Lansac J.

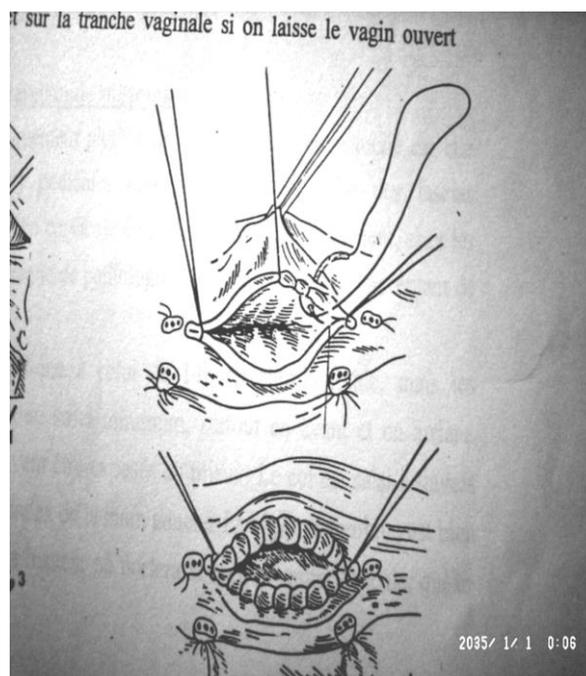


SCHEMA N°12:

- Fermeture du vagin par des points en X prenant la muqueuse.*
- Mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert*



D'après Lansac J.



Les modifications en fonction de l'exérèse VILLET R.

La conservation annexielle :

Les hystérectomies avec conservation ovarienne : après ligature des ligaments ronds, l'annexe est saisie dans une pince de Duval et attiré en arrière et dehors, l'utérus étant traqué en avant du côté opposé ; le mésosalpinx se trouve ainsi exposé, et par transparence le péritoine du feuillet postérieur du ligament large peut être coagulé et ouvert en dessous du pédicule et du ligament utéro-ovarien. Ces éléments sont pris entre deux pinces de Bengoléa contre l'utérus et sectionnés avant de procéder à leur ligature appuyée. Dans certains cas l'artère tubaire et la trompe peuvent être liées séparément de l'artère et du ligament utéro-ovarien. L'annexe se trouve ainsi pédiculée sur le pédicule lombo-ovarien, le feuillet postérieur du ligament large est alors ouvert le long de l'utérus en dehors des vaisseaux utérins.

Le reste de l'intervention se déroule comme précédemment. En fin d'intervention, veillez à ce que les ovaires ne soient pas sous-péritonisés.

La conservation ovarienne peut être unilatérale ou bilatérale ; en cas de conservation unilatérale, il est préférable de conserver l'ovaire droit car le risque de sous péritonisation ou d'adhérence est moins important à droite qu'à gauche du fait de l'absence du sigmoïde.

Exceptionnellement, on peut effectuer une conservation ovarienne sans conservation tubaire. Dans ce cas, l'exérèse de la trompe malade avec conservation de l'ovaire sous-jacent doit être faite de façon très méticuleuse pour préserver au mieux la vascularisation ovarienne. La trompe est saisie avec une pince de Duval, le plus près possible du pavillon et traction douce permet d'exposer au mieux les deux faces du mésosalpinx. Le péritoine est ouvert et on lie successivement de dehors en dedans les rameaux vasculaires de l'arcade infra tubaire. Le péritoine peut être fermé par un surjet de vicryl 4/0 enfouissant les moignons vasculaires.

E. TECHNIQUE DE L'HYSTERECTOMIE PAR VOIE VAGINALE :

Les difficultés propres à la description d'une hystérectomie vaginale type proviennent de l'absence de distinction dans la littérature entre hystérectomie vaginale simple et hystérectomie vaginale pour prolapsus. Plusieurs questions se posent ainsi : l'injection des vasoconstricteurs en début d'intervention est affaire d'habitudes personnelles mais n'est pas indispensable.

L'hystérectomie vaginale est basée sur la présentation successive des éléments anatomiques abordés de bas en haut, à l'envers de la voie abdominale. Seul un travail d'équipe reposant sur les valves manipulées par les aides permet alors d'aborder chacune de ces structures, chaque étape permettant la descente progressive de l'utérus, et d'aborder le temps suivant. Nous retiendrons donc pour principe l'hystérectomie d'écrite par DARGENT répandue en France depuis plus de 20 ans. De même les hémostases sont plus accessibles au passe-fil de DESCHAMPS que par les pinces hémostatiques classiques. On ne pourra envisager qu'en cas de prolapsus les techniques de bascule première de l'utérus avant même section des ligaments suspenseurs, suivies d'une hémostase de haut en bas. L'abord premier du cul de sac de Douglas plus souvent accessible en cas d'utérus encore haut, la dissection vers le Douglas ne sera pas gênée par d'éventuel saignement provenant de l'incision antérieure.

1 -Description type : hystérectomie avec conservation ovarienne pour utérus de petit volume

****Abord du cul de sac vésico-utérin :** Le col est fortement saisi et attiré vers le bas par deux pinces de MUSEUX placées sur les deux lèvres antérieure et postérieure. Les valves de Breisky étroites sont disposées latéralement et une valve Mangiagalli en avant. L'incision du vagin est réalisée transversalement au col, en gueule de poisson, suffisamment profonde (5 à 10 mm) et latéralement par deux incisures superficielles Cette incision se fait 1 à 2 cm au-dessus du col, classiquement dans le "sillon de la vessie", la limite pouvant être précisée en

recherchant la zone de démarcation entre le vagin lisse et strié ou par la palpation d'un ressaut grâce au manche du bistouri.

- On réalise ensuite une section des fibres de la cloison supra-vaginale entre l'isthme et la face postérieure de la vessie, suivie d'un clivage au doigt lorsqu'on atteint l'espace vésico-utérin. Ces fibres de la cloison supra- vaginale présentent un aspect grisâtre, vasculaire et crissent sous les ciseaux. Elles sont coupées aux ciseaux courbes, concavité dirigée vers l'utérus sur la ligne médiane. L'accès au septum est acquis dès que les fibres sont remplacées par un tissu aréolaire. Sous couvert d'une valve antérieure qui refoule la vessie, on écarte les piliers de la vessie au doigt afin d'éloigner les uretères. Le cul de sac péritonéal antérieur en U peut être alors ouvert s'il est facilement retrouvé.

**** Abord du cul de sac de Douglas :** Le col, fortement saisi, est attiré vers le haut, par les deux pinces de Museux. Les valves de Breisky disposées latéralement et une valve de Mangiagalli en arrière. L'incision vaginale postérieure est réalisée transversalement et franche.

Une traction du vagin vers le bas permet la dissection de la face postérieure du col qui, réalisée ni trop près de l'utérus (ce risque de poser un problème hémorragique) ni trop loin (ce qui risquerait d'entraîner une plaie rectale), permet d'accéder au cul de sac de Douglas. Après incision du col, on a pris la précaution de replacer le mors de pince postérieure sur la berge de l'incision, ce qui améliore la qualité de la traction.

Le cul de sac de Douglas est incisé transversalement le long du col, l'ouverture étant agrandie par traction divergente sur les angles jusqu'à permettre le passage de la valve postérieure de Mangiagalli.

*** Ligatures des ligaments suspenseurs:** utéro-sacrés et cardinaux Ce temps est débuté à gauche de la patiente pour un opérateur droitier puis à gauche. Le premier aiguillage est réalisé par le passage au porte - fil de DESCHAMPS juste au-dessous de la boucle de l'artère utérine qui est palpée au doigt, qui est passé

d'avant en arrière, guidé par le doigt postérieur. On adosse la ligature à la paroi vaginale en regard de l'incision vaginale latérale. Le nœud est passé dans la gorge de l'incision vaginale latérale et le fil laissé long, la section des ligaments suspenseurs est réalisée 1cm en aval au bistouri froid.

* **Hémostase des utérines** : Une deuxième aiguillée permet le doublement de la ligature des paramètres, de la partie supérieure du ligament cardinal et de la première ligature de l'artère utérine passée grâce au porte fil de DESCHAMPS. La section des dernières fibres aux ciseaux permet l'abord de l'artère utérine. L'aiguillage de l'artère utérine est réalisé au niveau de sa boucle en appui contre les ligaments suspenseurs, après sa pédiculisation. Les mêmes manœuvres sont répétées en contro - latéral.

***Extériorisation du fond utérin**: Si le cul de sac antérieur n'a pas été déjà ouvert, on réalise alors son ouverture, éventuellement entre deux doigts passés en crochet derrière l'utérus. On saisit les éléments de la corne dans une pince hémostatique avec ligaments ronds, trompe et utero ovariens. Le ligament rond peut être individualisé si l'on souhaite réaliser une annexectomie complémentaire. Un doigt passé en arrière peut être utile pour éloigner l'intestin. On peut alors sectionner en laissant un moignon de sécurité en avant du clamp. L'hystérectomie étant réalisée, on peut examiner les deux annexes qui sont conservées si elles sont saines. La ligature est doublée par une aiguillée transfixiant le moignon en son centre, et laissée longue pour permettre sa fixation aux champs

***Péritonisation** : Une bourse est réalisée débutant à six heures puis suivant le sens des aiguilles d'une montre. Le péritoine est aiguillé en regard des ligaments suspenseurs droit puis de proche en proche, du moignon annexiel droit, de la trompe et du cul de sac vésico-utérin avant de suivre à l'inverse les pédicules gauches. Les pédicules peuvent être extériorisés par la traction douce en cas de

difficultés et l'intestin refoulé par une mèche s'il est gênant. On réalise ensuite le rapprochement des ligaments suspenseurs restés longs sur la ligne médiane.

* **Fermeture vaginale:** Quel que soit sa technique, il est préférable de laisser un pertuis postérieur pour le drainage.

2- Les variantes et difficultés :

2.1 Castration : Il convient de tirer l'annexe par une pince à anneaux, ce qui éloigne les ligaments lombo- ovariens de la paroi et en conséquence de l'uretère. On individualise le ligament rond sur une ligature pariétale laissée longue, puis le ligament lombo ovarien. On peut alors clamber le ligament lombo ovarien qui est seul à ce niveau, et une double ligature est réalisée. En cas d'ovaires très peu accessibles, particulièrement chez la femme âgée, la castration peut être facilitée par l'usage du lasso endoscopique, dont la boucle strangule le lombo ovarien ou d'une pince à agrafe automatique. Enfin les castrations impossibles par voie basse mais indispensables seront terminées par cœlioscopie. Les kystes ovariens de bénignité certaine peuvent être évacués par voie basse pour faciliter l'annexectomie.

2.2 Difficultés d'accès au cul de sac de Douglas : Ces difficultés peuvent s'observer en cas d'endométriose ou de séquelle d'infection ou de chirurgie pelvienne. La recherche du Douglas étant infructueuse après dissection de 3 à 4 cm à la base postérieure d'isthme et du corps utérin, on peut toujours réaliser la ligature des ligaments suspenseurs, et l'ouverture du Douglas.

La recherche du cul de sac de Douglas est alors reprise après section de ces ligaments. Une incision supplémentaire vaginale verticale médiane postérieure peut également être réalisée afin de s'éloigner de l'utérus et de bénéficier d'un jour meilleur. En cas des difficultés persistantes, on peut également réaliser l'hémostase des utérines, voire même débiter une hémisection antérieure ou mieux un évidement sous - séreux sans voir le Douglas qui sera alors ouvert à la faveur de la descente utérine provoquée par ces manœuvres.

2.3 Difficultés d'accès au cul de sac vésico-utérin : Plus rares, elles sont l'effet des cicatrices de césarienne. En cas de difficulté, le cul de sac péritonéal, parfois haut situé, sera atteint après bascule postérieure de l'utérus par les doigts recourbés en crochet au-delà du fond utérin.

2.4 Difficultés d'accès au fond utérin : Observées en cas de volume utérin plus important faisant obstacle du fait d'un accès vaginal insuffisant. Nous décrivons successivement 5 procédés susceptibles de permettre sa réduction : L'évidement sous-séreux: il s'agit du procédé de LASH, récemment remis à l'honneur par KOVAC (11) et QUERLEU.

Sa technique consiste à inciser circulairement sur une profondeur de 5 mm de l'isthme utérin permettant ainsi d'accéder à un plan séparant la couche plus externe du myomètre de la surface séreuse de la masse utérine. Cette dernière est alors progressivement extraite du pelvis sans léser la couche externe et donc sans danger annexiel ou viscéral. Amorcée au bistouri froid, l'incision est poursuivie aux ciseaux droits forts circonférentiellement et sous la protection de 4 valves situées aux 4 points cardinaux. Ce plan totalement exsangue, toujours bien défini est présenté aux ciseaux par une forte traction sur le col. La masse descend progressivement jusqu'au point où le fond utérin bascule spontanément, ce qui survient souvent avant que l'évidement ne soit complet. Cette méthode a l'avantage de ne pas ouvrir la cavité utérine et de protéger la surface séreuse du fond utérin dont le chirurgien ne sait pas encore si elle est libre d'adhérences. Elle peut également être conduite même si un des culs de sac péritonéaux n'est pas ouvert.

-L'hémisection: les pinces de traction cervicale étant placées à 3 heures et à 9 heures, les ciseaux droits forts pratiquent une section sagittale du col puis du corps utérin. Il convient de rester strictement sur la ligne médiane pour être exsangue sous la protection des valves antérieure et postérieure placées dans les culs de sacs péritonéaux. Si le fond bascule avant l'hémisection complète, la

technique type peut reprendre. Dans le cas contraire, le geste de clampage des pédicules annexiels ou de castration d'emblée est pratiqué sur un demi-utérus extériorisé, l'autre étant refoulé dans le pelvis et traité après la première hémihystérectomie.

-L'amputation du col : Elle a pour principe de favoriser la bascule du fond utérin pratiquée après l'hémostase du para-cervix et des utérines. Le col est amputé transversalement et l'isthme repris par les pinces.

- La myomectomie première Morcellement: les myomes sont alors clivés en quartiers d'orange jusqu'à ce que le volume du myome soit réduit et accessible.

2.5 L'épisiotomie : Elle a son utilité toutes les fois que l'étroitesse du vagin pose un problème technique. Cette épisiotomie peut être réalisée d'emblée quand on pressent que les temps initiaux seront difficiles. Elle peut être faite également au moment de l'extériorisation de la pièce. La technique est à moduler en fonction des conditions anatomiques. Si le vagin est étroit sur toute sa hauteur, ce qui est le cas le plus souvent, on a recours à l'épisiotomie médio-latérale. Si le vagin est rétréci dans son tiers inférieur uniquement, ce qui le plus souvent est la conséquence de la cicatrisation vicieuse d'une déchirure obstétricale ou de la réparation incorrecte d'une insuffisance périnéale, on conseille plutôt l'épisiotomie médiane. La bride vestibulaire est tendue entre l'index et le médius de la gauche courbé en crochet et écartés l'un de l'autre, on coupe, sur la ligne médiane, au bistouri, le revêtement cutané et le bloc cicatriciel sous-jacent. La suture de l'épisiotomie se fait en fin d'intervention.

2.6 Adhérences pelviennes : Seules les adhérences accessibles peuvent être traitées sans danger. Un évidement sous séreux peut permettre d'extérioriser la surface séreuse sans la léser. Enfin, l'hémisection et morcellement sont possibles à condition de les limiter au segment visible de l'utérus.

2.7 Triple opération périnéale avec hystérectomie : La triple opération périnéale (TOP) avec hystérectomie est l'opération de choix dans le traitement

des formes habituelles du prolapsus génital. Elle comporte trois temps visant chacun à corriger l'une des composantes du prolapsus génital :

-La plastie antérieure ou colporraphie antérieure.

-L'hystérectomie

-La plastie postérieure ou colporraphie postérieure. Contrairement à l'hystérectomie vaginale standard, la triple opération périnéale avec hystérectomie doit sauf contre-indication d'ordre général, être faite sous vasoconstricteur. L'infiltration ne s'impose pas à l'hystérectomie elle-même, mais elle est indispensable pour les plasties.

2.8 L'assistance cœlioscopique à l'hystérectomie vaginale :

Trois circonstances peuvent être envisagées :

-**cœlioscopie diagnostique simple**: réalisée en début d'intervention pour le diagnostic d'une masse annexielle, la vérification de l'absence des adhérences pelviennes ou la vacuité du cul de sac de Douglas.

- **L'hystérectomie cœlio-vaginale**: cette technique associée à la cœlioscopie diagnostique première le traitement per cœlioscopique des difficultés gênantes, voire rendant impossible, l'hystérectomie vaginale simple.

- **La cœlioscopie de recours**: permet une éventuelle vérification de l'hémostase du pédicule lombo-ovarien à la fin de l'hystérectomie vaginale ou une éventuelle castration après fermeture vaginale.

F- INDICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE :

1. Les indications obstétricales :

****La rupture utérine**

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète.

Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus. Urgence obstétricale des plus graves, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiée. Dans les pays en voie de développement et dans les pays Africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio sanitaire. La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées : emploi des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologique le plus fréquent en Europe. Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le traitement du choc hypovolémique et par celui de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale.

Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention :

Les indications de l'hystérectomie sont: la rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue accompagné de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée.

C'est l'opération de sécurité. L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (les ovaires laissés en place). La suture utérine : Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit

pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions de voisinage. Intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle.

****L'hématome retro-placentaire:** Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser. La cause de l'hématome retro-placentaire n'est pas connue avec précision. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, en fait la diminution de la fréquence de la toxémie gravidique ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'H R P et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'H R P. Nous distinguons diverses formes cliniques de l'H R P, les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta prævia.

Les formes qui débutent par une hémorragie extragenitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématémèse. Les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement. Les formes moyennes : fréquentes, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué. Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta. Les formes traumatiques : versions par manœuvres externes ou accidents, les plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

- Troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par définition moins rares, redoutables par elles-mêmes et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elles entraînent.
- La nécrose corticale du rein : sur le plan hemo-vasculaire on assiste à une forte coagulation du sang, localisé dans la zone utéro-placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives. Thrombophlébites des suites de couches. En présence de l'HRP il faut : Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide. Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite. Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant. L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications : en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

**** Placenta accreta, per crêta ou incrêta.**

2. Les indications gynécologiques :

**** Les lésions bénignes :** Les fibromes utérins, l'endométriose, prolapsus utérin, tumeur de l'ovaire, métrorragies rebelles, GEU cervicale en cas d'échec d'hémostase,

**** Les lésions malignes :** Cancer du corps, cancer de l'ovaire ou des trompes, cancer du col de l'utérus

**** Les prolapsus génitaux**

G. SUITES OPERATOIRES ET COMPLICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE :

Après une hystérectomie programmée, les suites opératoires sont simples en général. Cependant, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir.

1. Les complications per opératoires :

1.1. Les hémorragies : doivent être appréciées par l'anesthésiste et l'opérateur par la mesure du volume aspiré et le pesage systématique des compresses. Une étude faite sur 340 hystérectomies au CHU de Tours note 2.4% d'hémorragie, Rème en rapporte 3.7%. La transfusion en per opératoire sera décidée en fonction du taux de l'hémoglobine de départ.

1.2. Les complications urologiques :

- **Les plaies vésicales** représentent 1 à 3% des hystérectomies. Elles doivent être suturées immédiatement en deux plans au vicryl 3 /0 serti. En cas de doute, il faut faire injecter du bleu de méthylène dans la vessie par la sonde de Foley. La sonde vésicale est laissée 6 à 8 jours.

- **Les blessures urétérales** sont rares. Elles se voient en deux endroits, au niveau de la ligature des ligaments lombo-ovariens et au niveau de la ligature des artères utérines. L'essentiel devant une plaie urétérale est de s'en apercevoir. Le champ est en général envahi par les urines, facile à reconnaître. L'uretère blessé devient flasque, et ne répète 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 urétérale et repérer l'uretère plus facilement ou faire injecter en intraveineuse de l'indigo carmin qui colore rapidement la fuite. En cas de ligature, il faut bien examiner l'uretère. Une zone contuse ou ischémie doit être réséquée. En cas de section, 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. Si la réparation immédiate s'avère trop difficile ou trop risquée, il est préférable de réaliser une dérivation provisoire par urétérostomie cutanée. Une plaie réparée n'est rien, la méconnaître est grave. Il ne faut pas hésiter en cas de besoin de demander aide à un collègue urologue.

2- Les complications postopératoires :

2.1- Eviscération vaginale : exceptionnelle

2.2- Fistules vésico-vaginales : pouvant survenir en cas de plaie vésicale passée inaperçue.

2.3-Douleurs pelviennes : Rappelons que 20 % des hystérectomies réalisées pour algies pelviennes d'origine supposée gynécologique s'avèrent inefficaces sur la douleur.

2.4-Troubles statiques : A type de rectocèle ou surtout d'élytrocèle (jusqu'à 8.5 % : FERAZE. Pathologies vaginales à type de raccourcissement vaginal : coït douloureux, sécheresse vaginale.

2.5-Complications de la transfusion sanguine : Bien qu'elles ne puissent être attribuées directement à l'acte opératoire, elles font partie des complications liées à l'hystérectomie quand celle-ci entraîne le recours à une compensation transfusionnelle des pertes. Il n'en demeure pas moins un taux très faible des complications, en particulier les contaminations virales à révélation tardive (hépatites B et C, SIDA ...). Elles représentent 5% environ si on exclut les infections urinaires.

2.6-Les complications infectieuses :

****Les complications 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'opération.

**** Les abcès des parois :** Représentent 6à7, 8% des complications

(De Meeus). Le risque augmente avec la durée de l'intervention (RR= 1.25 si la paroi fait plus de 30mm d'épaisseur), mais diminue si on utilise une antibioprophylaxie (Shapiro). Là encore la prévention reste une asepsie et hémostase correcte.

****L'hématome profond infecté** : Il s'agit d'un hématome qui se constitue au niveau de la cicatrice vaginale, sous la péritonisation qui s'infecte. Cette complication se rencontre dans 1,4% des hystérectomies. L'hématome infecté se manifeste par la fièvre au quatrième cinquième jour de l'intervention à 38.5ou39°C avec des décharges. Cette fièvre s'accompagne de douleurs pelviennes associées parfois à des signes rectaux type ténésme, épreintes. Au toucher vaginal, il existe une masse située au-dessus du vagin, douloureuse ; on la sent mieux au toucher rectal. L'échographie pelvienne montre une collection de liquide épais échogène. Le traitement est simple. Il se fait sous anesthésie générale et consiste à ouvrir avec le doigt ou la pointe du ciseau, la cicatrice vaginale.

Il s'écoule du pus franc que l'on prélèvera pour un examen bactériologique. Les logettes de l'abcès sont effondrées avec le doigt et la cavité lavée avec du sérum bétadiné

2.7. Les complications hémorragiques :

2.7.1- Les hématomes pariétaux : Sont les complications les plus fréquentes dans les incisions de Pfannenstiel, allant jusqu'à 4% (Rème, 1988). L'héparinothérapie n'a aucune influence sur la survenue de ces hématomes.

Une reprise n'est nécessaire que si leur volume est important (supérieur à 6 cm³). Ils favorisent l'apparition d'abcès de parois.

2.7. 2- Les hémorragies vaginales : Sont rares (0.9%). Elles cèdent en général au tamponnement vaginal. 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 s'est invaginée

dans la cavité vaginale sous le nœud. L'importance du saignement est appréciée par le dosage de l'hémoglobine.

Le plus souvent un traitement martial suffit. La transfusion n'est nécessaire que pour des taux d'hémoglobines inférieurs à 7g /dl non supportés. Le taux de transfusion est de l'ordre de 10% (Rème, 1988).

2.8-Les complications thromboemboliques : Elles sont rares (moins de 1% et 0.2% pour les embolies, Dicher) si on met les patients à risque sous héparine de bas poids moléculaire.

3- La paralysie du nerf crural : Elle est due à une compression du nerf crural par les valves trop longues ou à un hématome du psoas survenant après traitement anticoagulant. La paralysie régresse en général spontanément en quelques semaines (moins d'un mois dans la moitié des cas). Un traitement physiothérapique (électrocoagulation) peut raccourcir le délai d'évolution.

IV –METHODOLOGIE :

1- Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du centre hospitalier mère-enfant « Le Luxembourg » sise en commune IV du district de Bamako.

1-1. Présentation de la Commune IV du District De Bamako

La commune IV est limitée à l'Est par la commune III, au Sud par la rive gauche du fleuve Niger, au Nord et à l'Ouest par le cercle de Kati. Elle couvre une superficie de **37,68 km²** et une population de **300085 habitants (RGPH 2009)** soit une densité de **7964 habitants** par km². Elle comporte 8 quartiers : Taliko, Lassa, Sibiribougou, Sebenikoro, Djicoroni-para, Hamdallaye, Lafiabougou, Kalabambougou.

1-2. Présentation du centre hospitalier mère-enfant le Luxembourg :

Le CHUME a été inauguré le 24 Novembre 1998.

IL appartient à la Fondation Pour l'Enfance (F.P.E).

C'est un Hôpital privé de 2^{ème} niveau selon la loi hospitalière, à but non lucratif et reconnu d'utilité publique par le décret numéro **93-271 PRM du 6 Août 1993**. Le CHUME est un hôpital de 2^{ème} référence ouvert aux malades référés par les CSCOM mais aussi par les structures de 3^{ème} niveau pour les cas nécessitant une intervention spécialisée à vocation humanitaire.

A ce titre, il assure quatre missions principales :

- *Assurer le diagnostic et le traitement des patients, en particulier les femmes et les enfants;
- *Assurer la prise en charge des cas référés et des urgences;
- *Assurer la formation continue du personnel;
- *Conduire les travaux de recherche des étudiants dans le domaine de la santé.

1-2-1. Ressources :

1-2-1-1. Les infrastructures

Le CHME est composé de 7 bâtiments :

1. Bureau des entrées, Direction et le magasin
2. Bloc opératoire, urgences, réanimation, les consultations, la maternité
3. Les hospitalisations (Médecine, Pédiatrie, Néonatalogie, Chirurgie, Gynéco, et la cardiologie)
4. Pharmacie Hospitalière
5. La télémédecine
6. Services de soutien (magasin, cuisine et la buanderie)
7. Bloc de chirurgie cardiaque, Imagerie, laboratoire, Salle de conférence.

1-2-1-2. Les ressources humaines

1-3-4 Fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique

Les consultations prénatales sont assurées tous les jours ouvrables par les sages-femmes au niveau de l'unité CPN.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours par les sages-femmes.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales et néonatales.

Les interventions chirurgicales programmées sont réalisées les lundis, les jeudis et les vendredis. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient les jours ouvrables à partir de huit heures et trente minutes pour discuter de la prise en charge des activités et des événements de la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou d'autres gynécologues-obstétriciens, souvent les D.E.S en gynécologie-obstétrique.

Les ambulances assurent la liaison entre le service et les CSCOM, les autres centres de santé de référence, les CHU du Gabriel Touré, du Point G, l'hôpital du Mali.

2- Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive s'étendant sur une période de 24mois allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016.

3- Population d'étude :

Notre population d'étude regroupait toutes les patientes quels que soient la provenance, le statut matrimonial, le mode de suivi, admises dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUME « le Luxembourg » et qui ont subi une hystérectomie pendant la période de l'étude.

4-Echantillonnage :

Critère d'inclusion :

Toutes les patientes qui ont subi une hystérectomie obstétricale ou gynécologique dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUME « le Luxembourg » pendant la période de l'étude.

Critère de non inclusion :

- Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie et d'obstétrique du CHUME « le Luxembourg ».
- Toutes interventions différentes d'une hystérectomie dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUME « le Luxembourg ».

5- Déroulement de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUME « le Luxembourg » du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016 et l'enquête a été réalisée par nous-mêmes.

6- Collecte des données :

Un questionnaire a servi de support à la collecte ; les éléments du questionnaire étaient relatifs au profil socio démographique des patientes, aux données de l'examen clinique, des examens para cliniques et des suites opératoires.

Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes, par l'interview des patientes, le registre de compte rendu opératoire, le registre d'accouchement et celui de l'hospitalisation.

-Aspects éthiques : l'étude a été réalisée après l'obtention du consentement éclairé des femmes.

- Variables :

VARIABLES	NATURE	ECHELLE DE MESURE	TECHNIQUE COLLECTE
Age	Quantitative	Année	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative	Année	Lecture
Profession	Qualitative	Année	Lecture
Ethnie	Qualitative	Année	Lecture
Provenance	Qualitative	Année	Lecture
Parité	Quantitative	Année	Lecture
Ménopause	Qualitative	Année	Lecture
Antécédents chirurgicaux	Qualitative	Année	Lecture
Indications	Qualitative	Année	Examen clinique
Complications	Qualitative	Année	Examen clinique
Durée d'hospitalisation	Quantitative	Jours	Lecture

7- Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.1. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2007.

8- Contraintes et limites :

Nous avons été, au cours de notre étude, confrontés à des difficultés telles que, certaines patientes ne reviennent pas après l'hystérectomie.

9- Définitions opératoires

La définition de certains concepts est utile à l'étude de l'hystérectomie, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

L'accouchement : Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.

L'avortement : Il s'agit des produits de conception dont le poids est inférieur à 500g et l'âge de la grossesse inférieur à 28 SA

Naissance vivante : C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché .

Mort-né: On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.

Accouchement par voie basse : Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales.

Venue d'elle-même : Patientes admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

Référée: Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

Evacuée: Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

Age obstétrical élevé: Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans à l'admission

Adolescente: Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 18 ans à l'admission

HTA : La tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou diastolique supérieure ou égal à 90 mm Hg

Primigeste: Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse

Nullipare : aucun accouchement.

Pauci geste : Il s'agit d'une femme qui a fait 2 ou 3 grossesses

Multi geste : Il s'agit d'une femme qui a eu 4 ou 6 grossesses

Grande multi geste: Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 grossesses

Primipare: Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement

Pauci pare : Une femme qui a fait 2 ou 3 accouchements

Multipare : Une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements

Grande multipare : Une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

L'anémie : Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjonctivo-palmo-plantaire, associée ou non à une altération de la pression artérielle avec un taux d'hémoglobine inférieur à 11g / dl

HRP : Le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Placent prævia : C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur.

Placenta accreta : C'est la prolifération du placenta dans le myomètre.

Prolapsus génital : Toute saillie permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci de toute ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum, ou des culs de sac péritonéaux adjacents ainsi que du fond vaginal solidaire

Fibrome utérin : Tumeur bénigne du muscle lisse, arrondie dure, élastique limitée par un pseudo capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est la myomectomie).

Polype : Fibromes endocavitaires pédiculés ou glandulaires dystrophiques localisés de l'endomètre (uniques ou multiples). .

Rupture utérine : Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine

V – RESULTATS :

Elle a concerné toutes les hystérectomies réalisées dans le service de gynéco-obstétrique.

Durant la période de l'étude 90 hystérectomies ont été pratiquées sur 704 interventions chirurgicales soit une fréquence de 12,78%.

La proportion des hystérectomies obstétricales était de 0,069% sur l'ensemble des accouchements(2880). Cette étude nous a permis d'aboutir aux résultats suivants :

Tableau I

Répartition des patientes selon les tranches d'Age

Age	Effectifs	Fréquence
20 - 39 ans	15	16,7%
40 - 59 ans	63	70,0%
>60 ans	12	13,3%
Total	90	100,0%

Les patientes dont l'âge est compris entre 40 à 59 ans étaient les plus représentées soit une fréquence de 70,0%

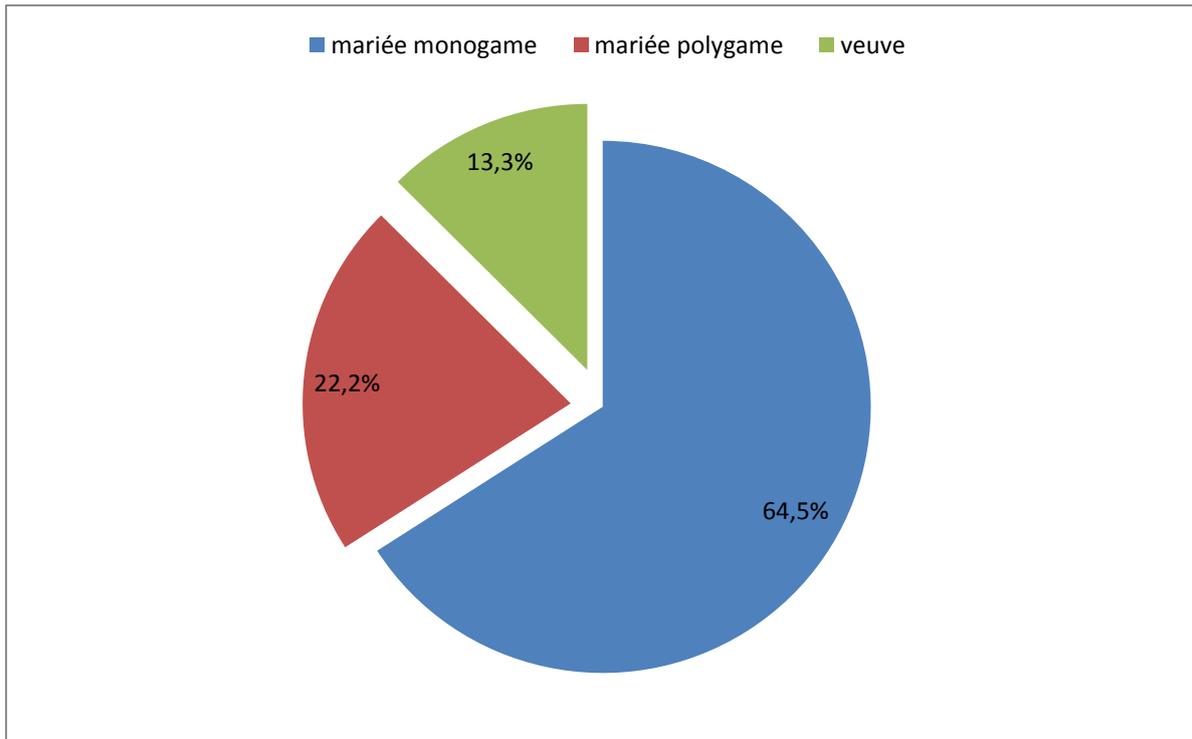


Figure 1: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les femmes mariées ont été les plus représentées soit un taux de 86,7% des cas.

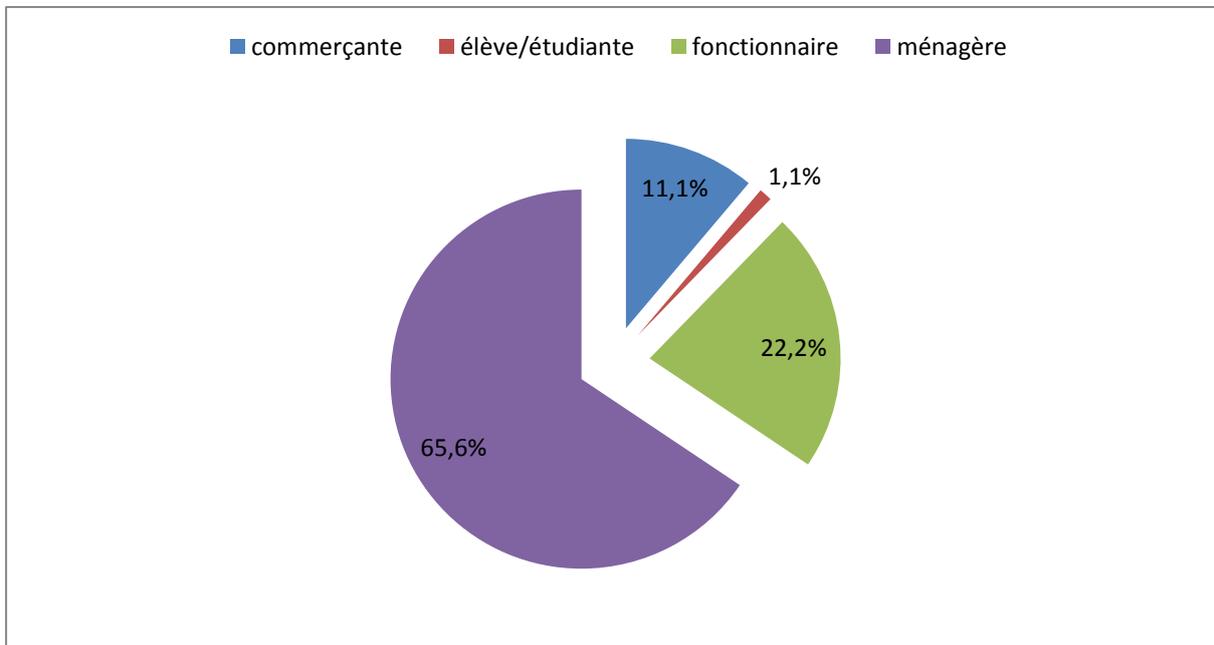


Figure 2: Répartition des patientes selon la Profession

Les ménagères étaient les plus représentées avec 65,6%.

Tableau II
Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectifs	Fréquence
DISTRICT DE BAMAKO		
COMMUNE I	13	14,4%
COMMUNE II	7	7,8%
COMMUNE III	10	11,1%
COMMUNE IV	20	22,2%
COMMUNE V	11	12,2%
COMMUNE VI	17	18,9%
REGION DE KOULIKORO		
KATI	6	6,7%
BANGUINEDA	4	4,4%
OUELESSEBOUGOU	2	2,2%
Total	90	100%

La majorité de nos malades provenait du district de Bamako, soit une fréquence de 86,7%.

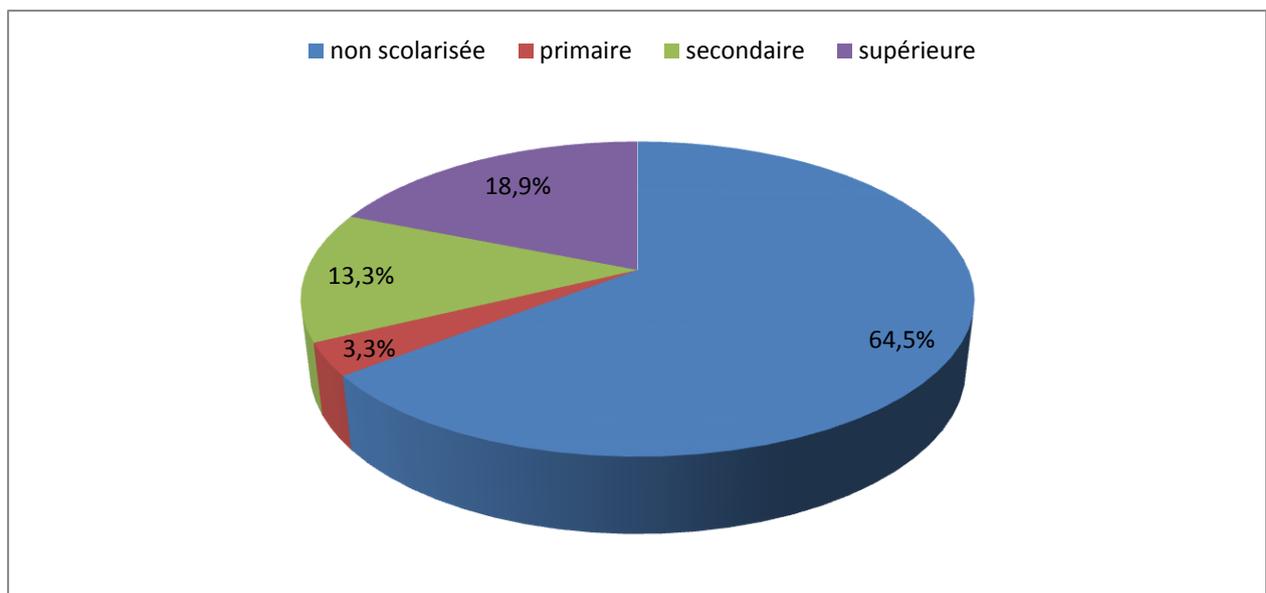


Figure 3: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Les patientes non scolarisées représentaient 64,5%.

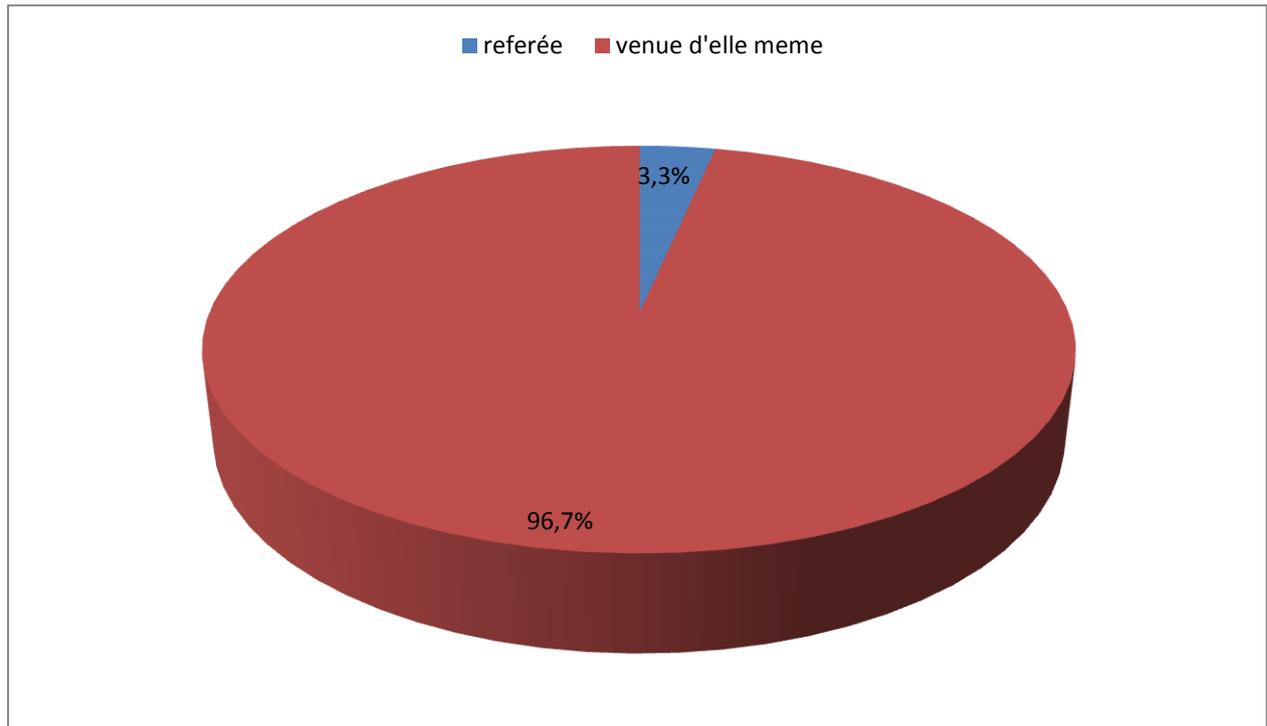


Figure 4: Répartition des patientes selon le mode d'admission

La plupart de nos patientes était venue d'elle-même soit une fréquence de 96,7%.

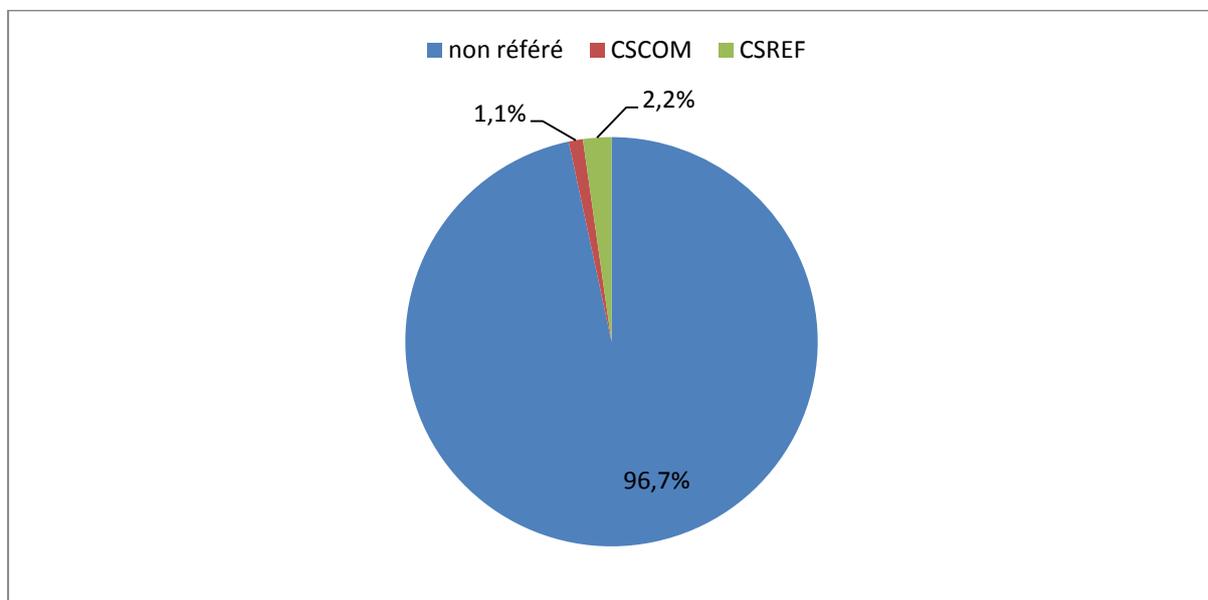


Figure 5: Répartition des patientes selon les structures sanitaires de références

Les patientes référées représentaient 3,3%.

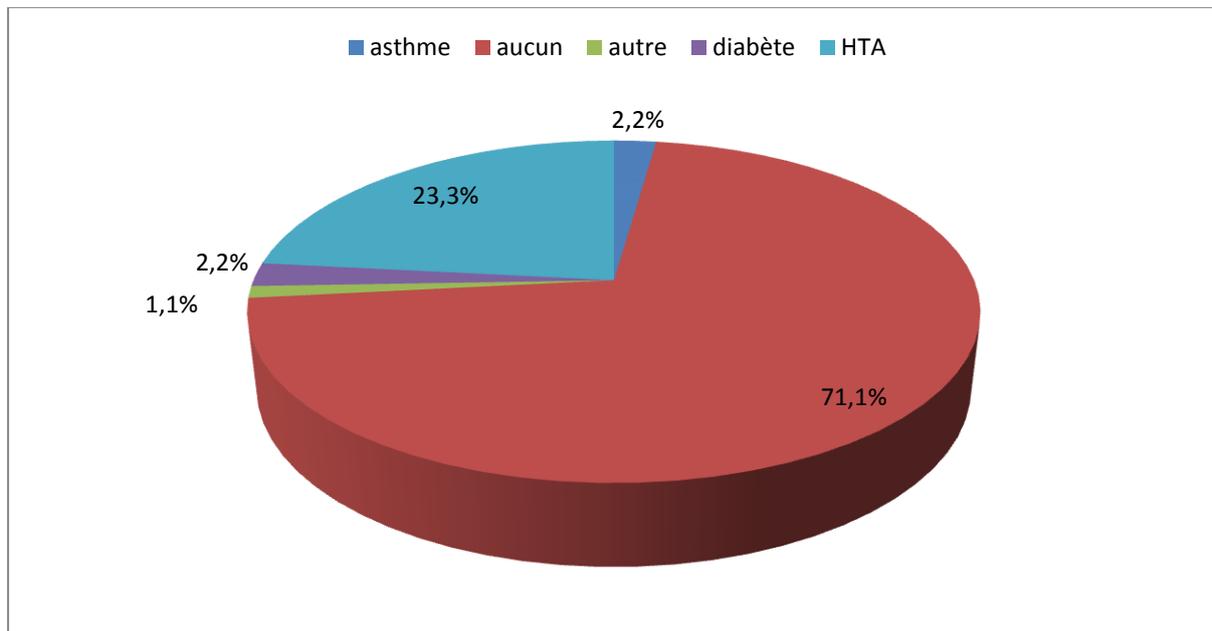


Figure 6: Répartition des patientes selon les ATCD Médicaux :

L'hypertension artérielle était l'ATCD médical le plus représenté avec 23,3%.

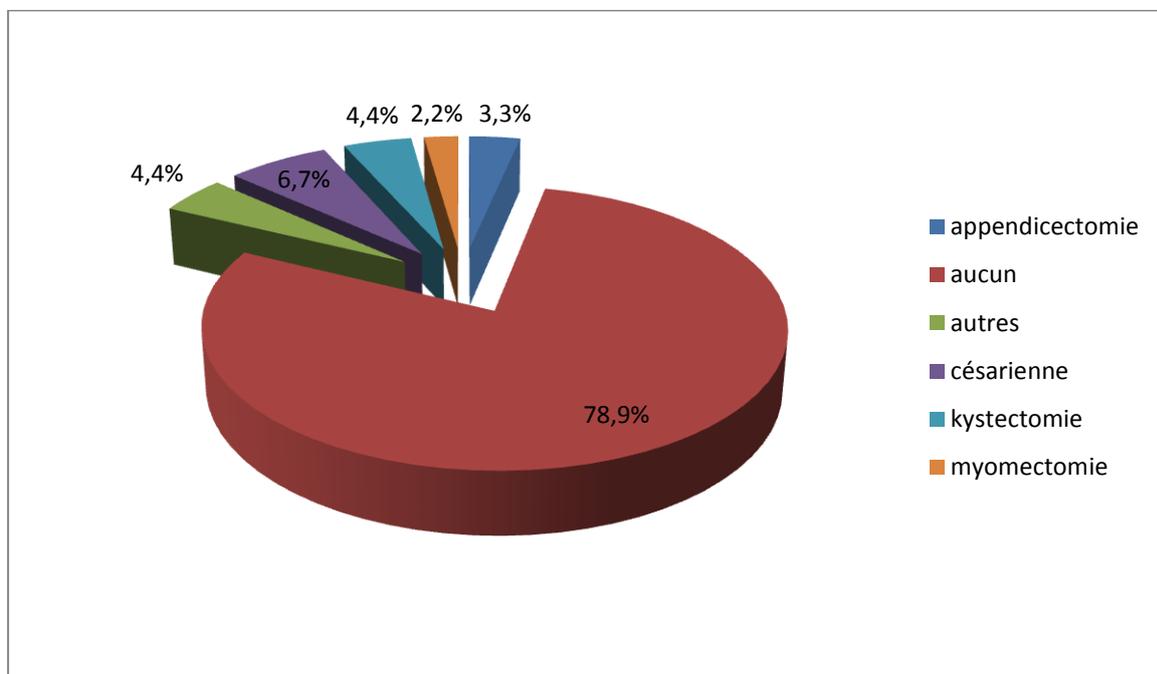


Figure 7: Répartition des patientes selon les ATCD Chirurgicaux

La majorité de nos patientes n'avait aucun ATCD soit 78,9%.

Tableau III

Répartition des patientes selon qu'elle soit ménopausée ou non

Ménopausée	Effectifs	Fréquence
NON	55	61,1%
OUI	35	38,9%
Total	90	100,0%

Parmi les femmes qui ont subi une hystérectomie, 38,9% étaient en ménopause.

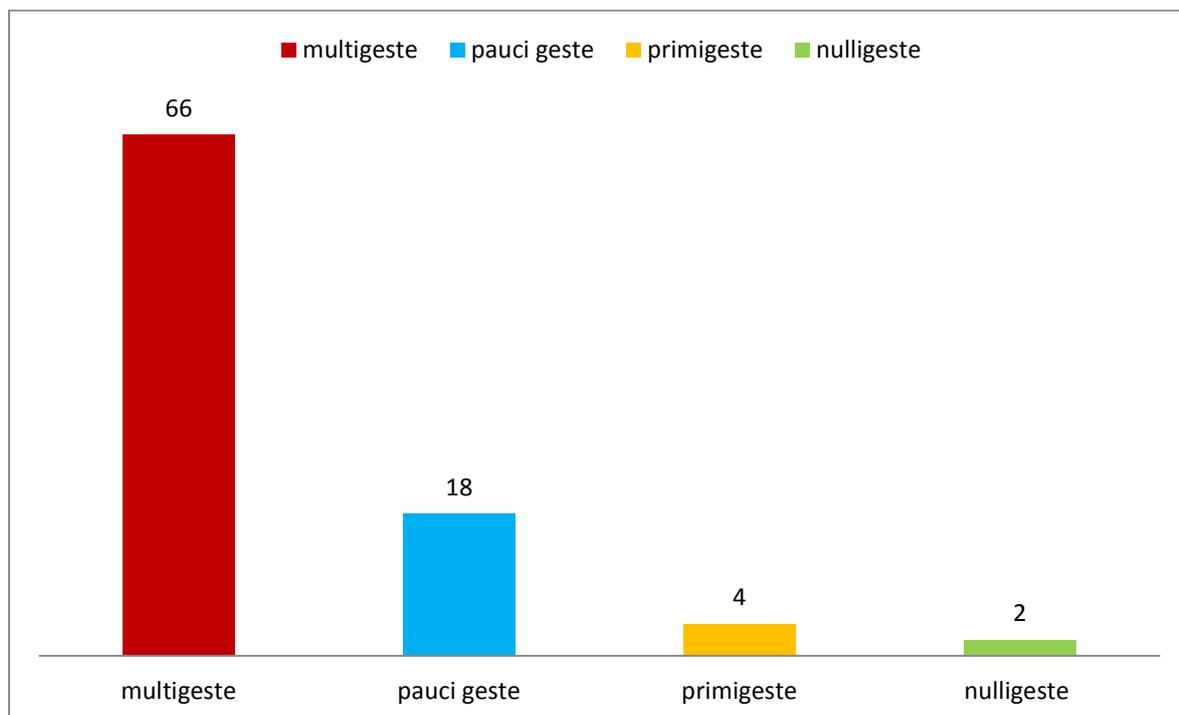


Figure 8: Répartition des patientes selon la gestité

La majorité de nos patientes était des multigestes soit 73,3%.

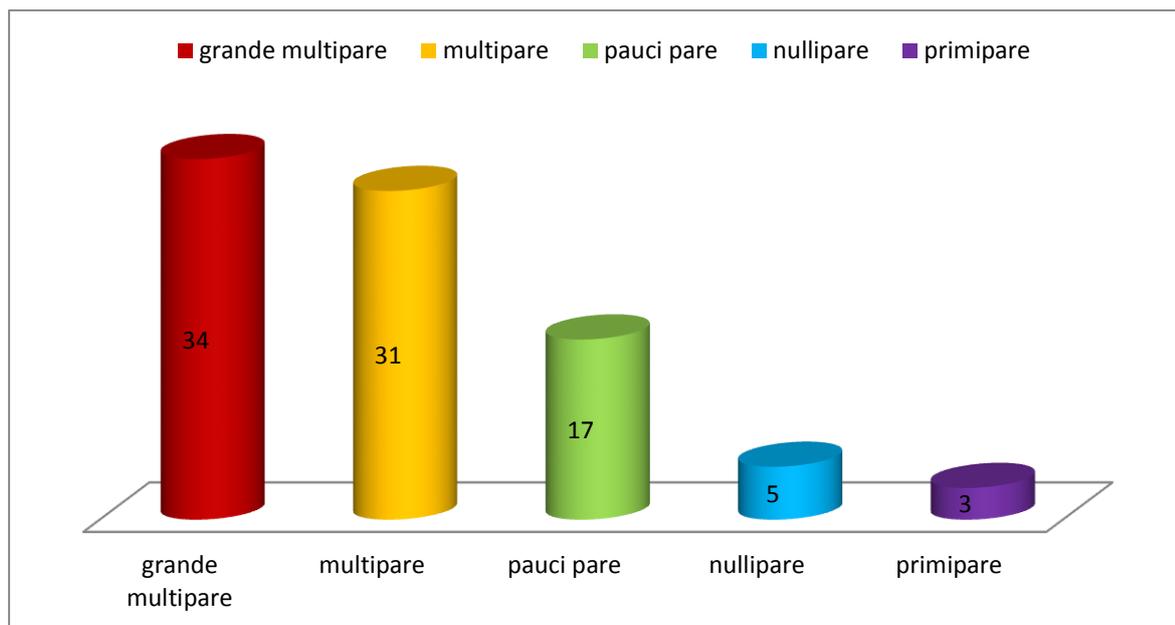


Figure 9 : Répartition des patientes selon la parité

Les grandes multipares représentaient **37,8%**.

Tableau IV

Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant.

Nombre d'enfant	Effectifs	Fréquence
aucun	6	6,67%
1 - 3	16	17,78%
4 - 6	36	40,00%
>6	32	35,56%
Total	90	100,0%

Les femmes qui ont eu 1 ou plusieurs enfants vivants représentaient 93,3% contre 6,67% des femmes qui n'avaient aucun enfant vivant.

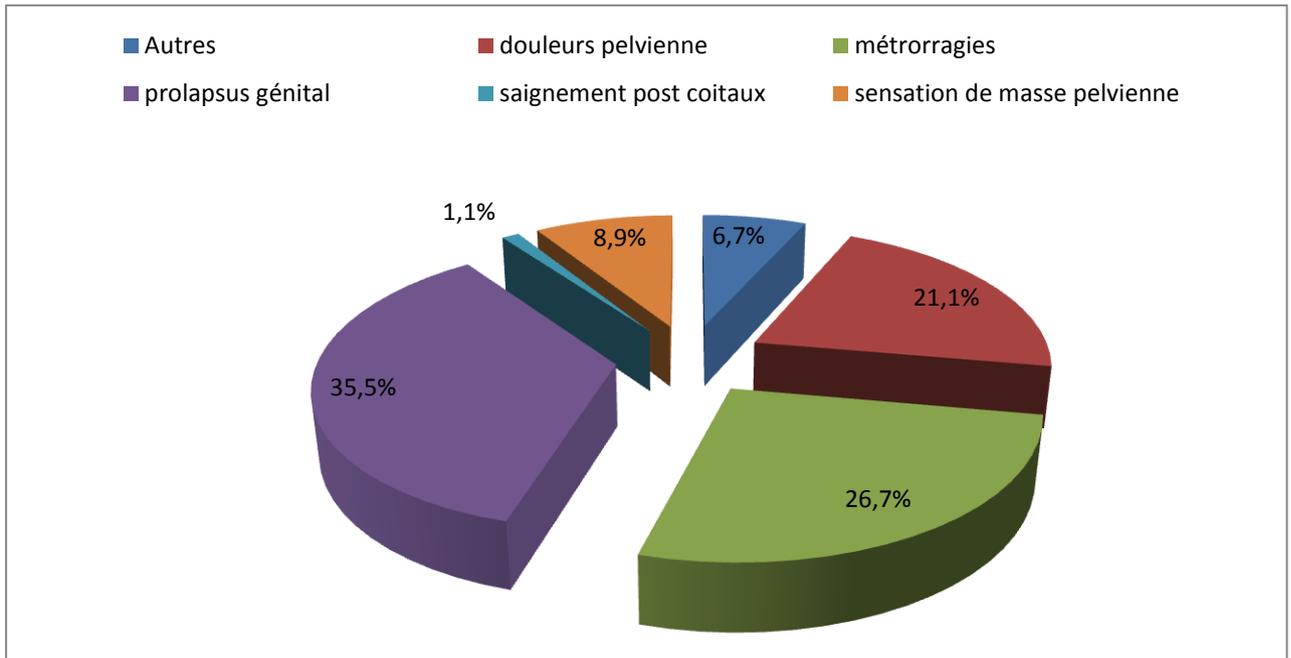


Figure10: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Le prolapsus génital était le motif de consultation le plus fréquent soit 35,5%.

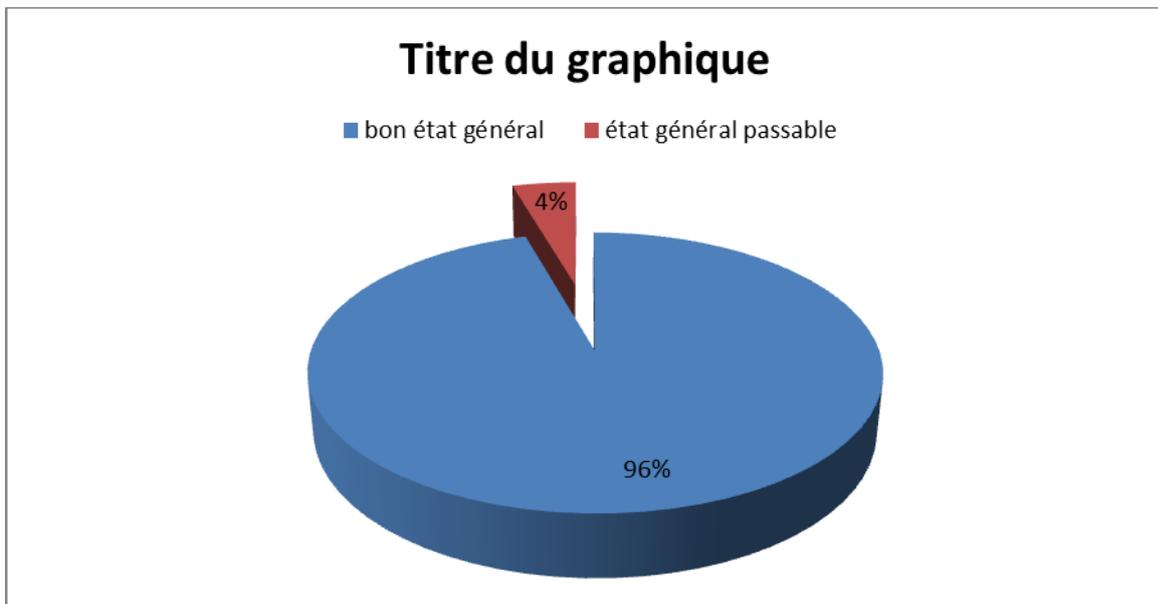


Figure 11: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

La majorité des patientes avait un bon état général à l'admission, soit une fréquence de 96%.

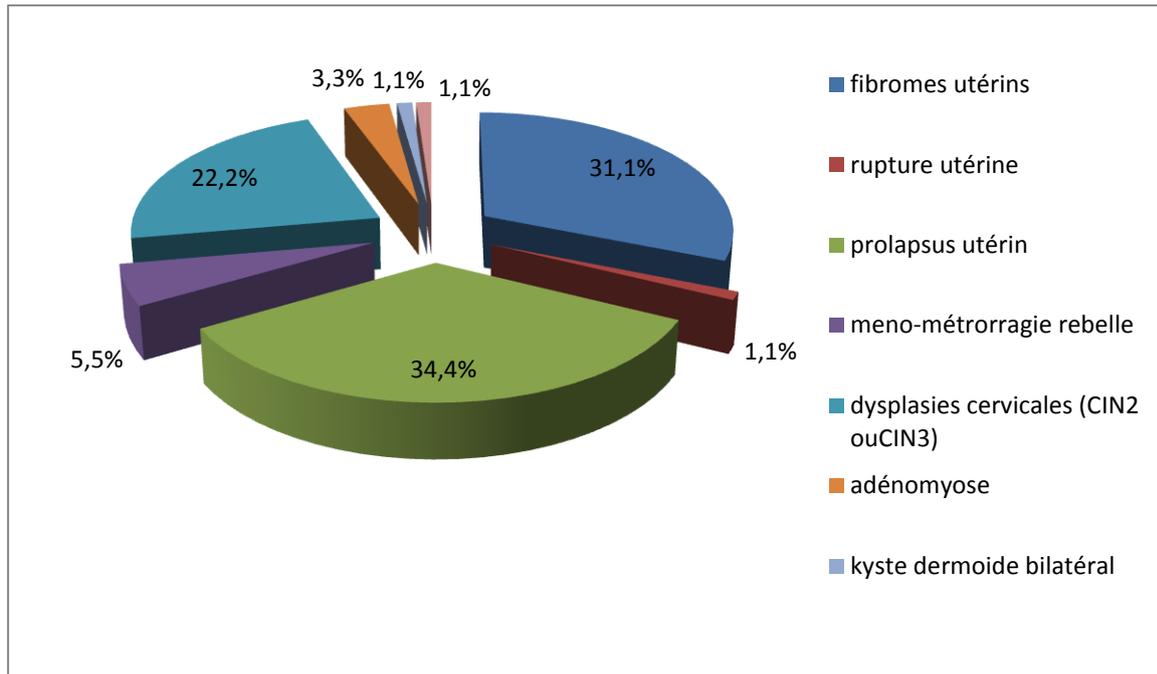


Figure 12 : Répartition des patientes selon l'indication

Le prolapsus utérin était l'indication la plus fréquente suivi du fibrome utérin, soient les fréquences respectives de 34,4% et 31,1%.

Tableau V
Répartition des patientes selon le résultat du taux d'Hb

(Taux d'Hb)	Effectifs	Fréquence
< 7	3	3,3%
7 - 11 g/dl	31	34,4%
> 11g/dl	56	62,2%
Total	90	100,0%

La majorité des patientes avait un taux d'hémoglobine >11g /l soit 62,2%.

Tableau

VI

Répartition des patientes selon les résultats de biopsie du col utérin

Biopsie du col de l'utérus	Effectifs	Fréquence
CIN1	17	18,9%
CIN2	13	14,4%
CIN3	8	8,9%
Aucune	52	57,8%
TOTAL	90	100,0%

Les lésions précancéreuses du col utérin (18,9% de CIN1, 14,4% de CIN2, et 8,9% de CIN3) ont été diagnostic chez 38 patientes soit une fréquence de 42,2%.

Tableau VII

Répartition des patientes selon la réalisation de l'échographie pelvienne

Échographie pelvienne	Effectifs	Fréquence
Non	11	12,2%
Oui	79	87,8%
Total	90	100,0%

L'échographie pelvienne a été réalisée chez 79 patientes, soit une fréquence de 87,8%.

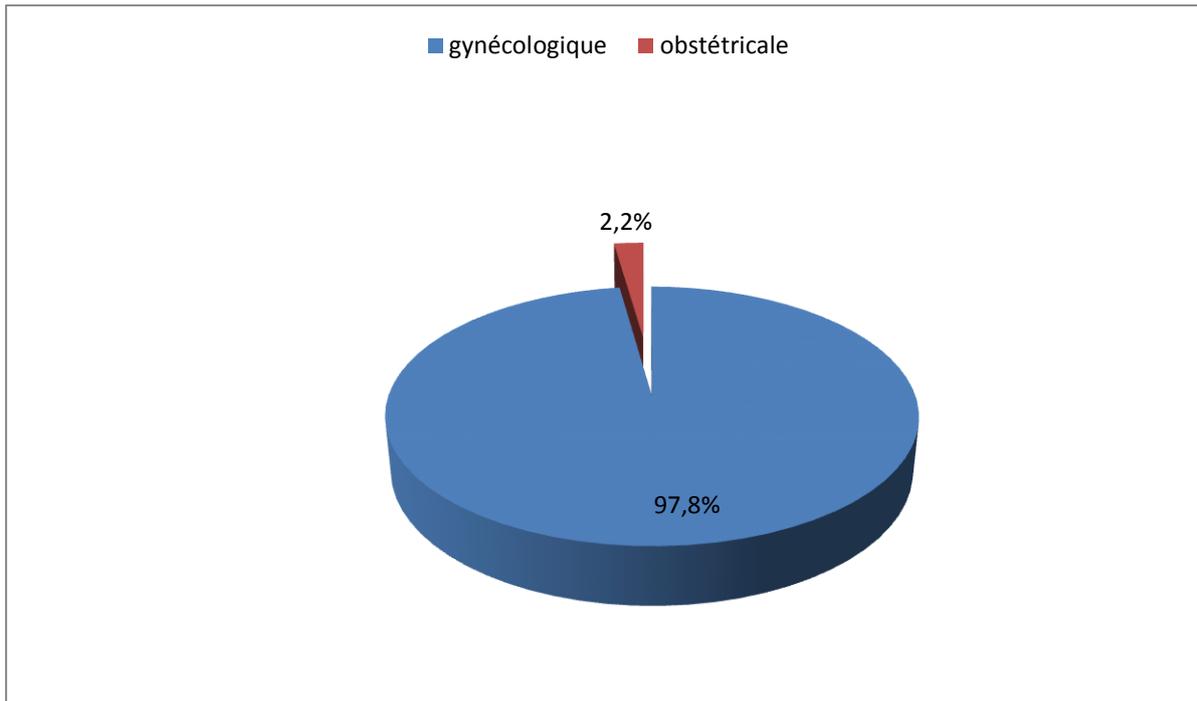


Figure 13: Répartition des patientes selon que l’hystérectomie soit obstétricale ou gynécologique

La majorité des hystérectomies était gynécologique soit une fréquence de 97,8%.

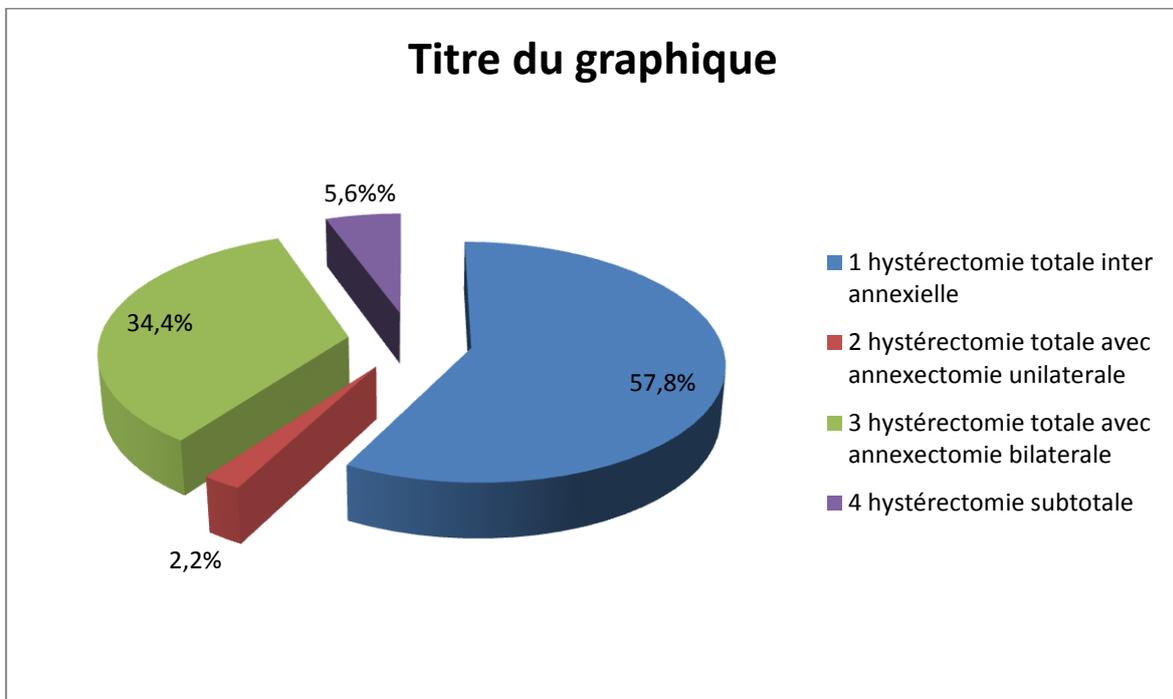


Figure 14 : Répartition des patientes selon le type d’hystérectomie

L’hystérectomie totale interannexielle a été la plus pratiquée avec une fréquence de 57,8%.

Tableau VIII

Répartition des patientes selon le type d'Anesthésie

Anesthésie	Effectifs	Fréquence
AG	2	2,2%
ALR	82	91,1%
ALR convertie en AG	6	6,7%
Total	90	100,0%

L'anesthésie était locorégionale dans 91,1% des cas.

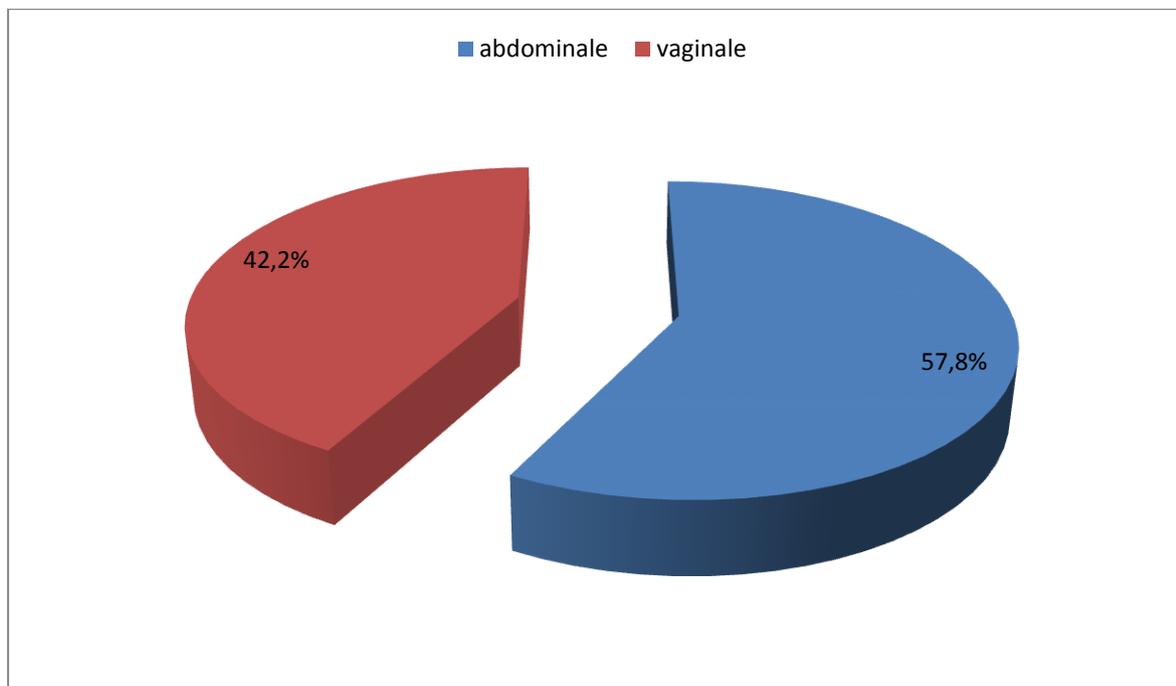


Figure 15: Répartition des patientes selon la voie d'abord

La voie abdominale était la plus pratiquée avec une fréquence de 57,8%.

Tableau IX

Répartition des patientes selon la concordance diagnostique

Diagnostique per opératoire	Effectifs	Fréquence
Idem	88	97,8%
Autre	2	2,2%
Total	90	100,0%

Dans 97,8% les diagnostics per et préopératoire sont idem.

Tableau X

Répartition des patientes selon la durée de l'intervention

Durée de l'intervention	Effectifs	fréquence
1H - 2H	80	88,9%
➤ 2H	2	2,2%
NON PRECISE	8	8,9%
Total	90	100,0%

La durée de l'intervention était comprise entre 1 heure et 2 heures dans 80 cas, soit une fréquence de 88,9%.

Tableau XI

Répartition des patientes selon les complications immédiates

Complications immédiates	Effectifs	Fréquence
Hémorragie	6	6,67%
Choc anaphylactique	1	1,11%
Suites simples	83	92,22%
Total	90	100%

Les suites immédiates ont été marquées par 6 cas de l'hémorragie et 1 cas du choc anaphylactique soient les fréquences respectives de 6,67% et 1,11%.

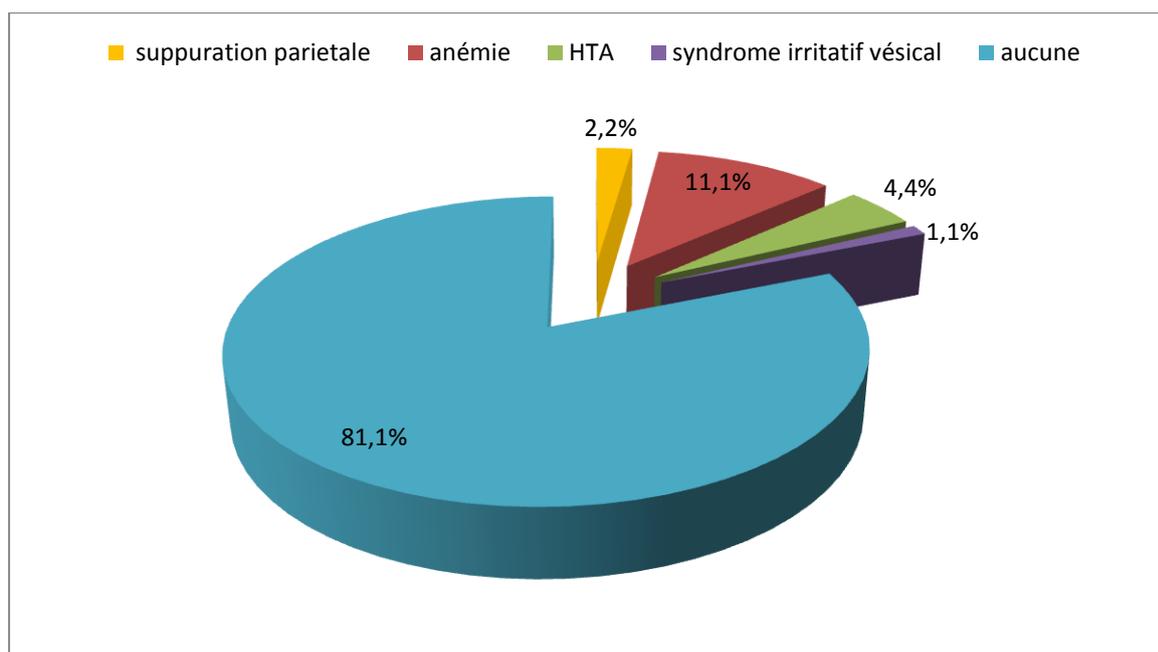


Figure 16: Répartition des patientes selon les complications secondaires

L'anémie a été la plus retrouvée soit une fréquence de 11,1%.

Tableau XIII
Répartition de patientes transfusées

Q43 Transfusion	Effectifs	Fréquence
non	70	77,8%
oui	20	22,2%
Total	90	100,0%

Les patientes transfusées représentaient 22,2%.

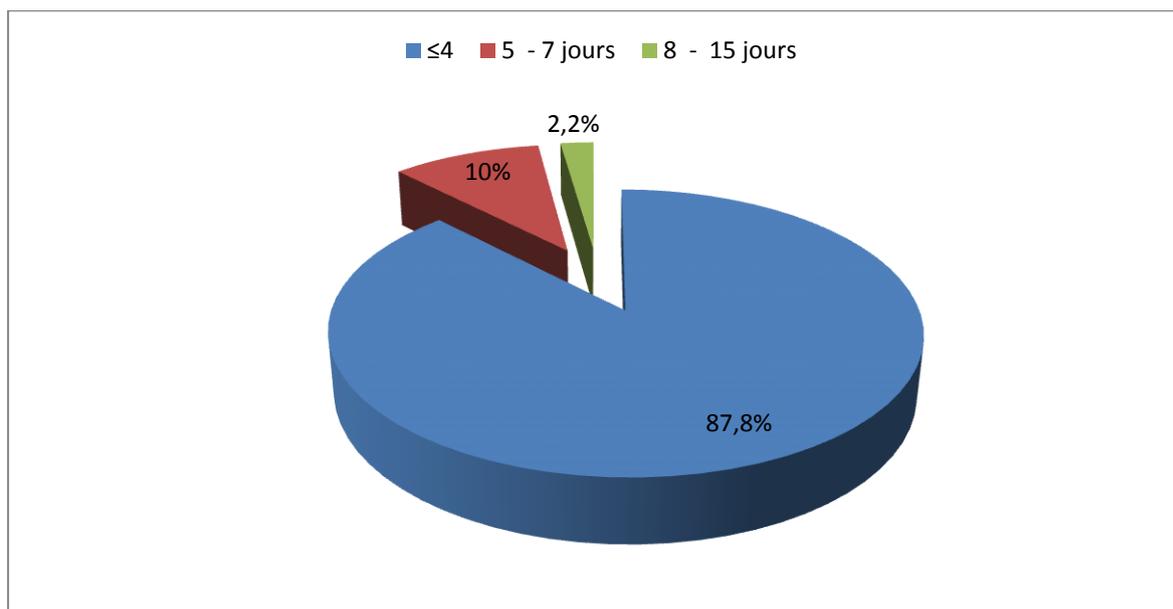


Figure 17: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation en jour

La plupart de nos patientes ont fait moins de 5 jours d'hospitalisation, soit une fréquence de 87,8%.

Tableau XIV

Répartition des patientes selon l'état à la sortie

Etat de sortie	Effectifs	Fréquence
bon	88	97,8%
décédée	2	2,2%
Total	90	100,0%

En dehors des 2 décès, la majorité des patientes avait un bon état à la sortie soit une fréquence de 97,8%.

Tableau XV Répartition des patientes selon les répercussions sur l'état psychique

Répercussions sur l'état psychique	Effectifs	Fréquence
Satisfaite	71	78,9%
Désir de grossesse	5	5,5%
Aucun	14	15,6%
Total	90	100%

Dans 78,9% de cas, les patientes étaient satisfaites après l'hystérectomie.

Tableau XVI

**Répartition des patientes selon le vécu sexuel après
l'hystérectomie**

Vécu sexuel	Effectifs	Fréquence
satisfaite	43	47,8%
répercussion sur la vie sexuelle	1	1,1%
inconnu	46	51,1%
Total	90	100,0%

Dans 47,8% de cas, les patientes avaient un vécu sexuel satisfaisant

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Au cours de la période d'étude, nous avons effectué **90 hystérectomies** sur **704 interventions chirurgicales** soit une fréquence de **12,78 %** de l'ensemble des interventions chirurgicales dans le service.

La proportion des hystérectomies obstétricales était de 0,069% sur l'ensemble des accouchements(2880).

C'est une intervention qui est nécessaire étant le plus souvent le dernier recours du praticien pour sauver la vie de la patiente, particulièrement les hystérectomies d'urgence dans les pays en voie de développement.

Kouma A. et Niarga M. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de **11,7% au Point G de 1985 à 1990 [14]** et **1,33% en 2008 [24]**.

Niarga M. a étudié seulement les hystérectomies d'urgence sur une année, alors que **Kouma A.** a fait une étude portant sur une période de 5ans. Dans leurs études l'échantillon d'étude était respectivement de 53 cas et 315 cas contre 90 cas pour la nôtre.

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre :

- A Libreville des Etudes faites par Mayi-Tsonga S. sur 82981 accouchements il y a eu 58 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence avec une fréquence de 0,07%. [20]
- A Dakar des Etudes faites par Diouf et coll. [9] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas représentait 0,45%.

Notre taux d'hystérectomie obstétricale d'urgence est nettement différent de ceux des autres pays africains ; cela pourrait être dû à l'organisation sanitaire différente d'un pays à l'autre, le niveau de vie des populations et la population d'étude.

2-Caractéristiques sociodémographiques :

Age :

L'âge moyen est de 47,5 ans dans notre étude avec les extrêmes de 20 et 75 ans. Kouma A. [14] a trouvé 41,8 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 16 et 75 ans.

La tranche d'âge de 40 à 59ans a été la plus touchée : 63 cas, soit 70,0%.

Kouma A. [14] a trouvé un taux de 26,3%.

La tranche d'âge 40 à 59 ans correspond à la période de pré ménopause ou ménopause où le désir de grossesse n'est souvent pas exprimé.

Niveau socioprofessionnel :

Toutes les patientes étaient mariées, parmi lesquelles 59 patientes étaient des ménagères soit 65,6%, 20commerçantes, 10 fonctionnaires et 1 étudiante avec respectivement 22,2%, 11,1%, et 1,1% des cas.

La parité :

Dans notre étude les grandes multipares représentaient 37,8%. Kouma A. [14] a pratiquement trouvé le même résultat soit 37,8% ; Par contre Niarga M. [24] a révélé une proportion élevée de multipare soit 44,20%. Nous avons relevé 5,6% de nullipares. Ce taux est presque la moitié de celui de Kouma A. qui était 8,2% des cas [14].

Caractéristique de la référence :

Les patientes venues d'elles-mêmes représentaient 96,7%, et 3,3% avaient été référées.

Ce résultat montre que la majorité des hystérectomies est réalisée à froid surtout pour prolapsus génital et fibrome utérin.

Motif de consultation:

Le prolapsus génital a été le principal motif de consultation soit 35,6%. Kouma A. a trouvé un taux de 16,1% [14].

Antécédents chirurgicaux:

La majorité de nos patientes n'avait aucun ATCD soit 78,9%. Kouma A. a trouvé une proportion plus élevée soit 83,8% [14]

L'examen général:

Quatre de nos patientes avaient un mauvais état général soit 4,4%. Par contre Niarga M. au Point G [24] a rapporté 35,8%. Cette discordance de fréquence pourrait non seulement être liée à la taille de l'échantillon mais aussi au niveau III de référence du Point-G recevant les cas compliqués.

Le diagnostic: Le prolapsus génital était la pathologie la plus représentée avec 34,4% soit 31 cas.

Dans l'étude de KOUMA. Le prolapsus génital représentait 16,2%.

Tous les cas de prolapsus étaient des multipares.

Traitement :

Traitement chirurgical : L'hystérectomie

Nous avons pratiqué 2 cas d'hystérectomie obstétricale, 88 cas d'hystérectomie gynécologique dont 52 par voie abdominale contre 38 par voie basse.

Toutes les hystérectomies dans cette étude ont été effectuées par les gynécologues et ont été réalisées après le consentement éclairé du couple dans les hystérectomies de principe.

Traitement médical :

Vingt de nos patientes ont été transfusées soit 22,2% par du sang total contre 84,7% chez Niarga M. [24]. Aucune réaction au produit sanguin n'a été enregistrée.

Une antibioprofylaxie systématique per et post opératoire à base de ceftriaxone 1g injectable, un antalgique à base de paracétamol 1g injectable ont été administrés chez chaque cas. Les patientes à risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

Le type d'hystérectomie :

Les hystérectomies interannexielles représentaient 57,8%, les hystérectomies avec annexectomie bilatérale 34,4%, les hystérectomies subtotaux 5,6%, et les hystérectomies avec annexectomie unilatérale 2,2%.

Chez Kouma A. 33,3% des patientes ont aussi subi l'hystérectomie interannexielle.

Dans l'étude de Niarga M. les hystérectomies interannexielles subtotaux étaient plus représentées (52,8%).

Cette technique est rapide, le risque des lésions urétéro-vésicales est réduit mais le moignon cervical doit être surveillé en raison du risque de cancer du col et n'est effectuée que sauf par contrainte (hémodynamique non stable, manque de produit sanguin pour la réanimation). L'hystérectomie totale doit être privilégiée.

Le type d'anesthésie :

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 91,1% et 8,9% sous anesthésie générale.

Les suites opératoires immédiates:

Les suites immédiates ont été simples chez 83 patientes soit une fréquence de 92,2%, contre 6 cas de complication hémorragique et 1 cas de choc anaphylactique, soient les fréquences respectives 6,7% et 1,1%.

Nous déplorons deux cas de décès soit une fréquence de 2,2% des décès maternels liés à la rupture utérine.

Les complications secondaires étaient marquées par l'anémie 10cas, l'HTA 4cas, suppuration pariétales 2cas, et syndrome irritatif vésical 1cas ; soit les fréquences respectives de 11,1%, 4,4%, 2,2%, et 1,1%.

Dans 81,1% les suites opératoires secondaires ont été simples.

Etat à la sortie :

Pendant la période d'étude nous avons enregistré un taux de décès maternel

(2,2%) tandis que Niarga M. rapportait (20,8%) [24]. Chez Kouma A. le taux de décès maternel était (4,5 %) [14] le double du nôtre.

Répercussions psychologiques.

La majorité de nos patientes était satisfaite après l'hystérectomie soit une fréquence de 78,9%. Par contre 28,1% d'entre elles ne sont pas revenues pour le rendez-vous post opératoire. Cinq cas de désir d'enfant ont été manifestés.

PRONOSTIC :

Dans notre étude 88 cas d'hystérectomie gynécologique ont eu une suite simple soit 97,8%. Deux cas de suppuration pariétale ont été enregistrés.

Par contre, 2 cas d'hystérectomies obstétricales soit 2,2% ont eu un pronostic plus sombre. Nous avons observé deux décès et deux suppurations pariétales.

Les 2 décès étaient liés à la rupture utérine, cela explique le meilleur pronostic des hystérectomies gynécologiques par rapport aux hystérectomies obstétricales.

Notre taux de décès est de 2,2% largement en deçà de celui rapporté par Niarga M. 20,75% [24].

Diouf A et col.[9], Muteganya[23] ont trouvé respectivement 20%, et 11%.

Dans les hystérectomies obstétricales les nouveaux nés étaient des mort-nés.

Ce taux très élevé de mortinaissance est dû au retard dans la prise en charge.

VII-CONCLUSION ET RECOMADATIONS :

a. CONCLUSION :

Les hystérectomies d'urgence posent souvent des problèmes d'ordre social, psychotique vu la suppression des menstrues, la stérilité iatrogène définitive qu'elles entraînent. Elles seraient en partie la cause d'instabilité du couple. Les indications liées aux ruptures utérines sont rares voire exceptionnelles dans les pays développés mais restent d'actualité dans les pays en développement et au Mali en particulier.

Dans les hystérectomies de principe le consentement éclairé du couple a été obtenu avant l'acte chirurgical.

Et quand sa réalisation s'avère indispensable, notre préférence doit aller à la voie vaginale chaque fois qu'elle est possible, à cause de sa durée d'hospitalisation plus brève, des suites opératoires plus simples, et de sa meilleure acceptation par la patiente du fait de l'absence de cicatrice visible.

b- RECOMMANDATIONS :

A l'échéance de cette étude, nous avons formulé les recommandations

Ci-dessous:

Aux personnels de santé:

- Informer, éduquer les populations pour le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses;
- Encourager pour le don de sang ;
- Surveiller correctement le travail d'accouchement ;
- Faire l'antibioprophylaxie afin de réduire le risque infectieux des patientes ayant subi une hystérectomie.

Aux Autorités politiques et sanitaires :

- Renforcement du plateau technique et des ressources humaines
- La formation continue du personnel soignant ;
- Assurer l'information, l'éducation pour le changement du comportement

Aux populations

- Fréquentation des centres de consultation prénatale et l'accouchement en milieu hospitalier.
- Consultation gynécologique systématique pour toutes les femmes dans le but du diagnostic précoce d'éventuelles pathologies, dont le traitement ne nécessite pas une hystérectomie.

VIII REFERENCES :

1- Akotionga M et Coll.

Les ruptures utérines à la maternité de CHN-YO aspect épidémiologique et clinique.)

Med. D'Afrique Noire 1998.45 (8-9) 508-51.

2- Bayo A.

Les ruptures utérines a propos de 58 cas récentes à l'Hôpital

Gabriel Toure.

Thèse Med. Bamako 1991 n °4

3- Bloc M.

Hystérectomies après césarienne: contribution a l'établissement d'un score infectieux.

Thèse Med. Abidjan 1986 n ° 714. 151P.

4- Dembélé BT.

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de sante de Référence de la commune V du district de Bamako a propos de 114 cas.

Thèse de Med. Bamako 2002. 87 P n° 28

5- Diarra O.

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Point-G.

Thèse Med. Bamako 2000 n ° 177, 81P

6- Diallo A O.

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Toure.

Thèse de Med. Bamako 1990.n° 38

7- Diakité M.

Les Hystérectomies au service de Gynéco-obstétrique à l'hôpital régional F.

DAOU de Kayes A propos de 37 cas.

Thèse de Med. 2011, n°251. 100P.

8- Dicko S.

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital

Régional Fousseyni Daou de Kayes. A propos de 160 cas

Thèse Med. Bamako 2001, n° 101. 65P.

9- Diouf A et coll.

L'hystérectomie obstétricale d'urgence, Contraception fertilité et sexualité à
propos de 35 cas.

Thèse Med. Dakar 1998. 26 (2) 167-172

10- Dolo A, Keita B, Diakité FS, Maiga B.

Les ruptures utérines au cours du travail a propos de 21 cas observés au service
de gynéco-obstétrique de l'hôpital National du Point-G.

Med D'Afrique Noire 1991 ; 38(2)= 133-134.

11- Drabo A.

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

Facteurs influençant pronostic materno foetal et mesures prophylactiques à

Propos de 25 cas.

Thèse Med. Bamako 2000, n° 17. 132P

12- Goro M.

Hystérectomies Vaginales dans le service de gynéco-obstétrique du centre de
santé de Référence de la commune VI à propos de 107 cas.

Thèse de Med. Bamako 2015, n°304. 98P.

13- Guirou A.

Etude épidémiologique et clinique des hystérectomies à l'hôpital Sominé Dolo de
Mopti à propos de 57cas.

Thèse de Med. 2013, n°290. 119P.

14- Kouma A.

Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G a propos de 315 cas

Thèse Med. Bamako de 1985 - 1990.n ° 98,84p

15- Keita S I.

L'hystérectomie dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef de la CV du District de Bamako à propos de 150 cas, de 2004 à 2008

16- Lansac J, Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien 3eme Edition.

Novembre 1988, page 13 a 42.

17- Lansac J, Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien 4eme Edition. Mars1994, page 14 a 56.

18- Lansac J, Body G, Magnin G.

La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; PARIS 1998.

Page 23 à 48; 227 à 242.

19- Magara F.

Hystérectomies vaginales dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital du Mali.

Thèse Med Bamako 2015 n°128. 104P

20- Mayi-Tsonga S, Pither S.

Service de gynécologie obstétrique, Centre hospitalier de Libreville, BP 2758

Libreville, Gabon, L'hystérectomie obstétricale d'urgence À propos de 58 cas au Centre hospitalier de Libreville.

21- Merger R et Coll.

Précis d'obstétrique 6édition Masson Paris 1995

22- Merger R, Levy Z, Melchior S.

Intervention par voie haute: Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique.

Masson 1979-618-27

23- Muteganya D, Sindayirwana JB, Ntandikiye C, Ntunda B, Rufyikiri Th.

Les hystérectomies Obstétricales au CHU de Kamenge. Une série de 36cas

Med AF Noire 1998; 45: 11-4.

24- Niarga M.

Les hystérectomies d'urgence au service de gynéco-obstétrique au CHU du
Point G à propos de 53 cas.

Thèse Med. Bamako 2008.n ° 15-80

25- Racinet C, Berthet J, Henry YS, Allouch JM.

Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl. Méd. Chir Tech Chir Urologie-
Gynécologie 41905 1991 ; 10 p

26- Villet R et Salet L.

Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes) Encycl.Méd
chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie
41.600.1995, 16P. Paris : SIMEP ; 1994508-51.

IX- ANNEXES :

FICHE SIGNALETIQUE :

Nom : LAH **Prénom:** Boubacar

Titre de thèse : Les Hystérectomies dans le service de gynécologie-obstétrique
du centre hospitalier universitaire « Mère-Enfant » Le Luxembourg.

Année universitaire : 2017-2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI (Hippodrome à Bamako) Rue : 250 Porte : 613

Tel. : 73426571

Email : laboubaca.45@yahoo.fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016 dans le service de gynéco-obstétrique au CHUME « Le Luxembourg »

Cette étude avait pour objectif:

Etudier les aspects épidémio-cliniques de l'hystérectomie dans le service de gynéco-obstétrique au CHUME « le Luxembourg »

Au terme de cette étude 90 cas d'hystérectomie ont été enregistrés sur 704 interventions chirurgicales, soit une fréquence de **12,78%**. La tranche d'âge **40-59ans** soit **38,6%** a été la plus représentée.

Les âges extrêmes étaient 20 ans et 75 ans avec l'âge moyen à 47,5ans.

Le diagnostic le plus fréquent était le prolapsus utérin avec 34,4% soit 31 cas suivi du fibrome utérin avec 31,1% soit 28cas.

La majorité des hystérectomies était gynécologique soit une fréquence de 97,8%.

Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 37,8%.

Il ya eu deux cas de décès soit 2,22%, tous liés à la rupture utérine.

Sur les 90 hystérectomies, 5 cas n'avaient pas d'enfant soit 5,6%.

Comme complications secondaires, nous avons constaté deux cas de suppuration pariétale. Deux cas de désir d'enfant ont été manifestés après l'hystérectomie.

Les hystérectomies, surtout celles d'urgence représentent une proportion non négligeable dans notre étude et le pronostic a été plus sombre par rapport aux hystérectomies de principe.

Mots clés : Hystérectomie, indications

FICHE D'ENQUETE :

N° d'ordre.....

**** Caractéristique sociodémographique :**

Q1 Nom et Prénom

Q2 Age /____/

1. < 20 ans 2. 30-40 ans 3. 20-40 ans 4. 40-50 ans 5. >50 ans

Q3 Ethnie /_____/

1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Sénoufo 5. Kassonké
6. Maure 7. Sarakolé 8. Dogon 9. Autres :

Q4 Statut matrimonial:/____/

1. Mariée polygame 2. Mariée monogame 3. Célibataire.

Q5 Profession /____/

1. Ménagère 2. Commerçante 3. Elève/Etudiante
4. Fonctionnaire 5. Autres

Q6 Niveau d'instruction : /____/

1. Scolarisée 2. Non scolarisée

Q7 Provenance :

**** Etude clinique :**

Q8 Mode d'admission /____/

1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Evacuée

Q9 Si référée ou évacuée provenance /____/

1. CSRef 2. CSCOM 3. Structure privée

Q10 Motif de consultation /____/

1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital
4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie intrapartum
6. Hémorragie post partum immédiat 7. Saignements post-coïtaux
8. Autres :

Q11 Antécédents médicaux /____/

1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose
4. Asthme 5. Autres:..... 6. Aucun

Q12 Antécédents chirurgicaux : /____/

1. GEU 2. Kystectomie 3. Appendicectomie 4. Césarienne
5. Myomectomie 6. Autres :

Q13 Antécédents obstétricaux :

a-Gestité /_____/

1. Nulligeste 2. Primigeste 3 pauci-geste 4. Multi geste

b- La parité : /_____/

1. Nullipare 2. Primipare 3. Pauci pare 4. Multipare 5. Grande multipare

c- Nombre d'enfants vivants : /_____/

1. 1 Enfant vivant 2. 2 Enfants vivants 3. 3 Enfants vivants
4. 4 à 6 Enfants vivants 5. Plus de 6 enfants vivants 6. Aucun

Q14 Est-elle ménopausée ? /_____/

1. Oui 2. Non

Q15 Depuis combien de temps la patiente est-elle ménopausée ? /_____/

Q16 Examen général /_____/

1. Bon état général 2. état général passable 3. Mauvais état général

Q17 Le Diagnostic : /_____/

1. Rupture utérine 2. Fibromes utérins 3. Prolapsus utérins
4. Meno-métrorragies rebelles 5. Placenta accreta
6. HRP 7. Tumeur de l'ovaire 8. Autres :

**** Les examens complémentaires**

a) La biologie :

Q18 La NFS /_____/

1. Taux d'Hb $\leq 5g/dl$ 2. Taux d'Hb 7g/dl
3. Taux d'Hb 8g/dl 4. Taux d'Hb entre 9-12g/dl

Q19 VS /_____/

1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q20 Glycémie /_____/

1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q21 Groupe Sanguin Rhésus /_____/

Q22 TCK /_____/

1. Normal 2. Elevée 3. Non fait

Q23 TS /_____/

1. Normal 2. Elevée 3. Non fait

Q24 Azotémie /_____/

1. Normal 2. Elevée 3. Non fait

Q25 Test de dépistage du cancer du col /_____/

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q26 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie /_____/

1. Cancer in situ 2. Invasif 3. Non fait

b) Imagerie :

Q27 Echographie pelvienne /_____/

1. Oui 2. Non

Q28 Hystérosalpingographie/_____/

1. Oui 2. Non

Q30 Radiographie du thorax /_____/

1. Oui 2. Non

Q31 Consultation pré anesthésique /_____/

1. Oui 2. Non

****Traitement: Hystérectomie**

I –traitement chirurgical :

Q31 Hystérectomie /_____/

1. Obstétrical 2. Gynécologique

Q32 Type d'hystérectomie /_____/

1. Hystérectomie totale inter annexielle
2. Hystérectomie avec annexectomie unilatérale
3. Hystérectomie avec annexectomie bilatérale
4. Hystérectomie subtotale

Q33 Gestes secondaires/_____/

1. Appendicectomie 2. Périnéorraphie 3. Aucun

Q34 Qualification de l'opérateur /_____/

1. Gynéco obstétricien 2. Chirurgien

Q35 Anesthésie /_____/

1. Loco régionale 2. Générale 3. AG +ALR

Q36 Voie utilisé /_____/

1. Abdominale 2. Vaginale 3. Mixte

Q37 Diagnostic per- opératoire /_____/

1. Idem 2. Autres

Q38 Complications immédiates /_____/

1. Lésion vésicale 2. Lésion digestive 3. Lésion Urétérale 4.
Hémorragie 5. Anesthésique 6. Choc anaphylactique au sang 7.
Aucun

Q39 Complications secondaires /_____/

1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite 4. Eventration

5. Anémie 6. Septicémie 7. Autres 8. Aucun

Q40 Complications tardives /_____/

1. Dyspareunie

2. Algie pelvienne chronique

3. Autres :

4. Aucun

Q41 Durée de l'intervention /_____/

II-Traitement Médical

Q42 Macromolécules /_____/

1. Oui 2. Non

Q43 Transfusion /_____/

1. Oui 2. Non

Q44 PFC /_____/

1. Oui 2. Non

Q45 Antibioprophylaxie per opératoire /_____/

1 Oui 2. Non

Q46 Antibioprophylaxie postopératoire /_____/

1 Oui 2. Non

Q47 Si Oui Durée /_____/

Q48 Autre traitement reçu à préciser : -----

Q49 Durée d'hospitalisation /_____/

1. < A 4 jours 2. 5 à 7 jours 3. 8 à 15 jours 4. A 15 jours >

Q50 Etat à la sortie /_____/

1. Bon 2 Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée

Q51 Répercussion psychologique /_____/

1. Satisfaite 2. Désire de grossesse 3. Inconfort 4. Aucun

Q52 Vécu sexuel /_____/

1. Satisfaite 2. Répercussion sur la vie sexuelle 3. Inconnu

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je jure, au nom de l'**Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure