

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022



N

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

THESE

**HYSTERECTOMIE DANS LE SERVICE DE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE
L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE
SEGOU**

Présentée et soutenue publiquement le 29 / 09 / 2023 devant

La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mr. Sory DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Mr Birama TOGOLA, Professeur

Membres : Mr Mamadou SIMA, Maître de Conférences

Co-directeur : Mr Tidiani TRAORE, Maître de Recherche

Directeur : Mr Tioukani Augustin THERA, Maître de Conférences Agrégé

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

- *Au nom d'ALLAH le tout puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux, l'Omnipotent sans qui, nous n'aurons pas vu ce jour pour accomplir ce travail. Je lui rends grâce pour tous ses bienfaits et l'implore de nous accorder une longue vie pleine de bonheur et de nous guider sur le droit chemin.*
- *Au nom du 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.*

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- ✚ **À mon père, Feu Cheick Oumar Diallo**, papa exemplaire qui nous a éduqué dans le sens du bien, de l'honnêteté et de la persévérance. Je suis là aujourd'hui grâce à tes conseils et assistance. J'aurai aimé partager ce moment solennel avec toi, mais Dieu en a décidé autrement. Je prie tous les jours le bon Dieu pour le repos éternel de ton âme et que le paradis soit ta récompense.
- ✚ **À ma mère, Feue Fanta Timbo**, difficile de trouver les mots pour exprimer mes sentiments envers toi. Soyez honorée mère car ce travail est le fruit de ton engagement sans faille à ma réussite par tes encouragements, prières et bénédictions, nul ne pourra remplir le vide que tu as laissé avec ton départ, j'aurais tellement aimé voir tes réactions de joie et de fierté ce jour mais Dieu en a voulu autrement. Je prie tous les jours le bon Dieu pour le repos éternel de ton âme et que le paradis soit ta récompense.
- ✚ **A mes frères : Aly Sékou, Hamady Hama, Malick, Ibrahim Idrissa, Aly Moctar** ; Vous m'avez soutenu pendant toutes les étapes de ma formation et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Recevez-ici l'expression de ma profonde gratitude.

- ✚ **A mes oncles et tantes**, votre accompagnement a largement contribué à la réussite de ce travail ; soyez remercier.

REMERCIEMENTS

- ✚ **Aux professeurs de la FMOS et FAPH.**
- ✚ **A tous mes enseignants du 1^{er} cycle, second cycle et du lycée.**
- ✚ **Aux gynécologue-obstétriciens de l'HNF de Ségo** : Pr TRAORE Tidiani, Dr DONIGOLO Brahima, Dr SIDIBE Kassoum, Dr TRAORE Babou. La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement , votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.
- ✚ **Aux médecins généralistes** : Dr DIARISSO Abdrahamane, Dr COULIBALY Adama. L'habilité et la dextérité dans le travail, votre amour du travail, votre professionnalisme forcent le respect et la considération. Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement.
- ✚ **A tout le personnel de l'HNF de Ségo** particulièrement :
 - **Aux sages-femmes** : Rokia DIAWARA, Fatoumata B MAIGA, Djeneba COULIBALY, Bintou DABO, Awa SIDIBE, Kadi TRAORE, Ina Ouri BAH, Oumou CISSE, Fady YATARA, Aminata DIAKITE, Zalika MAIGA.
 - **Aux infirmières obstétriciennes** : Orokia KOUYATE, Bintou KELEPILY, Badji TAWATI, Aminata COULIBALY, Mariam Danté, Mariam SAGARA, Assanatou COULIBALY, Assetou SACKO, Sokona SOUMOUNOU.
Merci pour votre franche collaboration et constante disponibilité.
- ✚ **Aux aînés médecins et collègues thésards du service** : Dr Abdoul Karim BALLO, Dr Mariam KOUREICHY, Dr Fousseiny KODIO, Dr Aser DIARRA Dr Drissa COULIBALY, Dr Moussa SAMAKE, Dr Kabayi

DIARRA, Mahamane H MAIGA, Mme Sidibé Rokiatou DIARRA, Sabéré KONE et Paul SANGARE. Merci mes chers pour votre franche collaboration, votre soutien et votre encouragement. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

✚ **A mon tonton Tienfing SANGARE et toute sa famille**, vous m'avez été d'un soutien énorme dans l'accomplissement de ce travail. C'est l'occasion pour moi de vous magnifier toute ma gratitude.

✚ **A tous mes aînés et amis de la FMOS /FAPH**, je me retiendrai de citer des noms par crainte d'en omettre certains, Merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

🚩 **A notre Maître et président du jury**

Pr Birama TOGOLA

- **Professeur titulaire en chirurgie générale**
- **Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**
- **Diplôme inter universitaire en pédagogie et science de la communication**
- **Diplôme universitaire en endovasculaire périphérique**
- **Fellow du west African college of surgery (WACS)**
- **Membre de la société malienne de chirurgie (SOCHIMA)**
- **Membre de l'association de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du Mali (ACTCAV)**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales, morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Cher Maître, permettez-nous de vous exprimer notre humble et profonde gratitude.

 **A notre Maître et juge**
Pr Mamadou SIMA

- **Gynécologue-Obstétricien,**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie-Obstétrique du CHU du Point G.**
- **Maître de conférences à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**

Cher Maître,

C'est un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Soyez rassuré cher Maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

 **A notre Maître et Co-directeur de thèse :**

Pr Tidiani TRAORE

- **Spécialiste en gynécologie-obstétrique**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou**
- **Maître de recherche.**
- **Chargé de cours des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de pathologie obstétricale et Gynécologie, de santé sexuelle et de reproduction de l'adolescent jeune à l'INFSS (Institut National de formation en Sciences de Santé de Ségou).**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez accordé en nous acceptant de faire ce travail auprès de vous. Tout au long de ce travail, nous avons découvert en vous une simplicité et une modestie immense qui font de vous un exemple à suivre.

Rigoureux, travailleur, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous exigez toujours le meilleur de vos internes dans une atmosphère de bonne humeur.

Nous sommes très fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez recevoir cher Maître, l'expression de notre gratitude et reconnaissance.

 **A notre Maître et Directeur de thèse :**

Pr Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G**
- **Maître de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique**
- **Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique**
- **Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en GYNECOLOGIE**
- **Diplôme d'Etude Universitaire en Colposcopie et pathologies cervico-vaginales**
- **Président de la commission médicale d'établissement du CHU du Point G**

Cher Maître ;

Vous avez accepté de diriger ce travail avec spontanéité malgré vos multiples et importantes occupations, nous en sommes marqués.

Votre abord facile, votre disponibilité et vos multiples qualités humaines ont forcé notre admiration. Vous êtes pour nous un modèle d'homme de science, de recherche et de maître formateur. C'est un grand privilège de vous avoir comme encadreur.

Trouvez ici cher Maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

SIGLES & ABREVIATIONS

SIGLES & ABREVIATIONS

A : artère

ALR : anesthésie locorégionale

CHU : centre hospitalier et universitaire

Cm : centimètre

Cm³ : centimètre au cube

Col : collaborateur

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF : centre de santé de référence

FAPH : faculté de pharmacie

Fig. : figure

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

G : gramme

Gynéco : gynécologie

HNFS : hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

HTA : hypertension artérielle

Hyst : hystérectomie

Inf : inférieur

Khi² : test de khi2 de Karl Pearson

Lig : ligament

Min : minute

Mm : millimètre

NB : nota bene

N° : numéro

ONG : organisation non gouvernementale

ORL : oto-rhino-laryngologie

P : probabilité

PTME : prévention de la transmission mère-enfant

R : rameau

RR : risque relatif

Sup : supérieur

TSS : technicien supérieur de santé

VIH : virus de l'immunodéficience
humaine

VIP : very important personality

P : probabilité

= : égal

° : degré

% : pourcentage

< : inférieur

> : supérieur

≥ : supérieur ou égale

Liste des tableaux

Tableau I : répartition des patientes selon le type d'intervention chirurgicale gynécologique	66
Tableau II : répartition des patientes selon l'âge	67
Tableau III : répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	67
Tableau IV : répartition des patientes selon la profession	68
Tableau V : répartition des patientes selon le niveau d'instruction	68
Tableau VI : répartition des patientes selon la provenance	69
Tableau VII : répartition des patientes selon le mode d'admission	69
Tableau VIII : répartition des patientes selon la structure de référence	70
Tableau IX : répartition des patientes selon le motif de consultation.....	70
Tableau X : répartition des patientes selon les antécédents médicaux	71
Tableau XI : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	71
Tableau XII : répartition des patientes selon la parité	72
Tableau XIII : répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants	72
Tableau XIV : répartition des patientes selon la période gynécologique	73
Tableau XV : répartition des patientes selon les indications de l'hystérectomie.....	73
Tableau XVI : répartition des patientes selon le type d'hystérectomie	74
Tableau XVII : répartition des patientes selon le type d'anesthésie	74
Tableau XVIII : répartition des patientes selon la voie d'abord opératoire.....	75
Tableau XIX : répartition des patientes selon la qualification de l'opérateur ..	75
Tableau XX : répartition des patientes selon le type d'hystérectomie.....	76
Tableau XXI : répartition des patientes selon les gestes associés.....	76
Tableau XXII : répartition des patientes selon la durée de l'intervention	77
Tableau XXIII : répartition des patientes selon les lésions histologiques observées.....	78

Tableau XXIV : répartition des patientes selon les complications peropératoires	79
Tableau XXV : répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates	79
Tableau XXVI : répartition des patientes selon les complications secondaires	80
Tableau XXVII : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	80
Tableau XXVIII : répartition des patientes selon le confort sexuel	81
Tableau XXIX : répartition des indications de l'hystérectomie selon l'âge	82
Tableau XXX : répartition des types d'hystérectomie en fonction de l'indication	83
Tableau XXXI : répartition des indications de l'hystérectomie selon la parité	84

Liste des Figures

Fig. 1 rappel anatomique de l'utérus[9]	8
Fig.2 utérus vue latérale [9]	10
Fig.3 configuration interne de l'utérus [9].....	13
Fig.4 topographie des ligaments [9].....	15
Fig.5 Hystérectomie intrafasciale effet de la traction utérine et des entailles successives de l'insertion du fornix vaginal [9].....	18
Fig.6 Vascularisation artérioveineuse de l'utérus [9]	20
Fig.7 Vascularisation lymphatique de l'utérus [9].....	22
Fig.8 Structure corps utérin en coupe transversale [9]	24
Fig. 9 ligature du ligament rond et incision du cul-de-sac vésico-utérin [9]	26
Fig. 10 temps annexiel de l'hystérectomie abdominale [9]	27
Fig.11 Isolement de la vessie, du col utérin et du fornix vaginal [9].....	28
Fig.14[9].1- pédicule sectionné.....	32
Fig.16 hystérectomie totale intrafasciale incision du fascia utéro vaginal [9].	34
Fig.17: hystérectomie totale prise du pédicule cervical[9]	35
Fig.18 : 1- lig. Vésico-utérin 2- Tracé de l'incision vaginal 3- Fascia utéro-vaginal incisé et rétracté [9].....	35
Fig.19 : 1- Vessie, 2- Vagin, 3- Lig. Vésico utérin, 4- Fosse para-vésicale,	37
5- Tronc artériel ombilico-utérin, 6- uretère [9]	37
Fig.20 : Hystérectomie élargie distale (topographie opératoire des ligaments, vue postérieure) [9]	40
Fig. 21 : Colpotomie antérieure [9].....	42
Fig.22 : section des tractus du septum vésico-utérin [9].....	43
Fig.25 : Colpotomie postérieure [9].....	44
Fig.26 : Ouverture du Douglas [9].....	45

Fig.27 : section du paracervix	46
Fig.28 : ligature du paramètre de l'anse utérin	46
Fig.29 : extériorisation du fond utérin [9].	
Fig.30 : ouverture du cul de sac vésico-utérin [9].....	47
Fig.31 : clampage et ligature du pédicule des cornes utérines (cartouche) [9].	49
Fig.32 : Peritonisation [9]	50
Fig.33: L'hémisection médiane antérieure[9].....	51
Fig. 34 : Annexectomie [9]	52

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
III. GENERALITES	6
IV. METHODOLOGIE	60
V. RESULTATS	66
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	86
CONCLUSION	105
RECOMMANDATIONS	106
REFERENCES	108
ANNEXES	115



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'hystérectomie est un acte chirurgical qui consiste à enlever l'utérus en partie ou en totalité [1]. On parle d'hystérectomie totale si l'ablation comprend le corps et le col utérins. Elle est dite subtotale si on laisse en place le col. L'hystérectomie peut être également conservatrice ou non en fonction de la conservation ou non des annexes.

L'hystérectomie est le dernier recours pour la prise en charge de plusieurs pathologies gynécologiques et peut avoir des complications comme tout geste chirurgical malgré qu'elle soit actuellement l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en chirurgie abdomino-pelvienne chez la femme en âge de procréer en dehors de la césarienne [1].

Aux États-Unis sur l'année 2015, une étude observationnelle réalisée dans 14 états rapportait 64 612 hystérectomies en ambulatoire dont 81,5 % par voie coelioscopique et 16 % par voie vaginale [2].

En France, la ménométrorragie était la principale indication des hystérectomies vaginales réalisées en ambulatoire avec 89,2% des patientes très satisfaites [2].

En Afrique, en Algérie, les hystérectomies pour une indication gynécologique représentaient 64,22% en 2012 et 35,77% en 2013 dont trois étiologies constituaient les indications majeures : le fibrome utérin 26%, l'utérus polomyomateux 20%, la métrorragie post ménopausique 17% [3].

Au Congo Brazzaville, **Buambo-Bamanga S.F et al** [4] rapportaient que les infections étaient les complications majeures après une hystérectomie d'indication gynécologique.

Le fibrome utérin était la seule indication de l'ensemble des hystérectomies réalisées par l'équipe chirurgicale d'une ONG dans le cadre de l'aide médicale à la population en Côte d'Ivoire [5].

Au Mali, au CHU hôpital du Mali la prévalence globale de l'hystérectomie était de 21, 36% en 2020[6].

Au CHU du Point G, **SIMA M et Col [7]** avaient colligé 343 cas d'hystérectomie pour pathologies bénignes sur 4309 interventions chirurgicales soit un taux de 8%. Les hystérectomies sont des gestes fréquemment réalisés dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Ségou.

Nous n'avons pas connaissance d'études réalisées sur cette activité chirurgicale à l'hôpital de Ségou.

Le but de ce travail était d'analyser les résultats des hystérectomies réalisées pour une cause gynécologique à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pour atteindre ce but nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Analyser les résultats des hystérectomies réalisées pour une cause gynécologique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des hystérectomies réalisées pour une cause gynécologique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie réalisée pour une cause gynécologique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.
- Analyser les résultats des hystérectomies réalisées pour une cause gynécologique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

GENERALITES

III. GENERALITES

Historique

1. Hystérectomie abdominale

La première hystérectomie abdominale a été réalisée par Langenbeck pour un cancer du col en 1825. Mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après. La ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale fut décrite par Koeberlé en 1864 en France.

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

Les procédés modernes avec ligature sélective des pédicules vasculaires ont été décrits par Simpson (1889) et Kelly (1891). Un peu plus de 100 ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne [8].

2. Hystérectomie par voie basse

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephese, il y a plus de dix-sept siècles. Au XVIe et XVIIe siècle, plusieurs manuscrits rapportaient 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. 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 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 (Péan, Richelet) puis elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée [8].

Rappels anatomiques

I. Anatomie clinique :

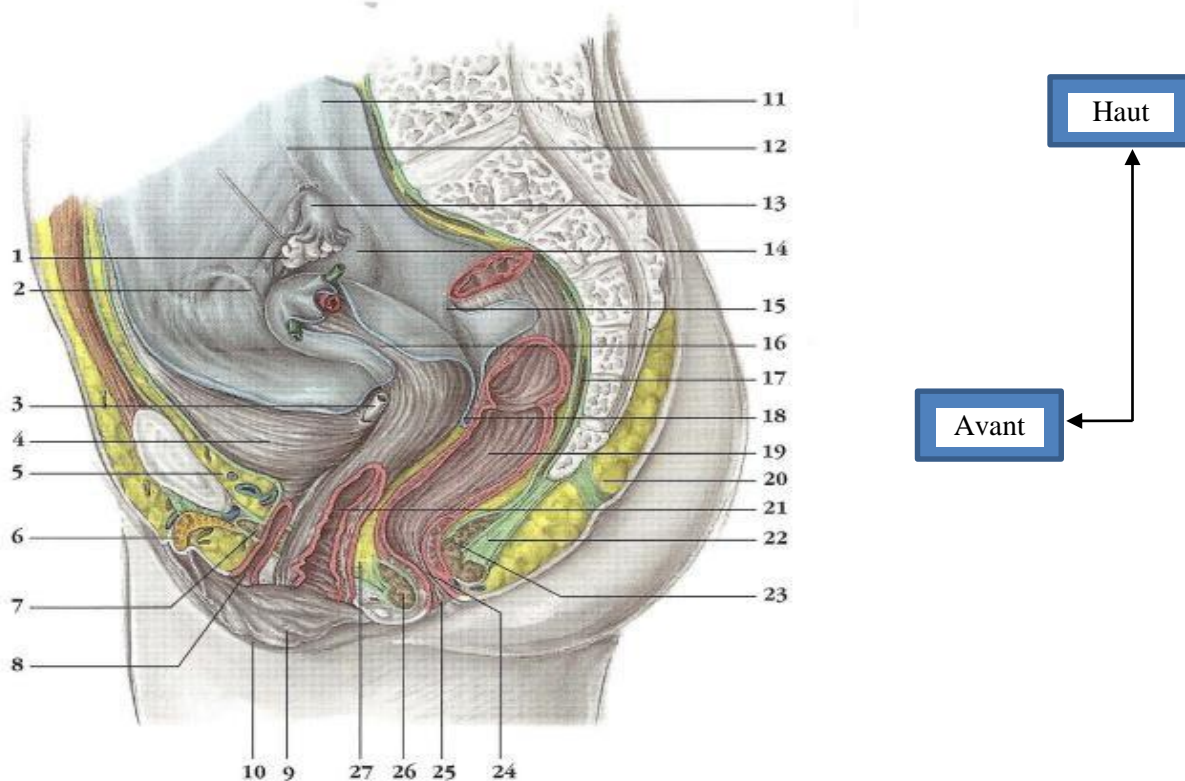
L'utérus est un organe musculaire creux destiné à contenir le conceptus en développement et à l'expulser à terme. Ferme et élastique à la palpation, l'utérus pèse environ 50 g chez la nullipare et 70 g chez la multipare [9].

1- Rappel embryologique :

Vers la 8^{ème} semaine de la vie intra utérine, le segment inférieur du canal de Muller, au-dessous du croisement avec le ligament inguinal fusionne avec son homologue opposé pour former le canal utérovaginal, impair et médian.

La musculature utérine ou myomètre, se différenciera à partir de la gaine conjonctive résultant de la fusion des deux cordons uro-génitaux. Le manchon mésenchymateux est relié de chaque côté à la paroi par le mesometrium, prolongement du méso uro-génital. Les deux canaux de Wolff régressent, laissant parfois persister les organes de GARTNER.

En aval de son croisement avec la corne utérine, le ligament vaginal forme le ligament rond [10].



1. ovaire récliné
2. ligament rond
3. uretère
4. vessie
5. espace retro pubien
6. clitoris
7. sphincter de l'urètre
8. urètre
9. petite lèvre
10. grande lèvre
11. pli de l'urètre
12. pli du lig suspenseur de l'ovaire
13. trompe utérine
14. fossette ovarique
15. pli retro utérin
16. corps de l'utérus
17. artère sacrale médiane et espace retro-rectal
18. cul-de-sac recto-utérin
19. rectum
20. retinaculum caudal
21. vagin
22. lig ano-coccygien
23. muscle élévateur de l'anus
24. canal anal
25. anus
26. muscle sphincter externe de l'anus
27. centre tendineux du périnée

Fig. 1 [9] : rappel anatomique de l'utérus

1. Anatomie descriptive

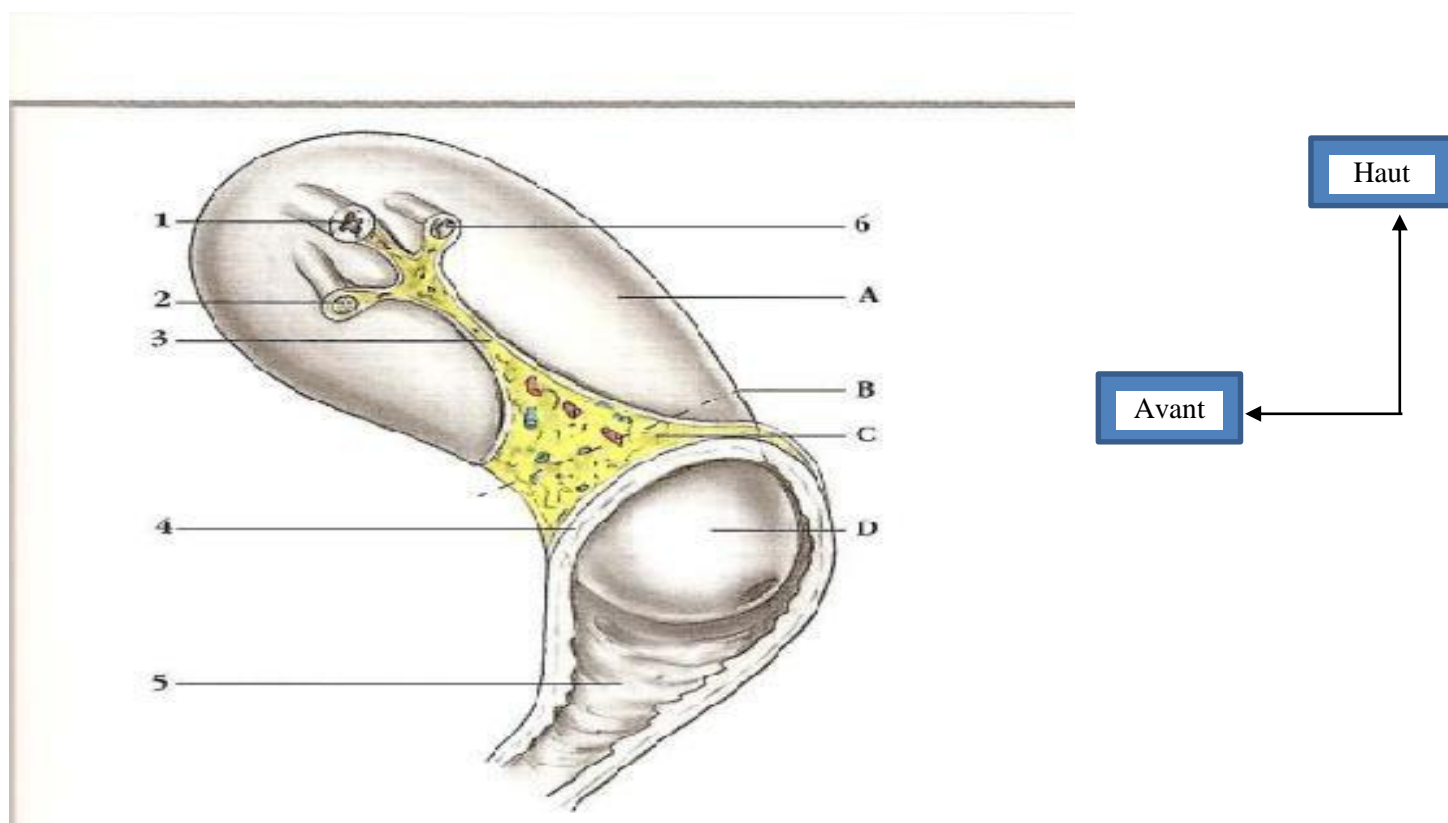
- **Situation** : Organe impair, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie [10]

Configuration externe : L'utérus est piriforme avec un léger étranglement, l'isthme utérin, qui sépare le corps et le col. Le corps et le col forment un angle ouvert en avant de 100 à 120° ou angle de flexion

➤ **Corps utérin** :

Il est conique, aplati d'avant en arrière, avec :

- Deux faces, vésicale, antéro- inférieure, et intestinale, postéro-supérieure,
- Deux bords, droit et gauche, et une base convexe, ou fundus utérin,
- Et deux angles ou cornes utérines, droite et gauche, se continuant avec les trompes ; elles donnent insertion en avant aux ligaments ronds et en arrière aux ligaments propres des ovaires [9].



- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| A. Corps utérin | 1. Trompe utérine | 5. Vagin |
| B. Isthme utérin | 2. Lig. rond | 6. Lig. propre de l'ovaire |
| C. Partie supravaginale du col | 3. Mesomètre | |
| D. Partie vaginale du col | 4. Insertion du fornix vaginal | |

Fig.2 utérus vue latérale [9].

➤ **Col utérin :**

Il est cylindrique et donne insertion au vagin qui le divise en deux parties, supra vaginale et vaginale.

L'insertion vaginale, de forme elliptique, est située dans un plan frontal incliné en avant et en bas. Elle est située en arrière sur le tiers supérieur, et en avant, sur le tiers inférieur du col.

La partie supra vaginale se continue avec le corps utérin.

La partie vaginale du col visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal. Elle est rose pâle, et percée à son sommet de l'orifice externe du col. Il donne accès au canal cervical et délimite les lèvres antérieure et postérieure du col. Cet orifice est punctiforme chez la nullipare, allongé chez la primipare, large et irrégulière chez la multipare.

➤ **Mesures extérieures**

L'utérus de la nullipare présente une longueur moyenne de 6,5 cm, dont 4 pour le corps, et 2,5 pour le col. Sa largeur maximum est de 4 cm et son épaisseur, de 2 cm.

Le rapport corporo-cervical est normalement de 2/3, un rapport égal ou inférieur à 1 traduit un infantilisme utérin.

▪ **Configuration interne**

La cavité utérine comprend la cavité corporeale et le canal cervical

➤ **Cavité corporeale (ou cavité utérine)**

Triangulaire et virtuelle, ses angles supéro-externes se continuent avec l'ostium utérin des trompes.

Elle représente la chambre de développement du conceptus et le lieu d'insertion d'un stérilet (dispositif intra-utérin).

➤ **Canal cervical**

C'est une cavité réelle, fusiforme, remplie par la glaire cervicale. Ses parois antérieure et postérieure sont marquées par des replis, les plis palmés. Chaque pli est constitué d'une colonne longitudinale avec des ramifications latérales. Ces plis peuvent gêner l'abord de la cavité utérine.

L'extrémité supérieure se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col.

➤ **Mesures internes**

La capacité est d'environ 3 cm³.

La longueur de la cavité utérine est chez la nullipare de 55 mm, dont 30 mm pour le corps et 25 pour le col. Chez la multipare, la cavité du corps utérin mesure 35 mm.

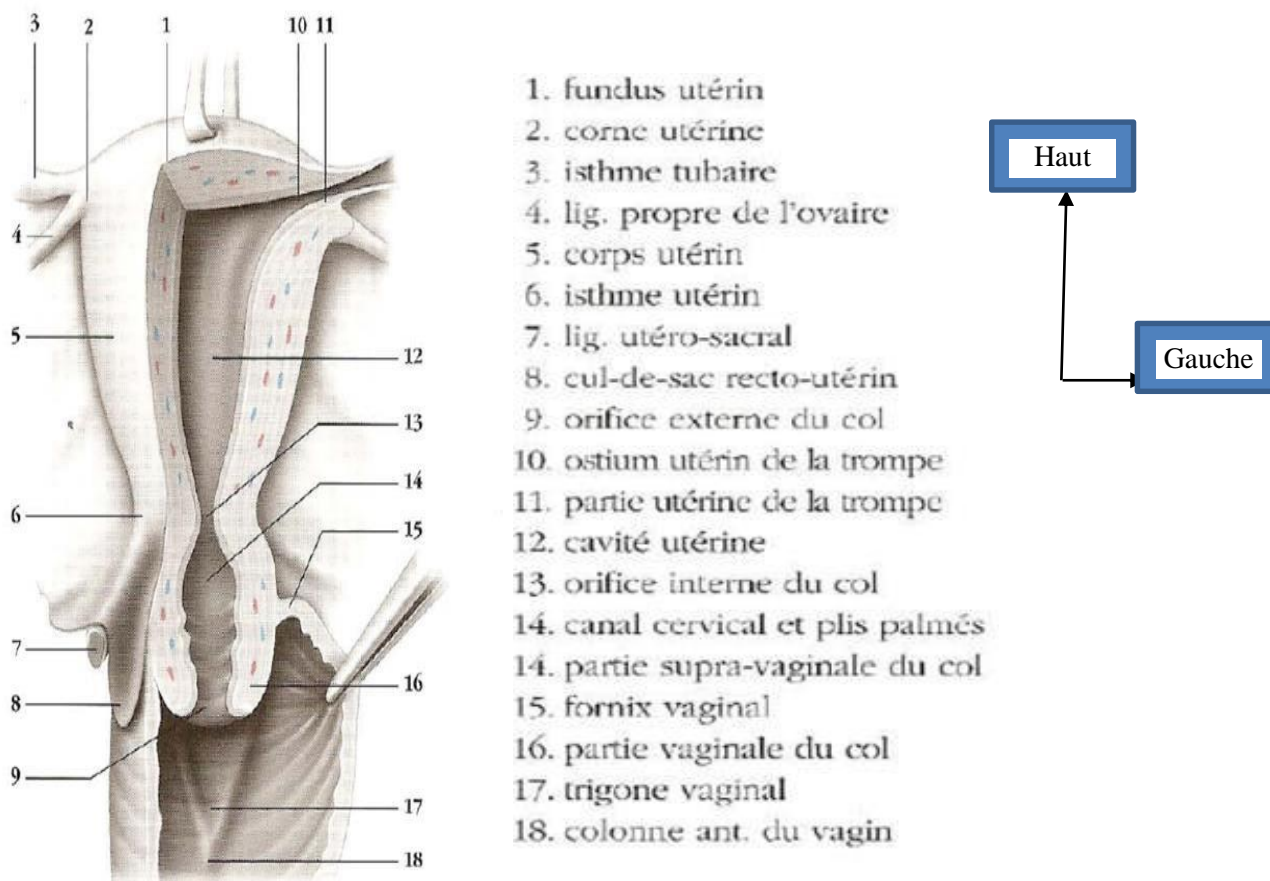


Fig.3 configuration interne de l'utérus [9].

▪ Ligaments utérins

Les ligaments utérins sont au nombre de six, pairs et symétriques. Compte tenu de la topographie pelvienne et viscérale, on peut distinguer trois niveaux de ligaments correspondant aux trois groupes d'hystérectomies et aux principales séquences opératoires

➤ Ligaments de niveau I

Ils sont constitués des ligaments ronds et des mésomètres, ils sont souples et laissent à l'utérus sa liberté d'expansion gravidique. Leur section permet l'hystérectomie subtotale.

a- Le ligament rond est mis en évidence par la traction du fundus utérin.

Sa section, peu hémorragique, permet d'aborder l'espace para vésical et le cul-de-sac vésico-utérin.

b- Le mésomètre est formé du prolongement du péritoine des faces de l'utérus ; sa section libère le corps utérin. Effectuée à 15 mm du bord latéral de l'utérus, elle est exsanguine, car les vaisseaux qu'il contient sont au contact du corps utérin.

➤ **Ligaments de niveau II**

Ils sont supra-urétériques et comprennent les ligaments vésico-utérins, les paramètres et les ligaments utéro-sacraux. Leur section permet l'hystérectomie totale simple.

a- Le ligament vésico-utérin est tendu du col à la base vésicale. Située au-dessus de l'urètre rétrovésical, il constitue le vrai verrou dont la section libère la vessie et l'urètre.

b- Le ligament utéro-sacral inséré sur le col et le fornix vaginal postérieur, se termine en regard des vertèbres sacrales S2-S4.

Au cours de l'hystérectomie totale, sa section favorise l'ascension de l'utérus et permet aussi d'entrer plus facilement dans le septum recto-vaginal

c- Le paramètre : sa section entraîne celle de l'anse utérine et libère latéralement l'isthme utérin. Son expansion antérieure inconstante se confond avec la partie latérale du ligament vésico-utérin et recouvre l'urètre rétrovésical.

➤ **Ligaments de niveau III**

Ils sont infra-urétériques et sont constitués des paracervix. Leur section caractérise l'hystérectomie totale élargie. La section du paracervix supérieur libère le col supra vaginal, et la section du paracervix inférieur le fornix vaginal latéral.

Le paracervix inférieur est en continuité, latéralement, avec le ligament latéral de la vessie.

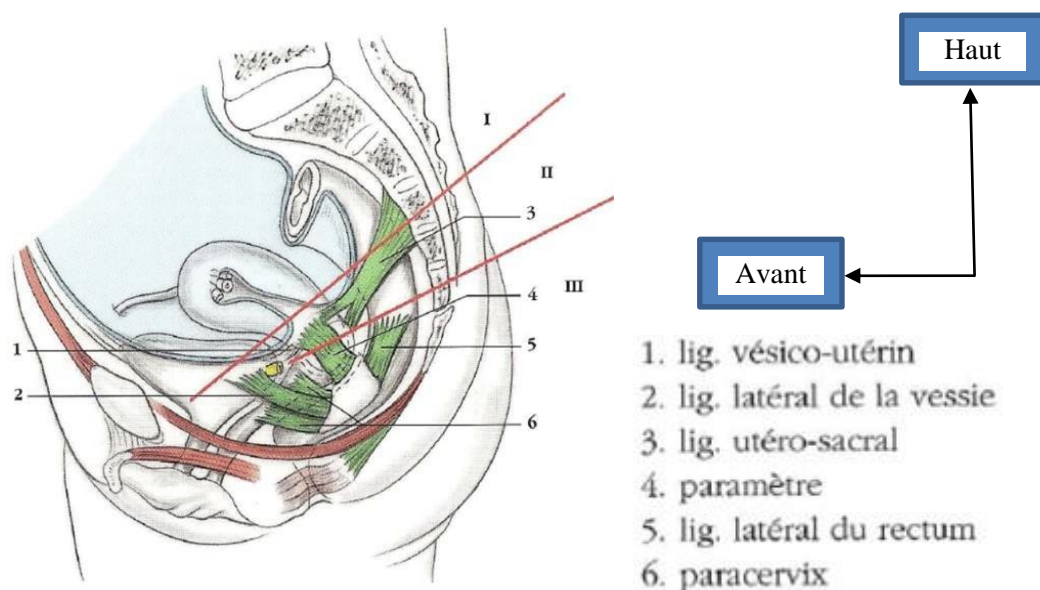


Fig.4 topographie des ligaments [9].

▪ **Rapports**

➤ **Corps utérin**

a- Le Péritoine utérin, ou perimetrium, est d'autant plus adhérent qu'on s'approche du fundus utérin.

- Sur la face vésicale, la ligne d'adhérence du péritoine, souvent marqué par un léger sillon, est situé au niveau de l'isthme utérin, c'est à dire de l'orifice interne du col. Sur la face intestinale, elle est plus basse au-dessous de l'isthme utérin.

- En avant, le péritoine utérin se continue avec le péritoine vésical au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Celui-ci est situé à 10 mm environ de la partie antérieure du fornix vaginal.

- En arrière, il descend sur la face postérieure du fornix vaginal, pour former le cul-de-sac recto-vaginal.

b- La face vésicale repose sur la face supérieure de la vessie et la face intestinale répond aux anses grêles et au colon sigmoïde.

c- Le fundus utérin répond aux anses grêles et souvent au grand omentum.

d- Chaque bord latéral répond au mésomètre dans lequel cheminent les vaisseaux utérins et le nerf latéral de l'utérus.

➤ **Partie supra vaginale**

a- Sa face antérieure est située sous le cul-de-sac vésico-utérin.

Elle est unie à la fosse rétrotrigonale de la base vésicale par le septum vésico-utérin. Ce septum constitué de tissu conjonctif lâche, est limité latéralement par les ligaments vésico-utérins. Chaque ligament vésico-utérin prolonge en avant le paramètre.

b- Sa face postérieure, recouverte de péritoine donne insertion aux ligaments utéro-sacraux recouverts de péritoine. La limite supérieure de ces insertions

correspond à l'isthme utérin. Une saillie transversale, le torus utérin, peut marquer cette limite.

d- Chaque bord latéral répond au paramètre, situé au-dessus de l'urètre. Il contient l'artère utérine, les veines et les vaisseaux lymphatiques utérins. L'artère utérine en surcroisant l'urètre forme une anse utérine. Ce croisement se situe à environ 20 mm de l'isthme et 15 mm du fornix vaginal.

➤ **Partie vaginale du col et le fornix vaginal**

Le fornix vaginal isole la partie vaginale du col septique et l'espace sous-péritonéal pelvien aseptique.

Son calibre transversal est d'environ 40 mm chez la nullipare et 60 mm chez la multipare. Son épaisseur est de 3 à 4 mm environ.

a- La partie antérieure du fornix vaginal est située à 15 mm environ de la ligne d'adhérence du péritoine. Elle est unie à la vessie, dans l'axe médian, par le conjonctif lâche du septum vésico-vaginal, et latéralement par les ligaments vésico-utérins. Sous chaque ligament chemine l'urètre rétrovésical.

Le clampage latéral des ligaments vésico-utérins peut donc blesser l'urètre.

b- La partie postérieure du fornix vaginal, recouverte sur 20 mm environ du péritoine, répond au cul-de-sac recto-utérin. Elle donne insertion aux ligaments utéro-sacraux.

c- Chaque partie latérale du fornix vaginal répond au paracervix et aux vaisseaux cervico-vaginaux.

d- Le fornix vaginal est solidarisé au col utérin par des faisceaux musculaires superficiels utéro-vaginaux, longitudinaux et des faisceaux profonds vagino-cervicaux, récurrents.

e- La traction craniale de l'utérus étire les faisceaux longitudinaux et redresse les faisceaux récurrents.

Dans l'hystérectomie intrafasciale, la section sous tension de chaque couche entraîne la rétraction des faisceaux. Les sections suivantes doivent donc se situer dans la berge inférieure de l'incision.

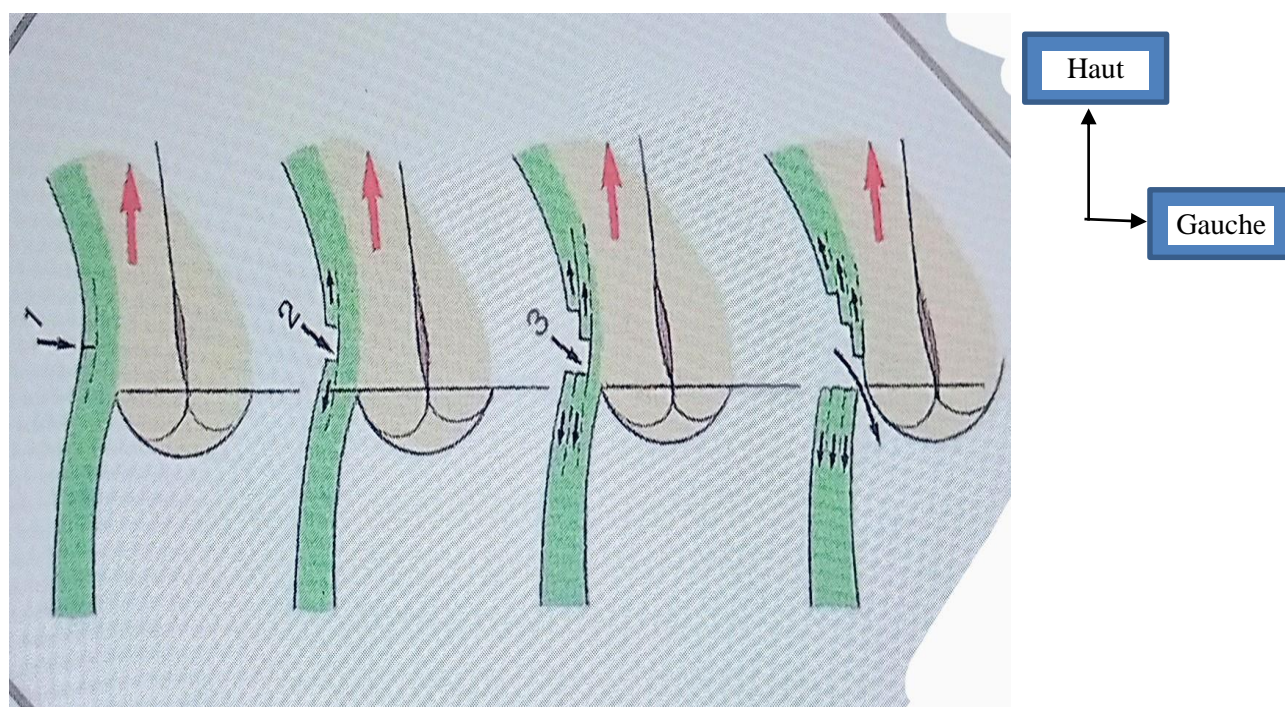


Fig.5 Hystérectomie intra fasciale effet de la traction utérine et des entailles successives de l'insertion du fornix vaginal [9].

▪ Vascularisation

La région cervico-vaginale est particulièrement vascularisée en avant et latéralement.

- **Artère utérine** : artère essentielle de la région cervico-vaginale, elle est longue de 13 à 15 cm.

a- Origine, trajet et rapports

Elle naît de l'artère iliaque interne isolément (56% des cas), ou par un tronc commun avec l'artère ombilicale (40% des cas).

- **Variations** : elle peut naître de l'artère honteuse interne (2% des cas) ou d'un tronc commun avec une artère vaginale (2% des cas).

Son trajet, arciforme avec un point déclive situé au niveau de l'isthme utérin, présente trois segments : pariétal, paramétrial et mésométrial.

- **Artères vaginales** : Au nombre de 2 à 3, elles naissent de l'artère iliaque interne, et cheminent dans le paracervix, en arrière de l'anse de l'artère utérine.

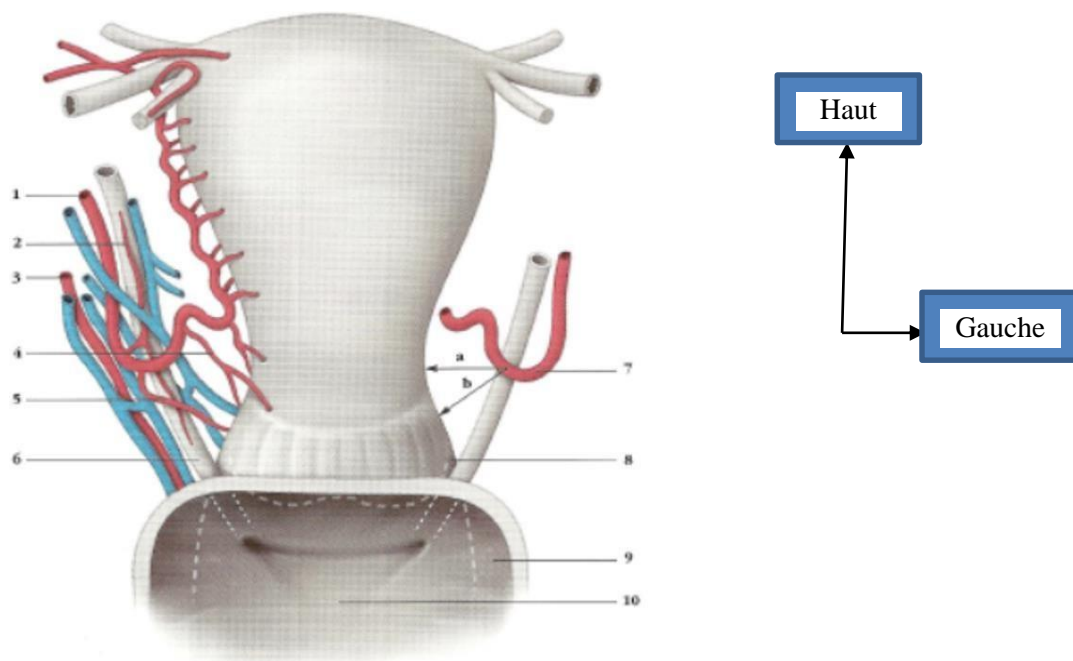
Elles donnent des rameaux destinés aux faces antérieure et postérieure du vagin.

Ces rameaux s'anastomosent largement entre eux et avec les rameaux cervicaux. Ils forment souvent deux anastomoses longitudinales médianes, les artères azygos antérieure et postérieure du vagin.

Variations : elles peuvent naître des artères utérine et rectale moyenne.

➤ **Veines** : Près des viscères, les veines forment deux plexus veineux largement anastomosés :

- Le plexus veineux utérin, collectant essentiellement les veines du corps utérin, est drainé par les veines utérines situées dans le paramètre. Il est drainé accessoirement par les veines ovariennes.
- Le plexus vaginal, très développé, collecte des veines du col utérin, du vagin et de la base de la vessie. Il est drainé par les veines vaginales situées dans le paracervix.



a = 20 mm
b = 15 mm
1. a. utérine
2. r urétérique

3. a vaginale
4. a. cervico-vaginale
5. a. vésico-vaginale
6. uretère

7. anse de l'a. utérine
8. vagin
9. vessie
10. trigone vésical

Fig.6 Vascularisation artérioveineuse de l'utérus [9].

➤ **Vaisseaux lymphatiques**

Ils forment, près des viscères, les plexus lymphatiques para-utérins et paravaginaux contenant d'inconstants nœuds lymphatiques. Largement anastomosés entre eux, ils sont drainés par de nombreux collecteurs :

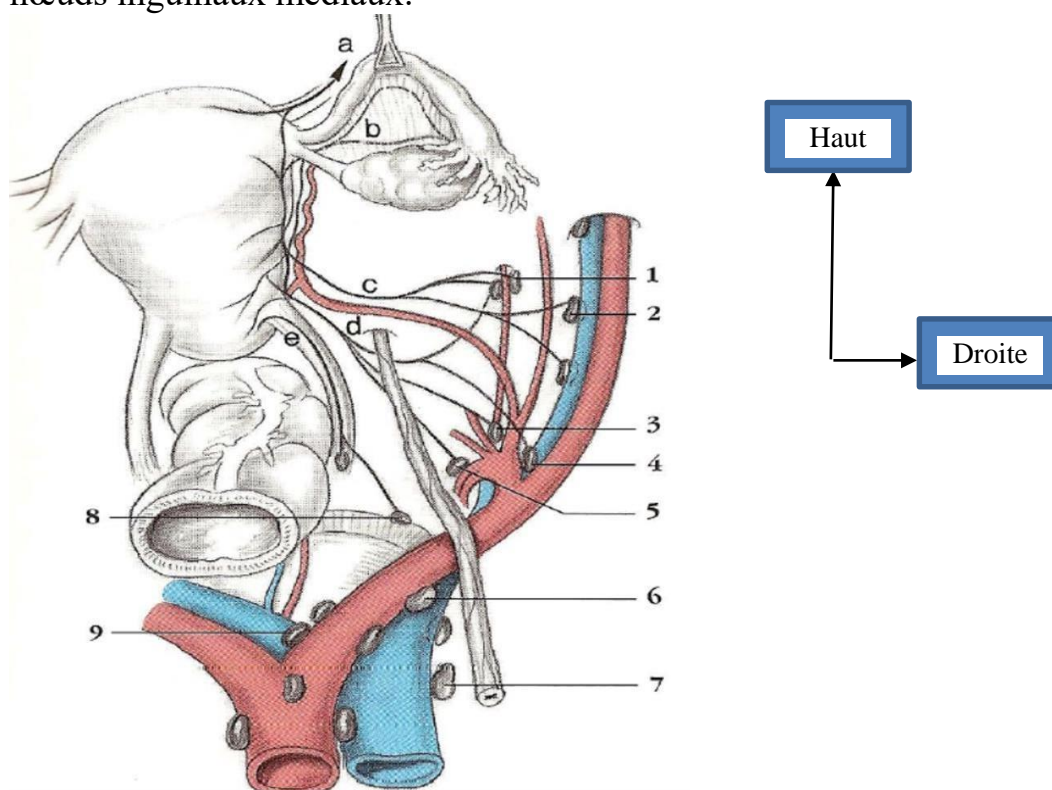
- Les collecteurs annexiels, qui drainent aussi le corps utérin, aboutissent aux

nœuds lombaires ;

- Les collecteurs paramétriaux, formés de 2 ou 3 troncs, drainent le corps utérin, le col et le fornix vaginal. Ils rejoignent les nœuds iliaques externes médiaux et obturateurs;
- Les collecteurs situés dans chaque paracervix sont les plus importants. Ils sont formés de troncs d'origine cervicale (2 à 3) et vaginale (2 à 3). Ils rejoignent les nœuds interiliaques, glutéaux et obturateurs;
- Les collecteurs sacraux accessoires se portent en arrière dans chaque ligament utéro-sacral.

Constitués de 2 à 3 troncs, ils drainent l'utérus et le fornix vaginal postérieur vers les nœuds sacraux ou du promontoire ;

Les collecteurs du ligament rond, grêles, drainent le fundus utérin vers les nœuds inguinaux médiaux.



1. nœuds et n. obturateurs
2. nœuds iliaques externes médiaux
3. nœuds glutéaux sup.
4. nœuds interiliaques

5. nœuds glutéaux inf.
6. nœuds iliaques communs
7. nœuds latéro-caves
8. nœuds du promontoire
9. nœuds sub-aortiques

Fig.7 Vascularisation lymphatique de l'utérus [9].

Structure

➤ Tunique externe

a- Tunique séreuse ou perimetrium est constituée par la séreuse du péritoine, qui

recouvre le fundus et les faces vésicale et intestinale du corps.

b- La tunique adventitielle ou fascia utérin, est un tissu conjonctif, qui recouvre les surfaces non péritonisées de l'utérus.

➤ **Tunique musculaire ou myomètre**

Elle est constituée de fibres musculaires lisses groupées en faisceaux, et séparées par du tissu conjonctif. L'ensemble des études montre que le corps utérin est à prédominance conjonctive. La densité du tissu musculaire, qui varie selon les régions, est au niveau du corps de 68,8%, au niveau du tiers supérieur du col, de 28,8%, au niveau du tiers moyen du col, de 18%, et au niveau du tiers inférieur du col, de 6,2% (Borie, Rorie et Newton).

a- La tunique musculaire du corps s'organise en 4 couches superposées:

- La couche sous-séreuse, très mince, est formée de faisceaux longitudinaux ou obliques, qui se prolongeant avec les ligaments utérins.
- La couche supravasculaire, mince, est constituée de faisceaux essentiellement circulaires.
- La couche vasculaire, épaisse, forme les deux tiers de la paroi. Elle est constituée de faisceaux musculaires plexiformes qui entourent de nombreux vaisseaux.
- La couche sous-muqueuse, mince est formée de faisceaux musculaires essentiellement circulaires.

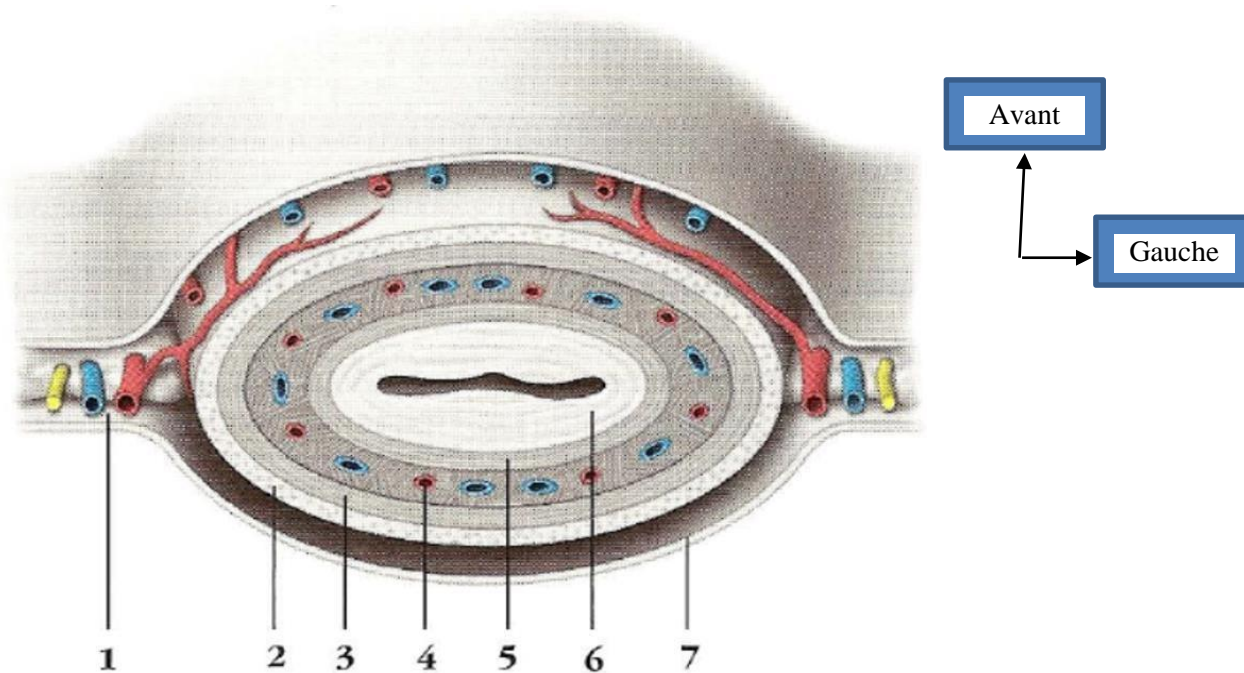
b- La tunique musculaire du col présente quelques faisceaux musculaires circulaires, des fibres longitudinales utéro-vaginales qui se prolongeant dans le vagin, des fibres obliques qui se terminent dans la muqueuse cervicale, et des fibres récurrentes vagino-cervicales.

➤ **Tunique muqueuse**

a- La muqueuse du corps ou endomètre : présente

- Un épithélium de surface, simple et cubique en phase folliculaire. Il devient cylindrique en phase lutéale;
- Des glandes utérines, tubulaires, droites en phase folliculaire et spiralées en phase lutéale ;
- Une lamina propria comprenant une couche fonctionnelle compacte, une couche fonctionnelle spongieuse, et une couche basale, liée au myomètre, persiste en phase menstruelle ;
- Des artères basales, qui donnent à la couche fonctionnelle des artérioles spiralées.

b- La muqueuse de l'endocol est un épithélium unistratifié, à cellules prismatiques de type mucipares dans les sillons des plis palmés. La muqueuse de l'exocol est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié, mince, chargé de glycogène.



- | | |
|---|-------------------------|
| 1. mésomère, vaisseaux et nerfs utérins | 4. couche vasculaire |
| 2. couche sous-séreuse | 5. couche sous-muqueuse |
| 3. couche supravasculaire | 6. endomètre |
| | 7. périmétrium |

Fig.8 Structure corps utérin en coupe transversale [9].

C- Principes opératoires [9]

▪ Objectifs généraux

- Éviter la blessure des viscères adjacents

L'identification des structures nécessite la traction continue du fundus utérin. Cette traction favorise l'éloignement de certains organes, en particulier l'artère utérine qui s'éloigne de l'urètre.

La traction constante et à l'opposé du champ opératoire facilite la dissection viscérale et le clivage des espaces.

- Réduire la perte sanguine au minimum

L'hémostase des pédicules sera progressive, symétrique et alternée droite- gauche, pour faciliter l'ascension de l'utérus vers l'opérateur.

Une vérification de l'hémostase après relâchement de la traction est impérative.

- Éviter la contamination du champ opératoire

Dès l'ouverture du fornix vaginal, sa désinfection immédiate complètera l'asepsie préopératoire.

- Restaurer l'anatomie pelvienne :

Il faut rétablir avec soin l'anatomie topographique et fonctionnelle des viscères disséqués.

D- HYSTERECTOMIE ABDOMINALE : [9]

▪ **Prémices des hystérectomies**

La position est habituellement une position de Trendelenburg modérée.

▪ **Laparotomie**

L'exploration pelvi-abdominale habituelle conditionne la poursuite de l'intervention. En effet, la présence de métastases viscérales ou nodales lombaires conduit à l'abandon de la chirurgie au profit d'une autre thérapeutique.

En cas de difficultés liées au volume et à la fixité de l'utérus et des annexes, des gestes initiaux spécifiques seront pratiqués tels des adhesiolyses, une kystectomie,

une myomectomie. Ces manœuvres impératives permettent de restaurer l'anatomie topographique normale de l'utérus et des uretères.

▪ **Hémostase temporaire de la circulation utérine de retour**

Elle est assurée, au niveau des cornes utérines, par des pinces (ou nœuds) qui serviront aussi de tracteurs de l'utérus au cours de l'intervention.

▪ **Ligature du ligament rond et incision du cul-de-sac vésico-utérin**

Le fundus utérin est tiré fermement cranialement du côté opposé à l'intervention. La ligature et la section du ligament rond sont suivies de l'incision de la lame antérieure du ligament large, et du cul-de-sac vésico-utérin, en dessous de la ligne d'adhérence du péritoine sur l'utérus.

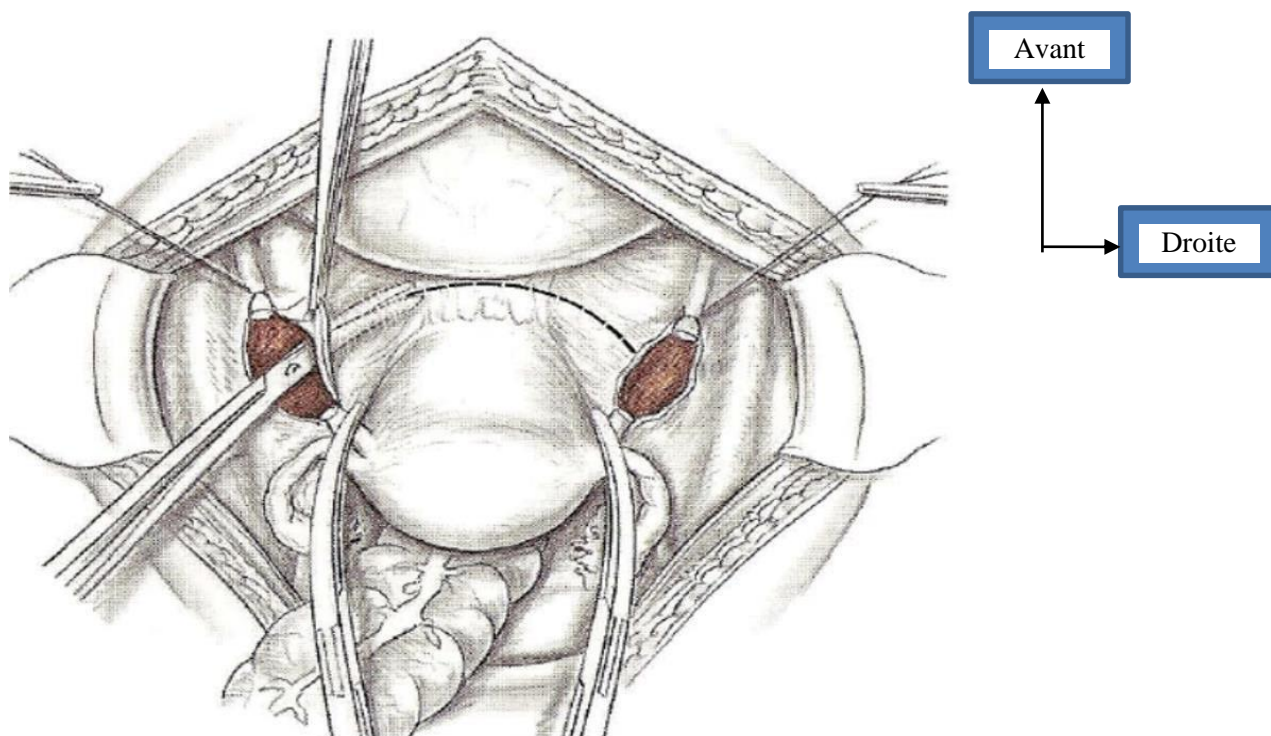


Fig. 9 ligature du ligament rond et incision du cul-de-sac vesico-uterin [9].

▪ **Temps annexiels**

- En cas d'annexectomie, la ligature du ligament suspenseur de l'ovaire, suivie de l'annexectomie, précède la ligature du ligament rond.
- En cas de conservation annexielle, un nœud enserre l'ensemble isthme tubaire et ligament propre de l'ovaire.
- En cas de ligament rond grêle, une ligature l'enserme avec l'isthme tubaire et le ligament propre de l'ovaire.

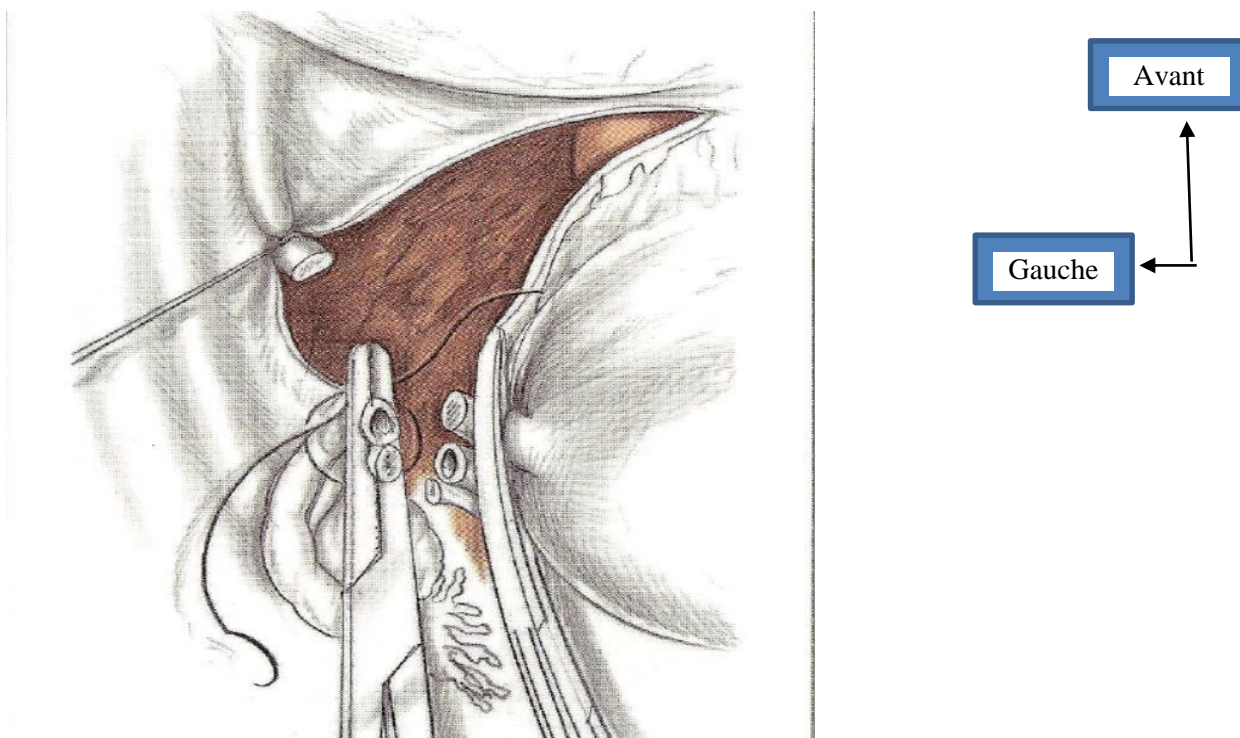


Fig. 10 temps annexiels de l'hystérectomie abdominale [9].

- **Incision de la lame postérieure du mesomètre**

Elle est effectuée en direction de l'insertion utérine du ligament utéro-sacral voisin.

- **Isolement de la vessie, du col utérin et du fornix vaginal**

La traction divergente de la vessie en avant et de l'utérus cranialement met en évidence les tractus conjonctifs du septum vesico-utérin. La dissection, créant l'espace vésico-utérin, débute sur la ligne médiane contre l'utérus. La dissection aux ciseaux est facile et peu hémorragique. Elle doit s'arrêter latéralement devant la résistance des ligaments vésico-utérins.

Variante : un complément de décollement vésical peut être effectué à l'aide d'une compresse humide montée s'appuyant sur la jonction cervico-vaginale, avec douceur.

Haut

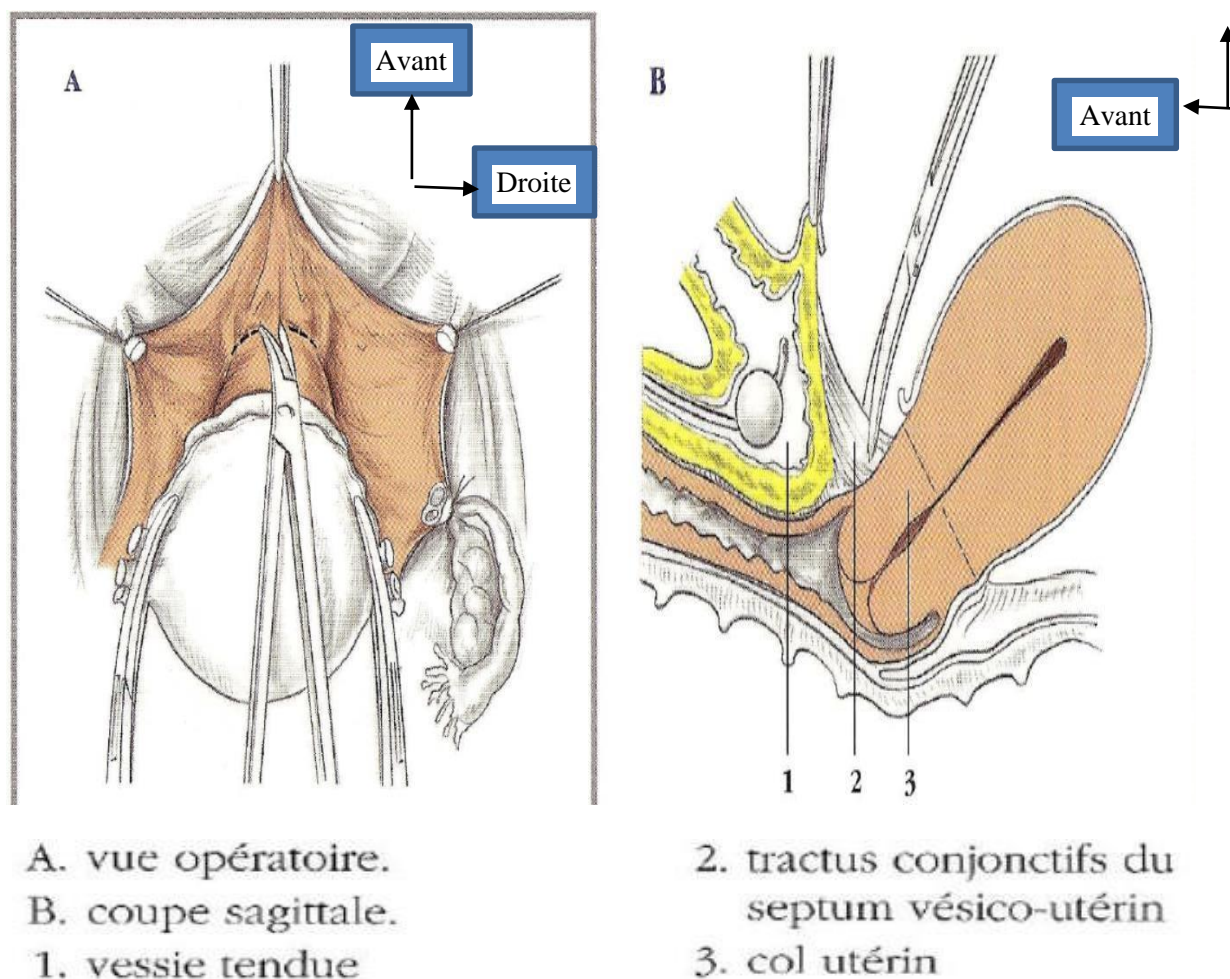


Fig.11 Isolement de la vessie, du col utérin et du fornix vaginal [9].

▪ **Hystérectomie subtotale**

▪ **Caractéristiques anatomiques**

- Les ligaments de niveau I sont sectionnés
- Le col utérin et les paramètres sont conservés
- Les artères utérines sont liées au niveau de l'isthme.
- Le risque de plaies urétériques et vésicale est inexistant.

▪ **Séquences opératoires**

- Les préliminaires à toute hystérectomie sont suivis d'un décollement vésico-utérin limité.
- Le clampage de l'artère utérine à l'aide d'une pince forte courbe, type Jean-Louis Faure, est perpendiculaire à l'isthme utérin.
- La section du mesomètre et du pédicule utérin est oblique et médiale à la pince.
- Les incisions transversales des faces antérieure et postérieure de l'isthme utérin

sont dirigées vers le canal cervical et forment un angle dièdre ouvert en haut.

- La fermeture de la section est réalisée par deux ou trois points en X qui affrontent la surface de section de la partie supravaginale du col. La péritonisation recouvre la surface vaginale.

- **Hystérectomie totale simple**

- **Caractéristiques anatomiques:**

- Les ligaments de niveau I et II sont sectionnés
- Les artères utérines et les paramètres sont sectionnés.
- Les artères cervico-vaginales et les paracervix supérieurs sont sectionnés.
- Le vagin est desinséré du col, qui est enlevé.

- **Hystérectomie totale extrafasciale**

Les préliminaires à toute hystérectomie abdominale aboutissent à la libération du fornix vaginal antérieur. Ce qui se traduit à la mise en évidence de l'aspect nacré du fascia vaginal sur 10 mm environ.

Le col utérin repéré par le pouce en empaumant l'utérus sous traction, le segment parametrial de l'urètre est palpé entre le pouce et l'index.

Après protection et refoulement du fundus vésical par une valve placée dans le décollement vésico-utérin droit, on procède au clampage du pédicule utérin à l'aide d'une pince forte courbe. Celle-ci, perpendiculaire à l'isthme utérin, mord le bord latéral de l'utérus. Son extrémité se situe légèrement au-dessous du bord supérieur du ligament utéro-sacral

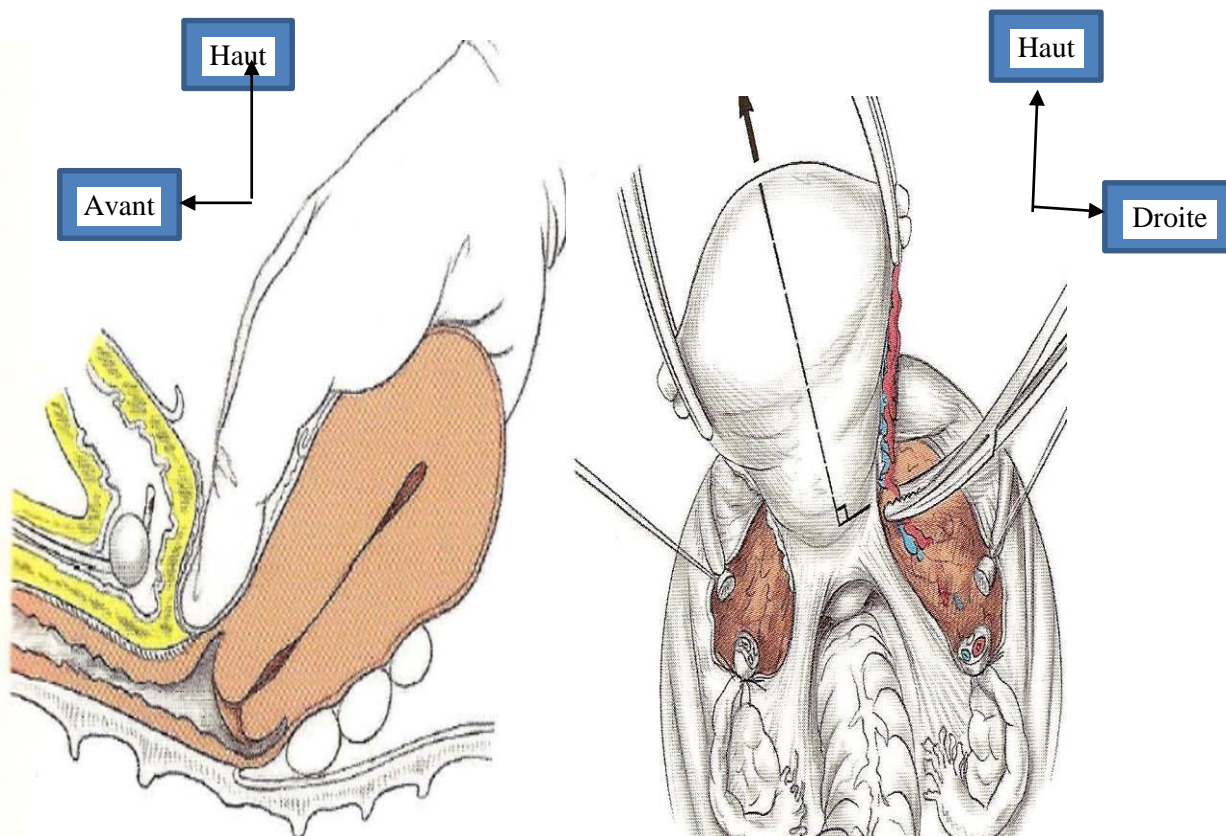


Fig.12 repérage du col utérin [9]. Fig.13 clampage du pédicule utérin [9].

Parfois, un point appuyé contre l'isthme assure une hémostase complémentaire de la circulation de retour.

- Après section des vaisseaux utérins et du paramètre, les ciseaux contournent le bec de la pince inférieure au ras de l'utérus, en une courte entaille de 5 mm environ. Double ligature du pédicule utérin.
- L'utérus tendu en avant et en haut, expose les ligaments utéro-sacraux. Le décollement du péritoine utérin postérieur est limité, voire inutile.
- Les ligaments utéro-sacraux sont clampés perpendiculairement à leur axe, au ras de l'utérus. Leur section et leur ligature facilitent l'ascension de l'utérus. L'utérus tendu en arrière, en haut et du côté opposé, le nœud utérin est écarté latéralement et en bas par le dos des ciseaux. Le clampage du pédicule cervico-vaginal est effectué à l'aide d'une pince verticale parallèle à l'isthme. Cette pince médiale au pédicule utérin enserre le paracervix supérieur dans le fascia incisé.
- La hauteur du paracervix étant variable, une prise peut être nécessaire après cette ligature ; ce deuxième clamp doit être médial à la ligature précédente.
- Après la section et la ligature du pédicule cervico-vaginal droit, on effectue à gauche les mêmes séquences qu'à droite.
- Après repérage du col utérin, une incision circulaire du fascia est au niveau de l'insertion cervicale du vagin. Sous l'effet de la traction et de la rétraction des fibres sectionnées, l'incision s'étale. Le vagin est ouvert au niveau du sillon

inférieur de l'incision.

NB : aucune ouverture de vagin ne doit être envisagée tant que la vessie n'est pas bien isolée. En cas de difficulté de dissection vésico-utérine, une injection intravésicale d'indigo carmin ou de bleu de méthylène révélera toute plaie vésicale dont la réparation sera immédiate.

- Les angles et les bords du vagin sont repérés par quatre pinces.
- Après désinfection du fornix, le vagin est fermé par deux ou trois points en

U horizontaux qui solidarisent les ligaments utéro-sacraux au fornix vaginal. Les angles du fornix vaginal sont solidarisés avec les ligaments ronds et une peritonisation est effectuée, surtout au-dessus du fornix vaginal.

NB : en cas de saignement de la tranche vaginale, deux surjets hémostatiques des bords vaginaux sont effectués. La fermeture partielle du vagin avec un drainage vaginal est justifiée si un risque infectieux existe.

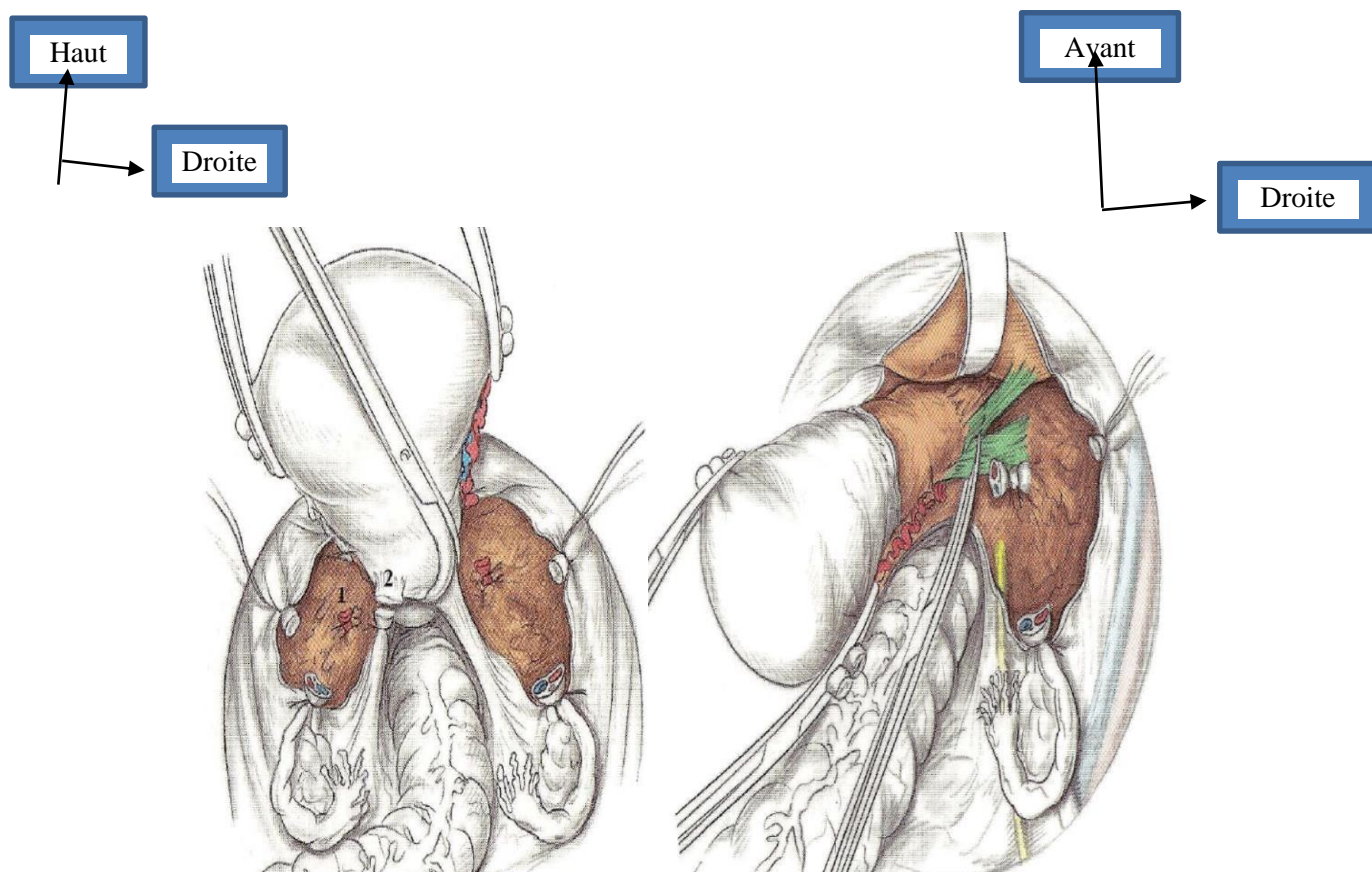


Fig.14[9].1- pédicule sectionné Fig.15 : clampage du paracervix supérieur [9].

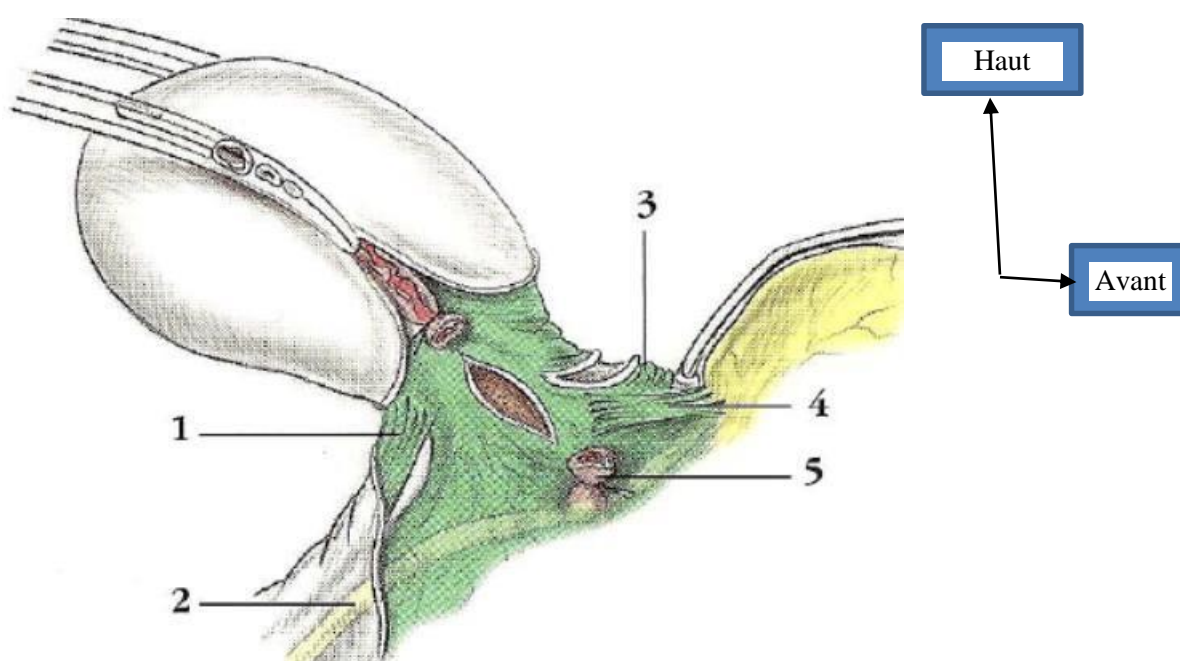
2-ligament utéro-sacral sectionné et lié

▪ **Hystérectomie totale intrafasciale**

Elle est indiquée pour les lésions uniquement bénignes et lorsqu'il existe une sclérose conjonctive rendant les clivages difficiles. Les lésions urétériques et

vésicale sont exceptionnelles mais l'intervention est plus longue et les hémostases plus fréquentes.

- Après un décollement vésico-utérin, on procède à la ligature et la section des pédicules utérins, puis à celle des ligaments utéro-sacraux.
- Une incision arciforme à concavité supérieure du fascia antérieur, est placée au niveau de l'insertion vaginale.
- Le pédicule cervico-vaginal est clampé à l'aide d'une pince verticale, dont le mors antérieur est situé dans l'incision fasciale et le mors postérieur, médial au pédicule utérin. La section et la ligature du pédicule permettent une légère ascension de l'utérus.
- Une incision circulaire, placée dans le sillon inférieur de l'incision fasciale, sectionne les myofibres vaginales qui se rétractent. Une deuxième, voire une troisième incision, est placée, toujours dans le sillon inférieur. La muqueuse vaginale attente émet un tympanisme. Quelques petites hémostases sont parfois nécessaires.



- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. lig. utéro-sacral | 4. lig. vesico-utérin |
| 2. uretère rétroligamentaire | 5. pédicule utérin |
| 3. fascia utéro-vaginal | |

Fig.16 hystérectomie totale intra fasciale incision du fascia utéro vaginal [9].

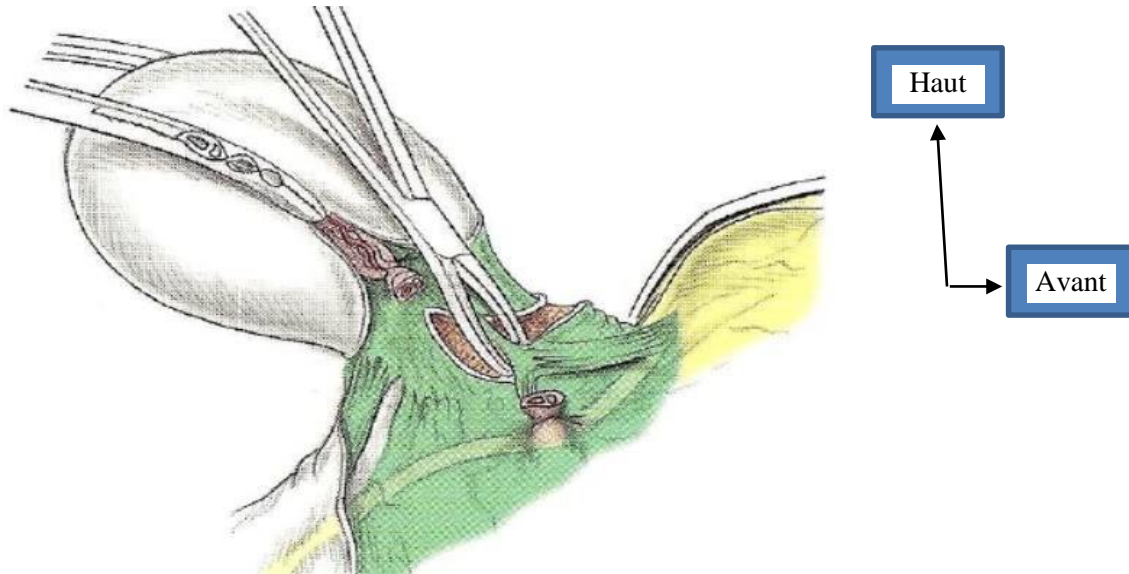


Fig.17: hystérectomie totale prise du pédicule cervical [9].

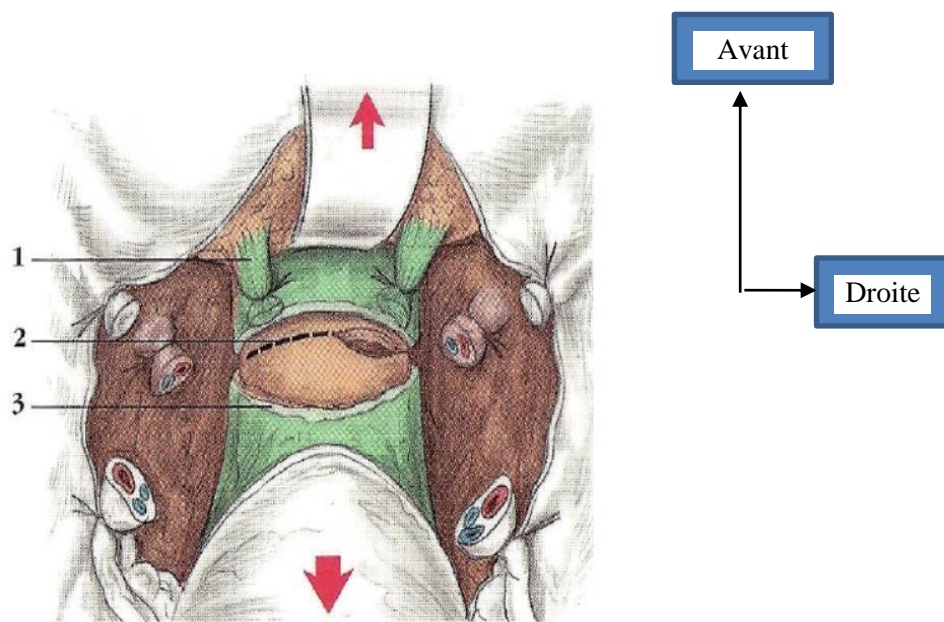


Fig.18 : 1- lig. Vésico-utérin 2- Tracé de l'incision vaginal 3- Fascia utéro-vaginal incisé et rétracté [9].

▪ **Hystérectomies élargies (opération de Wertheim)**

Elles sont caractérisées par la nécessité d'un décroisement de l'uretère, afin de le préserver et de bien isoler le paramètre du paracervix.

La complexité des classifications proposée s'appuyant sur une terminologie discordante, ne permet pas une compréhension aisée des techniques chirurgicales. Nous adopterons donc la classification de Querleu pour sa simplicité et sa réalité anatomique.

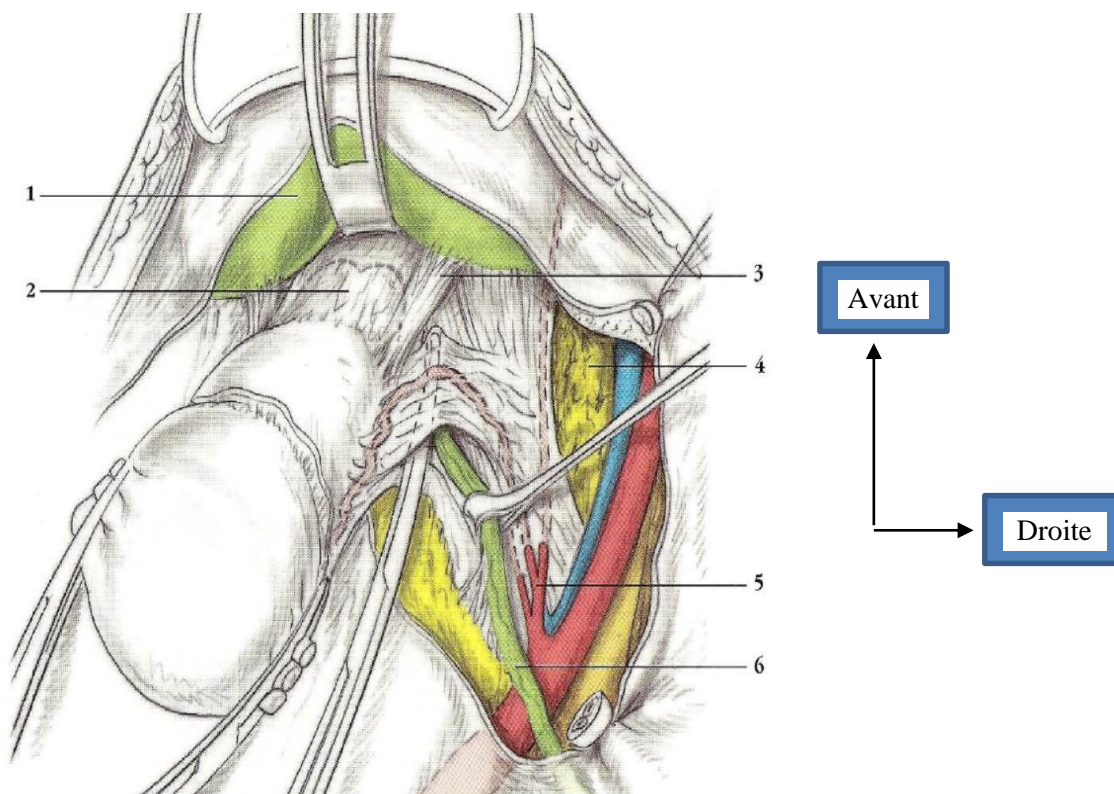
▪ **Hystérectomie élargie proximale (ou Wertheim proximal)**

a- Les caractéristiques anatomiques

- Les paramètres et les paracervix sont liés près de l'utérus et du vagin.
- L'ablation du tissu conjonctif pelvien, peu étendue, emporte cependant les lymphatiques para-utérins, la vascularisation de l'uretère est préservée.
- La résection de la collerette vaginale mesure environ 2 cm.

b- Les séquences opératoires

- L'exploration abdomino-pelvienne comporte : le prélèvement du liquide péritonéal pour examen cytologique, la palpation des nœuds lymphatiques lombaires, du foie et des reins, l'appréciation de la mobilité utérine, et du degré d'infiltration des paramètres, et l'identification de l'uretère pariétal.
- Les temps initiaux sont communs à toute hystérectomie : les annexes sont soit enlevées, soit transposées.
- Le décollement vésico-utérin doit être initial, car c'est de lui que dépend le choix de la poursuite de l'intervention.
- La libération de l'uretère rétroligamentaire sur 2 cm est suivie de la dissection du paramètre et du décroisement de l'uretère intraligamentaire droit



- 1- Vessie, 2- Vagin, 3- Lig. Vésico utérin, 4- Fosse para-vésicale,**
5- Tronc artériel ombilico-utérin, 6- uretère

Fig.19[9].

Après écartement du péritoine et de l'uretère, la pointe d'un dissecteur aborde la gaine adventitielle conjonctive urétérique médialement et au-dessus de l'uretère. La tunnellation de l'uretère s'effectue d'arrière en avant, la courbure du dissecteur étant antéro-médiale.

La vessie bien abaissée est maintenue par une valve. La sortie du tunnel d'environ 1 cm se fait dans l'espace vésico-utérin latéral.

Les branches écartées du dissecteur facilitent le clampage du pédicule utérin et du paramètre à l'aide de deux pinces. La section entre les pinces et le contrôle de l'uretère sous-jacent sont suivis de la ligature simple du bout médial, et double du bout latéral.

- La libération de l'uretère rétrovésical. Le dissecteur au contact du bord médial de l'uretère, est introduit transversalement sous le ligament vésico-utérin, au contact de l'utérus. Il ressort dans l'espace vésico-utérin médial. La ligature et la section du ligament vésico-utérin permettent de mobiliser et de refouler vers le bas l'uretère et la vessie. Le fornix vaginal antérieur est ainsi libéré.
- Le décroisement et la libération de l'uretère gauche sont effectués.
- L'exposition du cul-de-sac recto-utérin de Douglas par une traction du rectum

en arrière et une traction de l'utérus en avant, permettent l'ouverture du Douglas. Elle est suivie du clampage et de la section des ligaments utéro-sacraux, puis de la dissection du septum recto-vaginal.

- L'uretère étant maintenu latéralement, le paracervix est clampé entre deux pinces dirigées obliquement en avant, parallèles à l'axe vaginal. La section entre deux pinces, est suivie de ligatures appuyées.
- La manœuvre identique, effectuée du côté gauche, est suivie de la section du vagin.

▪ **Hystérectomie élargie distale (Wertheim distal)**

a- Les caractéristiques anatomiques

Les fosses para vésicales et para rectales sont largement ouvertes pour isoler les ligaments latéraux de la vessie et les paracervix au niveau de leurs insertions pariétales.

Les paracervix sont liés à distance, près de la paroi pelvienne.

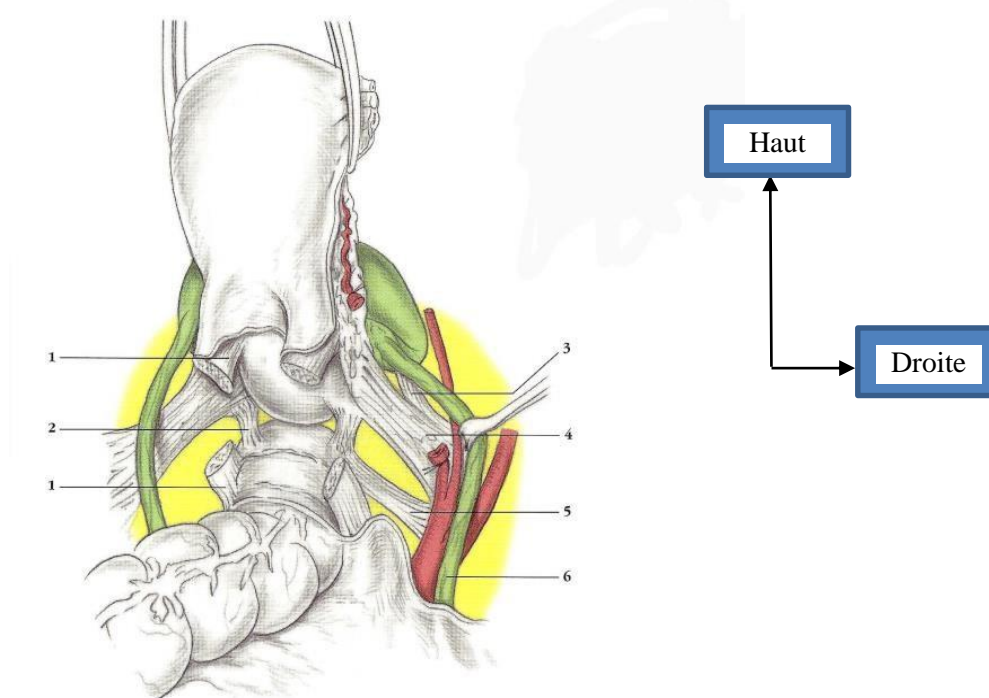
La résection de la collerette vaginale mesure 3 cm ou plus.

b- Les séquences opératoires

Les préliminaires sont communs à toute hystérectomie abdominale.

- L'ouverture de la fosse paravésicale est effectuée entre l'artère ombilicale et la veine iliaque externe.
- L'artère ombilicale repérée contre la vessie est tendue et disséquée pour remonter à l'origine de l'artère utérine, qui est liée sans section. Le fil est gardé un peu long comme repère (Novak).
Si la lymphadenectomie iliaque précède l'hystérectomie, l'identification des artères ombilicale et utérine sera plus facile.
- La libération de l'uretère rétroligamentaire, puis la tunnellation de l'uretère intraligamentaire, permettent la ligature et la section de l'anse utérine. En tirant sur le bout médial de l'artère utérine maintenu par une pince, et sur l'extrémité d'origine liée, on voit se tendre l'artère utérine, et le paramètre. La résection du paramètre emporte le segment de l'artère utérine.
- La libération de l'uretère rétrovésical procède comme ci-dessus.

Après manœuvre identique du côté controlatéral, on procède au clivage recto-vaginal et à la section des ligaments utéro-sacraux.



1.Lig utero-sacral sectionné 3.lig latéral de la vessie 5.Lig lateral du rectum

2.Lig recto-vaginal 4.Paracervix 6.Urètre

Fig.20 : Hystérectomie élargie distale (topographie opératoire des ligaments, vue postérieure) [9].

- L'ouverture de la fosse para-rectale est effectuée entre l'uretère médial, et l'artère iliaque interne, latérale. L'uretère maintenu médialement, le paracervix est clampé en masse à l'aide de deux pinces le plus loin de son insertion vaginale, près de la paroi pelvienne. On procède à la section et à la ligature du bout pariétal du paracervix.
- Le bout viscéral du paracervix, est glissé, et décroisé sous l'uretère,
- Récliné vers le sacrum pour tendre le ligament latéral de la vessie.

L'uretère étant maintenu latéralement, un instrument mousse est glissé sous le ligament latéral de la vessie.

E- HYSTERECTOMIE VAGINALE [9]

L'hystérectomie vaginale consiste en l'exérèse de l'utérus à travers le vagin. Elle présente de nombreux avantages par rapport à l'hystérectomie abdominale : la brièveté de l'intervention, la rapidité de la reprise du transit, la réduction des complications per et postopératoires, et l'absence de cicatrice abdominale. Ces avantages en font d'elle l'hystérectomie de première intention chaque fois que les

conditions anatomiques sont favorables.

Les difficultés de compréhension de cette technique relèvent essentiellement de facteurs anatomiques. En effet, outre l'exiguïté du champ opératoire, certaines manœuvres chirurgicales entraînent des modifications topographiques de nombreuses structures anatomiques. Par ailleurs, ces structures sont observées en position dorso-périnéale.

- **Principes opératoires**

- **Objectifs**

- Désolidariser l'utérus de ses rapports viscéraux, en clivant les septums et en maintenant éloignés de l'utérus la vessie, l'urètre et le rectum.
- Mobiliser l'utérus tout en assurant l'hémostase par la ligature des ligaments.
- Restituer la cavité abdomino-pelvienne en laissant en particulier les annexes intrapéritonéales.
- Rendre au fornix vaginal sa topographie et sa fonction de soutènement.

- **Prémices opératoires**

La position dorso-périnéale inclinée permet l'éloignement des anses intestinales. Après badigeonnage du champ opératoire, la région anale est protégée par un champ adhésif.

NB : le sondage vésical sera effectué avant la peritonisation. Ceci permet la mise en évidence de toute plaie vésicale au cours du clivage vesico-utérin.

- **Séquences opératoires (technique de Peham- Amreich)**

Cette technique excellente allie la rigueur anatomique à la sécurité et la rapidité du geste chirurgical.

- **Exposition du col :** Elle est obtenue par une valve antérieure (type Breisky) et une postérieure (type Magniagali). La préhension et la traction de la lèvre antérieure du col seront fermes et permanentes durant les étapes opératoires.

- **Colpotomie antérieure**

Franche et arciforme, elle est placée sur la lèvre inférieure du sillon vésical et effectuée perpendiculairement au col pour ne pas léser la vessie. Sous l'effet de la traction, les myofibres de la musculature vaginale se rétractent et la colpotomie s'évase.

La lèvre distale de la colpotomie incluse dans une nouvelle prise de la pince tractrice facilite le temps suivant.

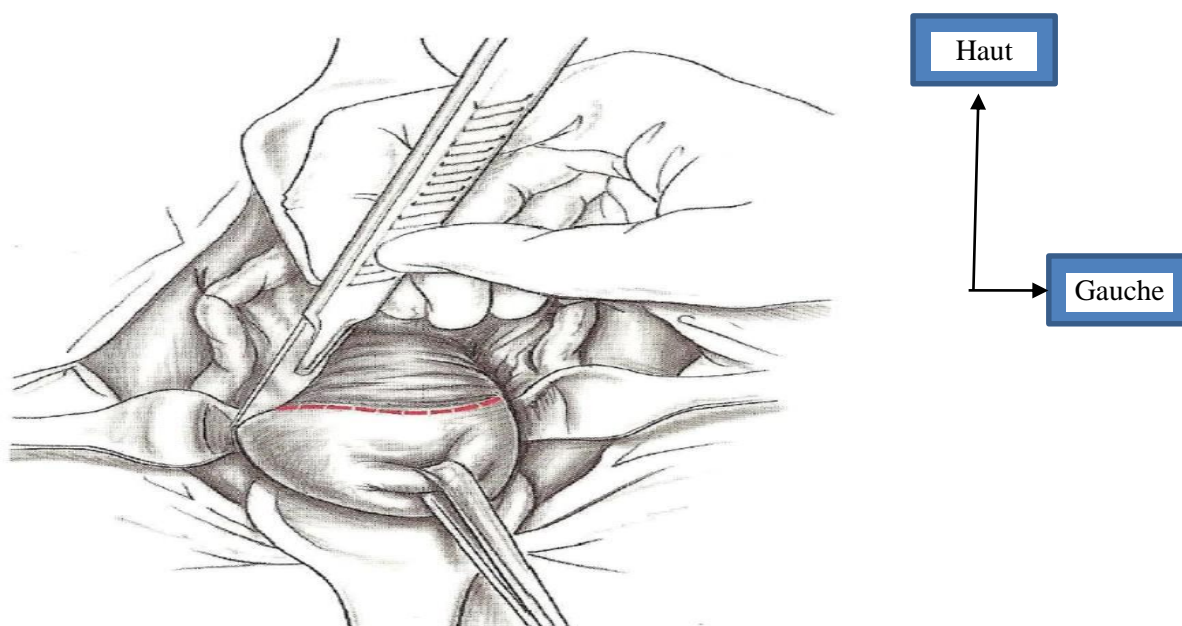
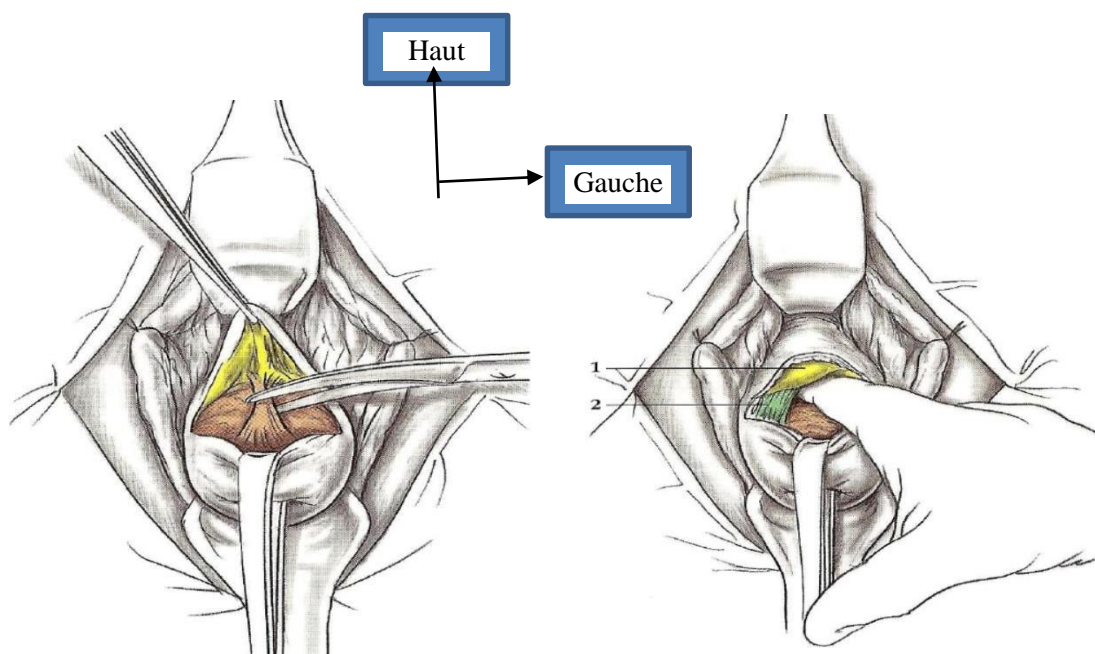


Fig. 21 : Colpotomie antérieure [9].

- Clivage du septum vésico-utérin

Les tractus vésico-utérins sont sectionnés aux ciseaux courbes, pointés vers le col. Le décollement vésico-utérin est effectué par un refoulement crânial de la vessie aux ciseaux, puis complété au doigt, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin que l'on palpe et localise. En cas de difficulté, celui-ci sera ouvert.

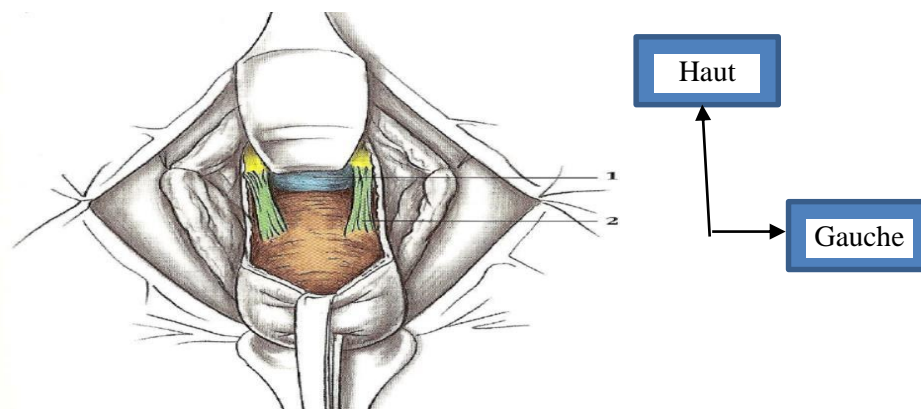


1. Vessie

2. Lig. Vésico-utérin

Fig.22 : section des tractus du septum vésico-utérin [9].

Fig.23 : décollement vésico-utérin [9].



1. cul de sac vésico-utérin 2. Lig. Vésico-utérin

Fig.24 : Contrôle du décollement vésico-utérin [9].

- Colpotomie postérieure :

Le col est relevé et tendu ventralement tandis que le rectum est refoulé en arrière. La colpotomie postérieure effectuée au niveau de l'insertion postérieure du vagin complète l'incision arciforme du col. Cette incision doit être plus à distance de l'orifice externe du col que la colpotomie antérieure.

La dissection de la paroi vaginale doit être effectuée à distance de la paroi postérieure du col. Une traction postérieure de la lèvre inférieure de l'incision vers le fundus du cul-de-sac recto-utérin. Celui-ci apparaît sous forme d'une dépression entre les ligaments utéro-sacraux.

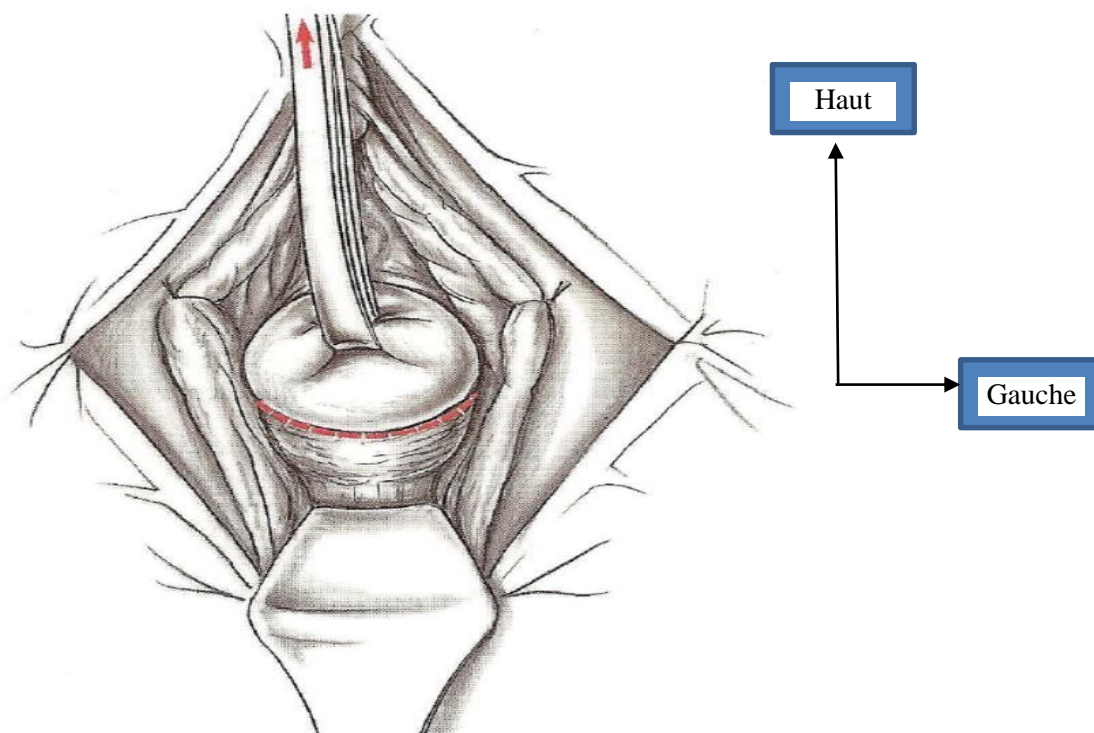


Fig.25 : Colpotomie postérieure [9].

- Ouverture du cul-de-sac de Douglas

Elle est immédiatement suivie de l'écoulement de liquide péritonéal.

La brèche péritonéale est agrandie au doigt ; le pelvis est exploré. La valve postérieure, introduite par la brèche, est appliquée sur le rectum. Ce temps critique peut être le premier geste, si l'on soupçonne des difficultés, le renoncement à la voie basse pouvant être décidé à temps.

Variante : l'incision postérieure est souvent hémorragique, aussi certains auteurs solidarisent- ils immédiatement le péritoine postérieur à la lèvre postérieure du fornix vaginal par un surjet ou des points séparés. Ce geste réduit le champ opératoire.

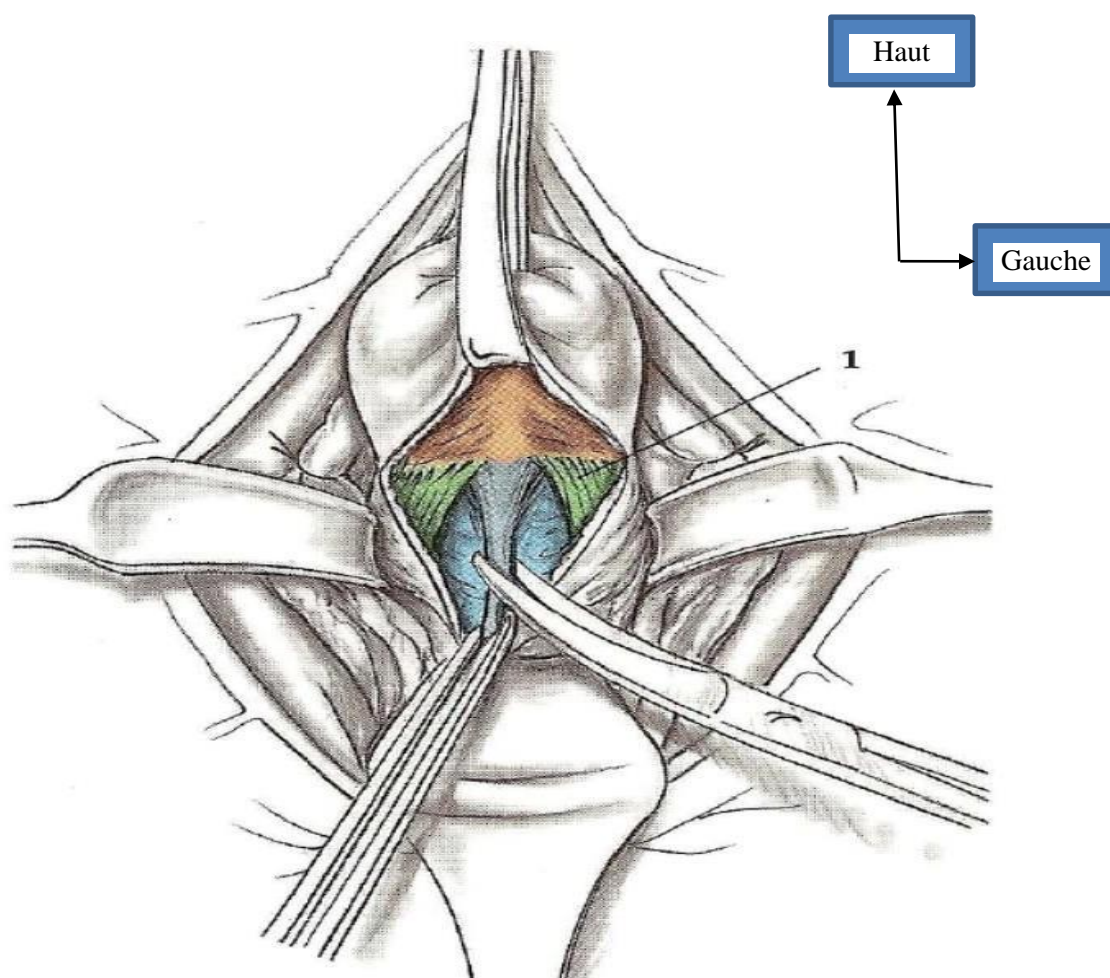


Fig.26 : Ouverture du Douglas [9].

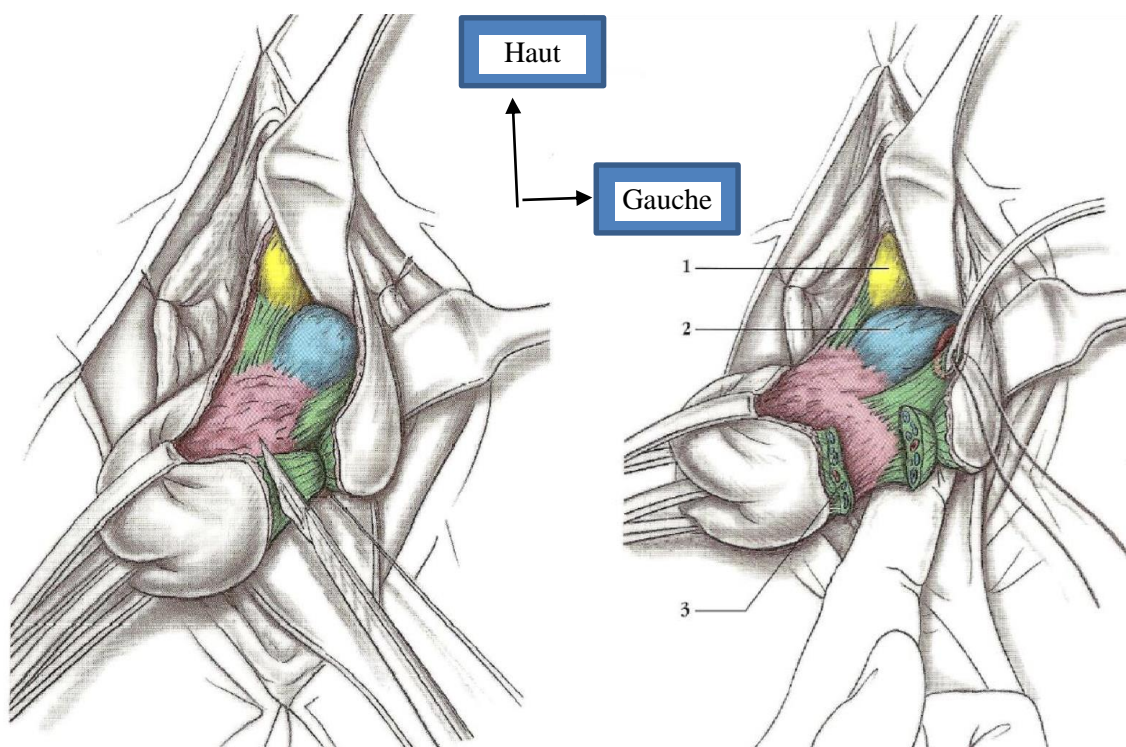
1. Lig. Vesico-utérin

- Ligatures des pédicules utérins gauches :

L'exposition du champ opératoire est obtenue par une légère translation latérale gauche des valves. La valve postérieure protège et éloigne le rectum, la valve antérieure éloigne la vessie et l'urètre gauche.

Après traction caudale et à droite du col, les deux index pinçant le bloc ligamentaire gauche, glissent dans le sens cranio- caudal, pour repérer l'anse utérine. La ligature du paracervix supérieur et du ligament utéro-sacral gauche se

fait en aval de l'anse utérine. Sa section favorise la descente de l'anse utérine. Puis la ligature de l'artère utérine s'effectue en passant à travers l'anse utérine. Ce nœud placé en amont du précédent, lie la branche utérine afférente et solidarise le paramètre au paracervix tels qu'ils sont en réalité.



1. Vessie ; 2. Cul de sac vésico-utérin ;
3. Paracervix sup. et lig utéro-sacral gauches sectionnés

Fig.27 : section du paracervix

Fig.28 : ligature du paramètre de l'anse utérine.

Extériorisation du fundus utérin

Elle est effectuée de préférence en arrière, à travers le cul-de-sac recto-utérin de Douglas plus vaste. Le col étant relevé, le fundus bascule, il est saisi et extrait, souvent par taxis.

- Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

Il est ouvert en avant d'un doigt- guide soulevant le péritoine. Les mesomètres gauche et droit sont sectionnés.

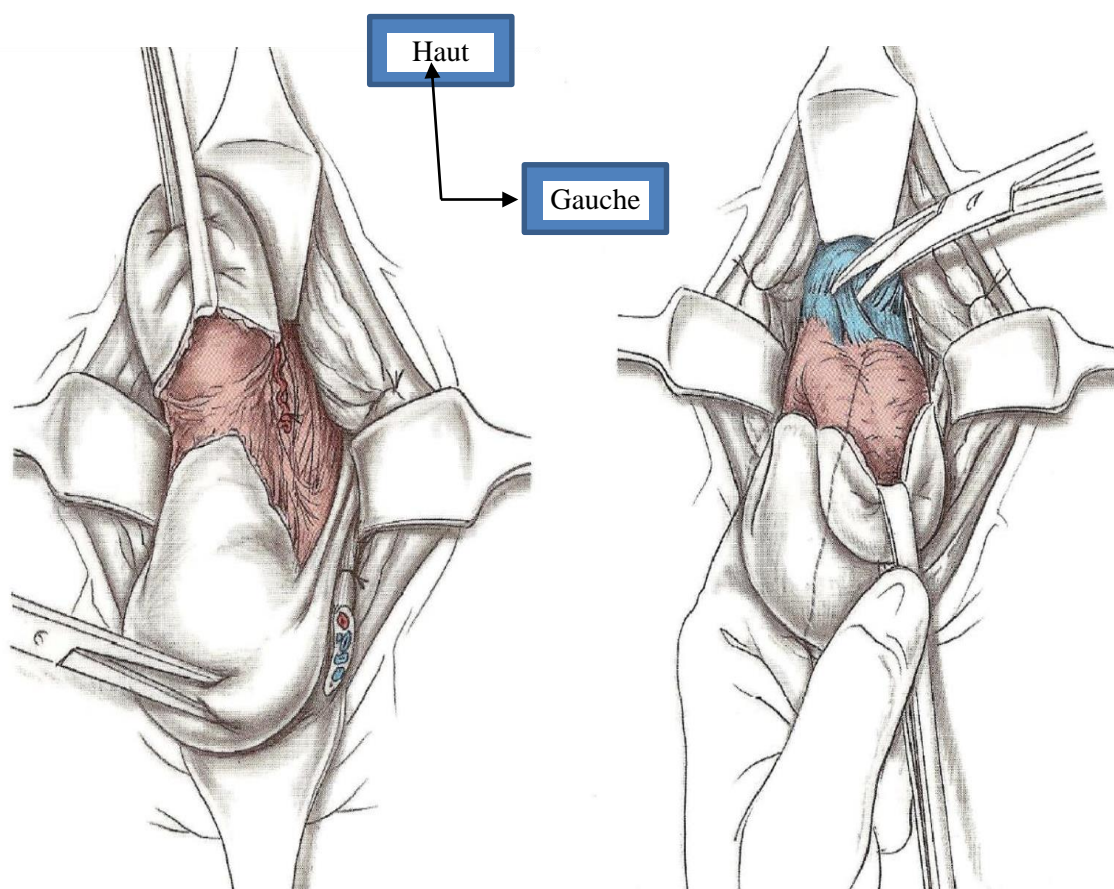


Fig.29 : extériorisation du fond utérin [9]. **Fig.30 : ouverture du cul de sac vésico-utérin [9].**

- Ligatures des pédicules des cornes utérines :

Ils sont clampés et sectionnés, en bloc ou séparément. Une mèche refoule les anses intestinales et permet l'exploration des annexes, puis la ligature des pédicules.

- Peritonisation :

Elle doit être effectuée soigneusement, en laissant les annexes conservées intrapéritonéales. Elle procède de deux hémi- surjets, droit et gauche, suivis de l'union des deux nœuds.

Variante : l'exclusion d'un cul-de-sac de Douglas profond par cloisonnement, selon le procédé de Richter, peut être un geste complémentaire indispensable.

Temps vaginal

Un surjet hémostatique de chaque lèvre vaginale est effectué. Chaque angle vaginal est solidarisé aux ligaments utéro-sacraux et au paracervix. La fermeture partielle du fornix est conseillée pour favoriser l'expulsion éventuelle de sécrétions.

Dans une étude randomisée, Cruikshank n'a pas trouvé de modification, subjective ou objective, de profondeur du vagin, quel que soit le type de suture, transversale

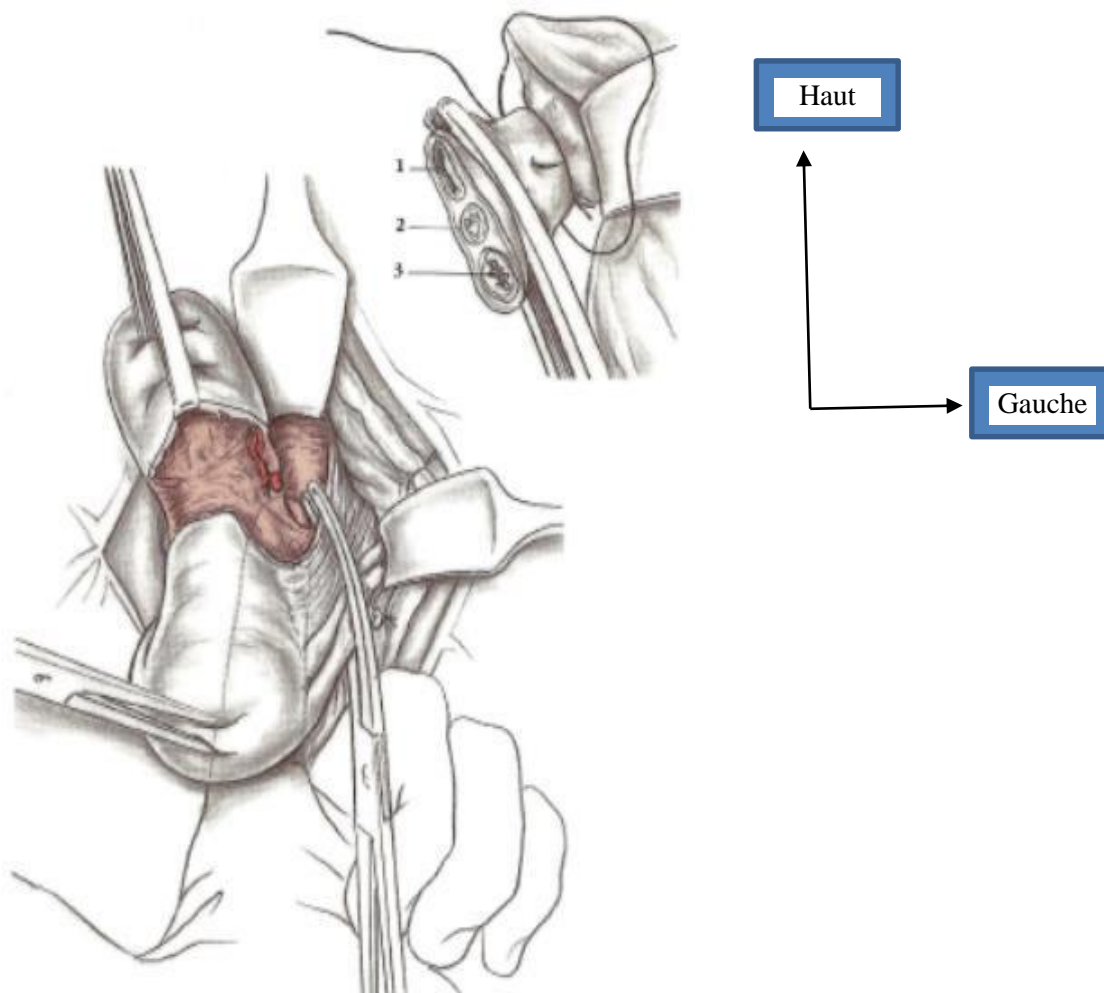
ou sagittale. Par contre, la solidarisation du fornix vaginal aux ligaments utéro-sacraux, et au paracervix en particulier, rétablit la statique normale du vagin. L'intervention se termine par un tamponnement vaginal de 24 heures. Celui-ci constitue une contre pression aux contraintes de poussées réflexes postopératoires éventuelles.

Variantes :

Le temps opératoire peut être raccourci. Ainsi dans la technique de Porges, après un décollement plus poussé des incisions latérales du vagin. Les ligaments utéro-sacraux, le paracervix, le paramètre et l'artère utérine sont liés en bloc. Ce gain de temps peut se solder par des hémorragies secondaires en raison de la grosseur du pédicule ligamentaire. Compte tenu des travaux anatomiques précédents, la ligature dans ce cas, se rapproche dangereusement de l'urètre.

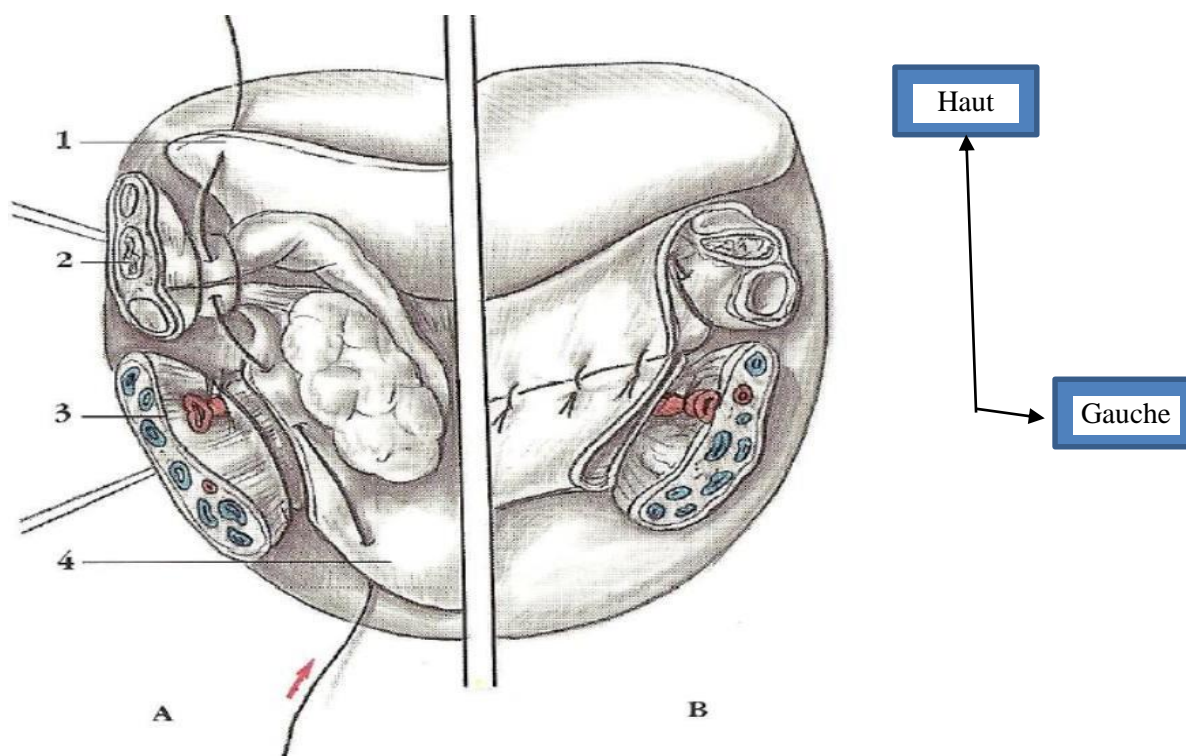
La fermeture du péritoine est réalisée par deux points péritonéaux médiaux.

Chaque point est ensuite solidarisé au moignon annexiel correspondant.



1. lig. rond de l'utérus 2. lig. Propre de l'ovaire 3. Trompe utérine

Fig.31 : clampage et ligature du pédicule des cornes utérines (cartouche) [9].



A. début

B. fin

1. Péritoine vésical, 2. Pédicule de la corne utérine, 3. Pédicule utérin, 4. Péritoine rectal

Fig.32 : Peritonisation [9].

▪ **Difficultés**

- **Difficulté de descente de l'utérus**

On procédera à la ligature et à la section des ligaments utéro-sacraux, puis à la ligature alternée d'un côté et de l'autre, des pédicules utérins.

Si le fundus reste abdominal, c'est la voie haute. Si le fundus est pelvien, la voie basse sera envisagée.

- **Difficulté d'extériorisation du fundus utérin**

Elle relève d'une ou de plusieurs solutions suivantes :

- a- **L'hémisection médiane antérieure** : sera précédée de l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. La traction du col sera caudale
- b- **L'hémisection médiane postérieure** : Une traction ventrale du col est exercée par deux pinces de Museaux fixées sur les commissures du col.
- c- L'hémisection médiane part du col vers le corps. Une nouvelle prise peut être nécessaire en cas d'échec. Elle sera placée plus bas, sur les lèvres de l'hystérotomie. La traction divergente des lèvres facilite l'extériorisation du fundus.

- d- L'amputation du col : permet le refoulement rétropubien de l'isthme et facilite la bascule postérieure du fundus utérin.
- e- La myomectomie : après hémisection cervico- isthmique et le morcellement par résection en tranche d'orange permettant de réduire le volume utérin. L'adhésiolyse assure la libération de l'utérus. L'accès de la face libre de l'utérus permet lorsque l'utérus est petit de libérer les adhérences sous le contrôle de la vue.

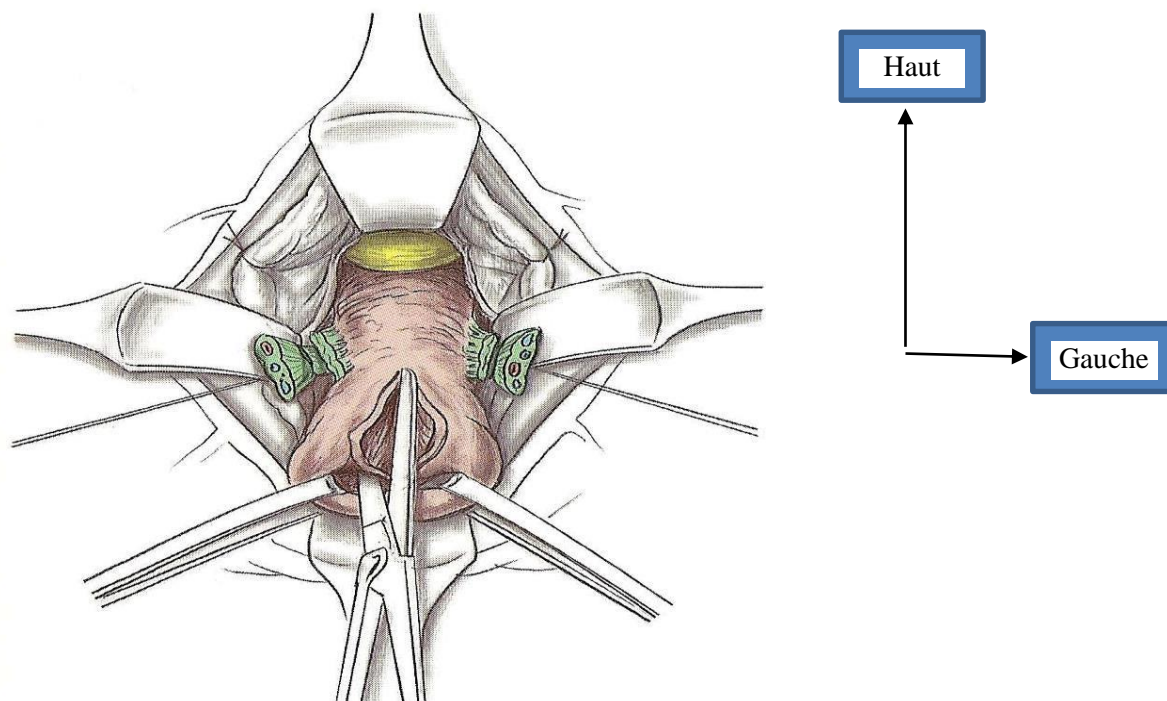


Fig.33: L'hémisection médiane antérieure [9].

▪ **Annexectomie**

Elle est aisée lorsque l'annexe est mobile avec un ligament suspenseur de l'ovaire souple. Elle sera donc souvent difficile après la ménopause. Après section du pédicule de la corne utérine, celui-ci est tendu, pour permettre l'identification du ligament rond. Le ligament rond est clampé et dissocié sur quelques centimètres. Sous contrôle de la vue, avec éloignement de la vessie, l'ovaire et l'infundibulum tubaire sont saisis ensemble dans une pince. Le clampage du ligament suspenseur de l'ovaire s'effectue à l'aide d'un dissecteur. Une double ligature assure une hémostase de sécurité, et le ligament est sectionné.

Restaurer l'anatomie pelvienne

Il faut rétablir avec soin l'anatomie topographique et fonctionnelle des viscères disséqués.

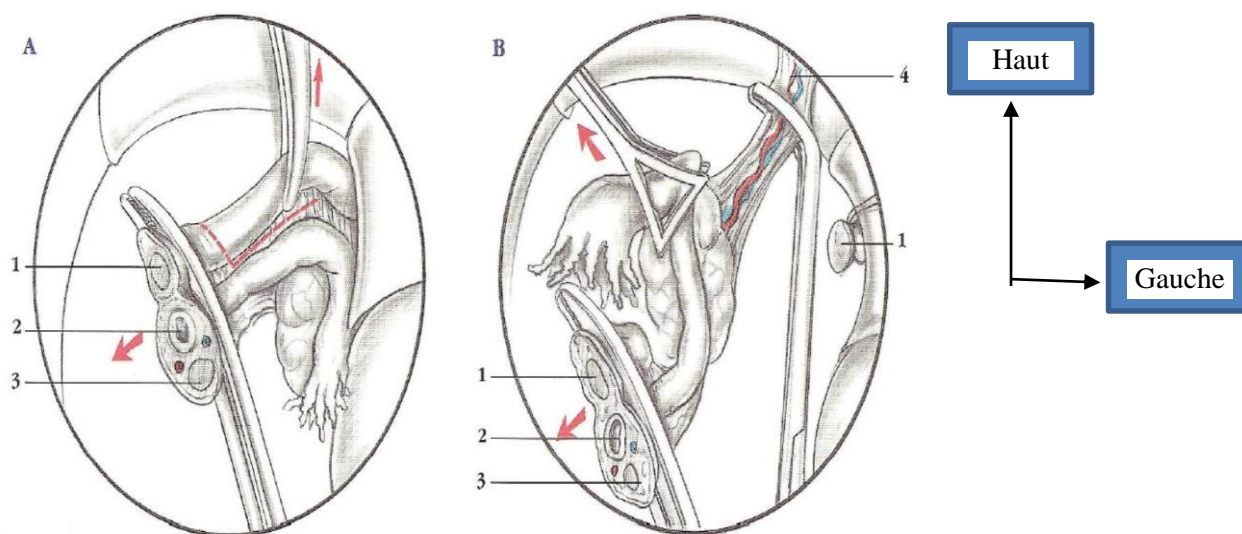


Fig. 34 : Annexectomie [9].

A. section du lig. Rond et libération des annexes

B. clampage du lig. Suspenseur de l'ovaire

1. lig. Rond,

2. Trompe utérine,

3. Lig. Propre de l'ovaire,

4. Lig. Suspenseur de l'ovaire.

F. Indications [11].

Les pathologies nécessitant une hystérectomie sont :

1. Les fibromes utérins (myomes) Les fibromes utérins sont des masses bénignes se développant au niveau de la paroi de l'utérus. Il peut survenir un ou plusieurs fibromes simultanément. Leur survenue est un événement fréquent qui affecte près d'une femme sur deux après 35-40 ans. La plupart du temps, ils ne sont responsables d'aucun symptôme et ne nécessitent alors aucun traitement. Dans certains cas, leur grande taille ou leur nombre peuvent être à l'origine de ménorragies (règles trop abondantes), douleurs pelviennes, sensation de lourdeur dans le bas ventre ou d'une gêne urinaire ou digestive qui justifient un traitement

2. Méno-métrorragies (règles trop abondantes ou saignements entre les règles). Celles-ci peuvent être dues au changement hormonal en péri-ménopause ou à la présence de fibromes. Elles peuvent être responsables d'anémie et altérer considérablement la qualité de vie. Des traitements médicaux ou par hystérocopie peuvent être proposés dans certains cas mais en cas d'échec, une hystérectomie sera nécessaire.

3. Endométriose. L'endométriose correspond à la migration de l'endomètre (muqueuse tapissant l'utérus) en dehors de la cavité utérine : elle se greffe sur le péritoine, les ovaires le plus souvent, mais aussi l'intestin, la vessie, le rectum. Cela peut entraîner des douleurs importantes, notamment pendant les règles ou lors des rapports sexuels. Dans certains cas, chez des patientes ayant obtenu les

grossesses désirées et pour lesquels les différents traitements médicaux ne sont plus efficaces, l'hystérectomie pourra être envisagée afin d'améliorer leur qualité de vie.

4. Prolapsus utérin. Avec l'âge et les grossesses, il peut arriver que l'utérus descende dans le vagin, en raison du relâchement des muscles et ligaments pelviens. Cette descente d'organe entraîne le plus souvent une gêne et une pesanteur, ainsi que des problèmes de fuites d'urines.

5. Les douleurs pelviennes. Il existe de nombreuses étiologies aux douleurs pelviennes et l'hystérectomie peut, dans certains cas, apporter une guérison pour les patientes. Il est toutefois important d'identifier le problème correctement avant d'intervenir. L'endométriose, les fibroses, les adhérences et les infections sont les principales causes de ces douleurs.

6. Les cancers ou états précancéreux de l'utérus ou des ovaires. Selon leur degré de gravité, les cancers utérins (corps et col de l'utérus) et des ovaires exigent le plus souvent la réalisation d'une hystérectomie.

Les indications peuvent être de 2 grands ordres :

- Raisons fonctionnelles, saignements abondants ou des douleurs invalidantes ou encore une compression d'organes de voisinage (gros fibrome, l'adénomyose)

- Lésions précancéreuses du col, les lésions cancéreuses de l'endomètre, un prolapsus utérin

➤ **Pathologies bénignes**

Les principales concernées sont :

▪ **Fibromes utérins**

Définition :

Les fibromes sont des tumeurs bénignes qui peuvent se développer en divers endroits de l'utérus. Classification des fibromes :

Le fibrome sous muqueux

Fibrome interstitiel (ou fibrome intra mural)

Fibrome sous séreux

▪ **Adénomyose**

L'adénomyose est un type d'endométriose interne. Elle est définie par la présence de glandes endométriales et de stroma cétogène à l'intérieur du myomètre.

▪ **Prolapsus génital**

Le prolapsus génital est un trouble de la statique pelvienne se manifestant par l'issue des parois vaginales à la vulve. Les viscères adjacents accompagnent les parois vaginales et donnent leur nom aux différents éléments du prolapsus. Le prolapsus génital est divisé en trois étages : antérieur, fundique et postérieur

➤ **Pathologies malignes**

Il s'agit des cancers du col utérin, de l'endomètre et de l'ovaire [10].

G. Suites opératoires et complications

1) Suites opératoires

La sonde urinaire est laissée en place pendant 24 heures, le retrait n'est pas douloureux.

Un drain est parfois mis en place pendant l'intervention, le plus souvent retiré après deux à trois jours.

Pour éviter les douleurs postopératoires, des antalgiques sont administrés par voie veineuse dans un premier temps (pendant 1 à 2 jours) puis par la voie orale. Un traitement préventif de la thrombose veineuse profonde par anticoagulants (injection sous-cutanée) et port de bas de contention, est débuté dès le jour de l'intervention.

Il est généralement possible de se lever dès le lendemain de l'intervention. L'alimentation sera reprise rapidement en fonction de la reprise du transit intestinal.

Un saignement vaginal peu abondant est normal les premiers jours.

Le retrait des fils ou des agrafes interviendra dans les 5 à 7 jours qui suivent l'intervention.

Une hospitalisation de 3 à 6 jours est nécessaire.

A la sortie, seront prescrits des antalgiques oraux et des injections d'anticoagulants pour 3 semaines à un mois. Ce traitement nécessite une surveillance des plaquettes sanguines par prise de sang à réaliser 2 fois par semaine pendant la durée du traitement.

Un arrêt de travail d'environ 1 mois est nécessaire. Il faut être vigilant à bien se reposer et ne pas porter de charges lourdes le premier mois. Les bains, les rapports sexuels ainsi que le port de tampons vaginaux sont proscrits le premier mois.

Il est nécessaire de contacter le chirurgien dans les semaines qui suivent en cas de saignements vaginaux abondants, de fièvre, de douleurs abdominales ou vaginales importantes, de douleurs en urinant, de rougeur ou d'écoulement de la cicatrice, de douleur au mollet ou de difficulté à respirer.

Un rendez-vous postopératoire avec le chirurgien est nécessaire dans le mois qui suit (en général 3 à 4 semaines après) pour vérifier les cicatrices, les douleurs et recevoir les résultats d'analyses histologiques.

2) Complications

Quoique l'hystérectomie soit une opération très couramment pratiquée, elle présente un taux minime mais réel de complications, comme toute procédure chirurgicale.

Les principales complications rencontrées sont :

Pendant l'intervention :

- Réactions à l'anesthésie ;
- Saignements importants pendant l'intervention nécessitant parfois une transfusion sanguine ou plus souvent un traitement par perfusion de fer en intraveineux ;
- Des blessures d'organes avoisinant l'utérus : vessie, uretère, colon, intestin grêle. Ces lésions ont peu de conséquences si elles sont découvertes et réparées au cours de l'intervention.

Dans les jours ou semaines qui suivent :

- La thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire (présence de caillots dans les veines).

C'est la raison pour laquelle un traitement préventif anticoagulant sera systématiquement instauré dès le jour de l'intervention ;

- Une infection du site opératoire dans les jours qui suivent nécessitant un traitement par antibiotiques ;
- Une occlusion intestinale qui peut nécessiter un traitement médical, voire une nouvelle intervention ;
- Une infection urinaire, généralement sans gravité est traitée par antibiotiques ;
- Des saignements vaginaux postopératoires importants ;
- Une désunion, une infection ou un hématome de la cicatrice cutanée dans les jours ou semaines qui suivent.

A long terme, d'autres complications de type prolapsus vésical ou rectal (descente de la vessie ou du rectum) ou d'incontinence urinaire peuvent survenir.

5. Ce qui change après une hystérectomie

Les femmes qui n'étaient pas ménopausées n'auront plus leurs règles et ne pourront plus être enceintes après l'intervention, et ceci même si les ovaires ont été laissés en place. En cas d'ablation des ovaires, des symptômes de ménopause peuvent apparaître : bouffées de chaleur, prise de poids, sueurs nocturnes, irritabilité, sécheresse vaginale, baisse de libido. Il est alors possible, en l'absence de contre-indications, de débiter un traitement hormonal substitutif de la ménopause, à revoir avec le gynécologue. Le plus souvent, ce traitement est débuté dès la sortie, pour éviter les effets climatiques.

L'hystérectomie semble avoir peu d'impact sur la sexualité, exceptée la baisse de libido que peut provoquer l'ablation des ovaires (mais qui sera corrigée par le traitement hormonal substitutif). Certaines femmes verront même leur sexualité prendre un nouvel essor, car elles sont soulagées du malaise qu'elles ressentaient avant l'hystérectomie et qui rendaient les relations sexuelles douloureuses et dans certains cas impossibles (douleurs, saignements quotidiens). Il faut par ailleurs insister sur le fait que l'ablation du col de l'utérus n'altère en rien l'orgasme.

Enfin, il faut souligner le fait que l'utérus est un organe hautement symbolique et son ablation nécessite de faire le deuil de la maternité, ce qui peut être difficile

même après 40 ans. Certaines femmes peuvent avoir le sentiment d'avoir perdu une part de leur féminité. Un questionnement concernant l'image qu'elles ont d'elles-mêmes en tant que femme et leur attirance sexuelle peut faire partie du processus postopératoire. L'aide d'un(e) psychologue peut alors être nécessaire [11].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

A. Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

▪ Présentation de l'hôpital

L'hôpital Nianankoro FOMBA : Situé au cœur de la Cité des Balanzans (Ségou), à proximité de la route nationale N°6 reliant Bamako aux régions du Nord.

Il a une capacité d'accueil de 165 lits. Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la deuxième Guerre Mondiale. Il abritait un dispensaire et une maternité. En 1962 l'établissement deviendra l'hôpital secondaire. En 1983, il fut baptisé hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Il comporte une cinquantaine de bâtiments répartis sur une superficie de six hectares.

- Service d'accueil des urgences
- Service de néphrologie et d'hémodialyse
- Service de radiologie et d'imagerie médicale
- Service de cardiologie
- Service de médecine interne
- Service d'anesthésie et réanimation
- Service de chirurgie générale
- Service de traumatologie
- Service d'urologie
- Service de neurochirurgie
- Service de chirurgie pédiatrique
- Service de pédiatrie
- Service d'ophtalmologie
- Service de chirurgie maxillo-faciale et d'odontostomatologie
- Service d'ORL
- Service de médecine légale
- Service de gynécologie-obstétrique
- Une pharmacie
- Un service social
- Un service de biomaintenance
- Un service de box de consultations externes
- Un service administratif et comptabilité

- Un laboratoire d'analyses biomédicales
- Une banque de sang
- **Description du service de gynécologie-obstétrique**

Le service a une capacité d'hospitalisation de 29 lits. Il comprend :

- Deux bureaux pour les médecins
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse
- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- Une salle pour les soins
- Une salle de garde pour les médecins
- Une salle de garde pour les sages-femmes et les infirmières
- Une salle de consultation pour les urgences
- Un bloc opératoire
- Une salle d'attente
- Cinq grandes salles d'hospitalisation
- Deux salles VIP de première catégorie et une salle VIP de deuxième catégorie
- Une unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME)
- Une unité de soin
- Une unité de planification familiale
- Une toilette externe pour le personnel
- **Le personnel du service est composé de :**
- Quatre spécialistes en gynécologie-obstétrique
- Deux médecins généralistes
- Onze sages-femmes dont une sage-femme maîtresse
- Huit infirmières obstétriciennes et une technicienne supérieure en santé (TSS) qui est responsable de l'unité soin.
- Deux garçons de salle
- Deux techniciennes de surface

- Quatre étudiants faisant fonction d'interne

▪ **Activités du service :**

Un staff général présidé par le chef de service ou un spécialiste en son absence est tenu tous les jours ouvrables pour discuter sur la prise en charge des patientes reçues au cours de la garde, entre huit heures et neuf heures.

Une visite des malades hospitalisées à neuf heures trente minutes dirigée par un médecin.

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées tous les jours sauf le vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Les dépistages du cancer du col de l'utérus sont réalisés tous les vendredis.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec les infirmières.

Une équipe de garde quotidienne qui travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée de : un médecin (chef d'équipe), un étudiant faisant fonction d'interne, une sage-femme, deux infirmières obstétriciennes, deux garçons de salle, une technicienne de surface.

Les malades programmées sont opérées tous les lundis et jeudis, le lundi pour les césariennes programmées et le jeudi pour les programmes gynécologiques.

B. Patientes et méthode

1. **Type d'étude :** Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective.

2. **Période d'étude :** 1er décembre 2020 au 31 mai 2022.

3. **Population d'étude :** cette étude a porté sur les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pendant notre période d'étude pour une intervention chirurgicale gynécologique.

4. **Echantillonnage :** Nous avons réalisé un échantillon exhaustif.

4.1. Critères d'inclusion : les patientes consentantes admises dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pour une hystérectomie d'indication gynécologique pendant notre période d'étude.

4.2. Critère de non inclusion : les hystérectomies réalisées en dehors du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou admises pour des complications post opératoires et les patientes non consentantes.

5. Variables étudiées

Les variables étudiées étaient : l'âge, l'ethnie, la profession, le niveau d'instruction, les antécédents personnels, la fréquence, l'indication et le pronostic.

6. Les supports de collecte

Nos données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire établi à cet effet. Les

sources de nos données étaient : les dossiers gynécologiques, les dossiers d'anesthésie et le registre de compte rendu opératoire.

Les données ont été saisies à l'aide des logiciels Word, Excel et analysées sur épi info et SPSS. Le test de χ^2 a été utilisé avec un seuil de signification $P : 0,05$ et le test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5. Intervalle de confiance à 95 pour RR.

7. Aspects éthiques

C'est une étude de recherche non financée, exécutée dans le cadre d'une thèse de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'université des sciences, techniques, et technologies de Bamako. Toutes les patientes programmées pour hystérectomie ou leurs tuteurs légaux ont donné leur consentement verbal après information.

Les patientes ont bénéficié d'un suivi jusqu'à la cicatrisation de la plaie. La non-participation n'entraînait aucune restriction de soins.

8. Définitions opérationnelles :

- 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.
- Hystérectomie totale : est l'ablation de l'ensemble du corps et du col de l'utérus.
- Hystérectomie gynécologique : toute hystérectomie réalisée en dehors de toute notion de grossesse.

RESULTATS

V. RESULTATS

A. Résultats globaux

1. Fréquence :

En 18 mois, le service de gynécologie-obstétrique de l'HNFS a réalisé 118 interventions chirurgicales gynécologiques parmi lesquelles 56 hystérectomies. Ainsi les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie ont représenté 47,45% dont 82,14% d'hystérectomie laparotomique et 17,85% par voie vaginale.

Tableau I : répartition des patientes selon le type d'intervention chirurgicale gynécologique

Interventions	Effectifs	Pourcentages
Hystérectomie gynécologique	56	47,45
Myomectomie	26	22,3
Kystectomie ovarienne	17	14,4
Cure de cystocèle	8	6,77
Desinfibulation	5	4,23
Nodulesctomie du sein	5	4,23
Cure d'hystérocèle	1	0,84
Total	118	100,0

2. Aspects sociodémographiques

Tableau II : répartition des patientes selon l'âge

Ages(année)	Effectifs	Pourcentage
20-29	1	1,8
30-39	13	23,2
40-49	22	39,3
≥ 50	20	35,7
Total	56	100,0

L'âge moyen des patientes était de 47 ans, écart type =11,77 avec des extrêmes : 29 et 75 ans.

Tableau III : répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentages
Mariée	47	84,0
Célibataire	9	16,0
Total	56	100,0

La majorité des patientes était mariée.

Tableau IV : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages
Ménagère	48	85,7
Commerçante	7	12,5
Fonctionnaire	1	1,8
Total	56	100,0

Une seule patiente était une fonctionnaire.

Tableau V : répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages
Non scolarisée	39	69,6
Primaire	11	19,6
Secondaire	6	10,7
Total	56	100,0

Plus de la moitié des patientes n'était pas scolarisée.

Tableau VI : répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentages
Ségou ville	28	50,0
Hors Ségou	28	50,0
Total	56	100,0

Les patientes venaient à part égale de la ville de Ségou et hors de la ville de Ségou.

Tableau VII : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentages
Venue d'elle-même	45	80,4
Référée	11	19,6
Total	56	100,0

La majorité des patientes sont venues en consultation d'elle-même.

Tableau VIII : répartition des patientes selon la structure de référence

Structures	Effectifs	Pourcentages
Cscom	6	54,54
Csref	3	27,27
Privée	2	18,18
Total	11	100,0

Les patientes étaient majoritairement référées des centres de santé communautaires.

3. Aspects cliniques

Tableau IX : répartition des patientes selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentages
Métrorragie	16	28,6
Sensation de masse pelvienne	12	21,4
Douleur pelvienne	10	17,9
Prolapsus génital	10	17,9
Saignement post-coïtal	8	14,3
Total	56	100,0

La métrorragie, la sensation de masse pelvienne ou un prolapsus génital étaient les motifs de consultation les plus fréquents.

Tableau X : répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentages
HTA	13	23,2
Diabète	1	1,8
Drépanocytose	1	1,8
Aucun	41	73,2
Total	56	100,0

Un tiers des patientes avait un antécédent médical (HTA, diabète ou de drépanocytose).

Tableau XI : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentages
Césarienne	1	1,8
Kystectomie	1	1,8
Chirurgie de la cataracte	1	1,8
Cure de prolapsus génital	2	3,6
Aucun	51	91,0
Total	56	100,0

Moins de 10% des patientes avaient un antécédent chirurgical.

Tableau XII : répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentages
Nullipare	3	5,4
Primipare	6	10,7
Paucipare	3	5,4
Multipare	16	28,6
Grande multipare	28	50,0
Total	56	100,0

La moitié des patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie était des grandes multipares avec une parité moyenne de 4,58.

Tableau XIII : répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

Enfants vivants	Effectifs	Pourcentages
0	4	7,1
1-3	14	26,0
4-6	28	50,0
> 6	10	15,4
Total	56	100,0

7,1% des patientes n'avaient pas d'enfants vivants.

Tableau XIV : répartition des patientes selon la période gynécologique

Période gynécologique	Effectifs	Pourcentages
En activité génitale	33	58,9
Ménopause	23	41,1
Total	56	100,0

La majorité des patientes étaient en activité génitale.

Tableau XV : répartition des patientes selon les indications de l'hystérectomie

Indications	Effectifs	Pourcentages
Utérus myomateux	17	30,4
Prolapsus utérin	10	17,85
Lésion précancéreuse du col	10	17,85
Hyperplasie de l'endomètre	9	16,1
Choriocarcinome	4	7,2
Kyste organique de l'ovaire	3	5,74
Polype endocavitaire	1	1,8
Cancer de l'endomètre	1	1,8
Métrorragie rebelle	1	1,8
Total	56	100,0

L'utérus myomateux, le prolapsus utérin et les lésions précancéreuses du col étaient les principales indications à l'hystérectomie.

Tableau XVI : répartition des patientes selon le type d'hystérectomie

Type d'hystérectomie	Effectifs	Pourcentages
Programmée	46	82,1
En urgence	10	17,9
Total	56	100,0

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une hystérectomie programmée.

4. Selon le geste chirurgical

Tableau XVII : répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentages
Locorégionale	50	89,3
Générale	6	10,7
Total	56	100,0

La majorité des gestes d'hystérectomie était réalisée sous ALR.

Tableau XVIII : répartition des patientes selon la voie d'abord opératoire

Voie opératoire	Effectifs	Pourcentages
Abdominale	46	82,14
Vaginale	10	17,85
Total	56	100,0

Une hystérectomie abdominale était réalisée chez 82,14% des patientes.

Tableau XIX : répartition des patientes selon la qualification de l'opérateur

Operateur	Effectifs	Pourcentages
Gynéco-obstétricien	51	91,1
Médecin généraliste	5	8,9
Total	56	100,0

Hormis 5 patientes, un gynéco-obstétricien a réalisé le geste d'hystérectomie.

Tableau XX : répartition des patientes selon le type d'hystérectomie

type d'hystérectomie	Effectifs	Pourcentages
Hyst totale+annexectomie bilatérale	27	48,2
Hyst. totale interannexielle	22	39,3
Hyst. totale+annexectomie unilatérale	7	12,5
Total	56	100,0

Pour près de la moitié des patientes, nous avons réalisé une hystérectomie totale associée à une annexectomie bilatérale.

Tableau XXI : répartition des patientes selon les gestes associés

Gestes associés	Effectifs	Pourcentages
Cystorraphie	2	3,6
Cure de cystocèle	1	1,8
Aucun	53	94,6
Total	56	100,0

Dans la majorité, aucun geste n'était associé à l'hystérectomie.

Tableau XXII : répartition des patientes selon la durée de l'intervention

Durée (min)	Effectifs	Pourcentages
< 60 min	12	21,4
60 mn-120 min	44	78,6
Total	56	100,0

La durée moyenne de l'hystérectomie était de 91 minutes, écart type =23,94 avec des extrêmes : 50 min et 120 min.

Tableau XXIII : répartition des patientes selon les lésions histologiques observées

Lésions histologiques		Effectifs	Pourcentages
BENIGNES	Léiomyome	12	21,42
	Cervicite chronique	7	12,5
	Hyperplasie de l'endomètre	4	7,14
	Kyste de l'ovaire	3	5,4
	Endométriose	2	3,6
	Normal	7	12,5
	MALIGNES	Cancer du col	7
Cancer de l'endomètre		5	8,9
Choriocarcinome		2	3,6
Non fait		7	12,5
Total		56	100,0

Une lésion cancéreuse était observée chez 25% des patientes qui ont été ensuite référées pour consultation oncologique et une lésion bénigne chez 50% des patientes.

5. Selon les suites opératoires

Suites opératoires immédiates

Tableau XXIV : répartition des patientes selon les complications peropératoires

Complications	Effectifs	Pourcentages
Lésion vésicale	1	1,8
Difficulté d'hémostase	1	1,8
Lésion urétérale	1	1,8
Aucune	53	94,6
Total	56	100,0

Chez 3 patientes, une complication peropératoire était observée.

Tableau XXV : répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentages
simples	55	98,2
compliquées	1	1,8
Total	56	100,0

Les suites opératoires ont été simples chez la majorité des patientes.

Répartition des patientes selon les complications immédiates

Une fistule vésico-vaginale était observée chez une seule patiente comme complication immédiate.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon les complications secondaires

Complications	Effectifs	Pourcentages
Dyspareunie	3	5,4
Aucune	53	94,6
Total	56	100,0

Moins de 10% des patientes présentaient des complications secondaires.

Tableau XXVII : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jours	Effectifs	Pourcentages
2-4	52	92,9
5-7	3	5,4
8-15	1	1,8
Total	56	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,28 jours, écart type = 3,32 avec des extrêmes : 2 et 15 jours.

Tableau XXVIII : répartition des patientes selon le vécu sexuel après 3 mois

Vécu sexuel	Effectifs	Pourcentages
Satisfaite	19	33,9
Dyspareunie	2	3,6
Peur du rapport sexuel	1	1,8
Rapport sexuel non repris	34	60,7
Total	56	100,0

60,7% des patientes avaient répondu n'avoir pas repris les rapports sexuels après une évaluation à 3mois post opératoire par un manque de désir, une peur de douleur ou par sympathie du conjoint.

B. Résultats analytiques

Tableau XXIX : répartition des indications de l'hystérectomie selon l'âge

Age en	Indications							
Année	Choriocar cinome	Kyste organi que de l'ovair e	Métrorr agie rebelle	Utérus Myomat eux	Prolap sus Utérin	Lésio ns Préca ncére uses du col	Hyperpl asie de l'endom ètre	Polype endocavit aire
20-30	1	0	0	0	0	0	0	0
31-40	0	2	0	5	2	2	2	0
41-50	3	0	0	11	1	4	3	0
> 50	0	1	1	1	7	4	5	1

P = 0,102

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et l'indication de l'hystérectomie.

Tableau XXX : répartition des types d'hystérectomie en fonction de l'indication

Indication de l'hystérectomie	Type d'hystérectomie			Total
	Hyst. totale interannexielle	Hyst. totale+ annexectomie unilatérale	Hyst totale+ annexectomie bilatérale	
Métrorragie rebelle	0	0	1	1
Utérus myomateux	11	2	4	17
Prolapsus génital	6	0	4	10
Lésions précancéreuses du col	2	2	7	11
Hyperplasie endomètre	2	2	5	9
Polype endocavitaire	0	0	1	1
Choriocarcinome	1	0	3	4
Kyste organique de l'ovaire	0	1	2	3
Total	22	7	27	56

P = 0,042

Il existait un lien statistiquement significatif entre le type d'hystérectomie et l'indication opératoire.

Tableau XXXI : répartition des indications de l'hystérectomie selon la parité

Indication de l'hystérectomie	Parité					Total
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	
Métrorragie rebelle	0	0	0	0	1	1
Utérus myomateux	3	5	1	5	3	17
Prolapsus génital	0	1	0	2	7	10
Lésions précancéreuses col	0	0	1	4	5	10
Hyperplasie de l'endomètre	0	0	1	3	6	10
Choriocarcinome	0	0	0	1	3	4
Polype endocavitaire	0	0	0	0	1	1
Kyste organique de l'ovaire	0	0	0	1	2	3
Total	3	6	3	16	28	56

P = 0,287

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la parité et l'indication de l'hystérectomie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Les difficultés rencontrées :

- Il s'agissait d'une étude rétrospective dont certains dossiers médicaux étaient incomplets et ne pouvaient pas être exploités
- Certaines patientes n'ont pas pu réaliser les examens anatomopathologiques par faute de moyens financiers empêchant ainsi la confirmation de certains diagnostics préopératoires.

2- Fréquence

Grâce au développement de la chirurgie, de l'anesthésie-réanimation, l'hystérectomie est devenue une des interventions la plus fréquemment réalisée chez la femme en dehors de la grossesse avec une incidence annuelle de 62.500 cas en France, 100.000 femmes en Norvège et en Angleterre et 600.000 femmes aux USA [1].

Durant notre étude, 56 hystérectomies ont été réalisées sur 118 interventions chirurgicales gynécologiques. L'hystérectomie représentait 47,45% des activités chirurgicales gynécologiques, faisant ainsi de l'hystérectomie gynécologique la première intervention chirurgicale gynécologique à l'hôpital de Ségou.

Cette fréquence est comparable à celles de **Coulibaly M B et al. [6]** au Mali (21,36%), de **Baldé I S et al. [12]** en Guinée Conakry (4,4%), de **Ouattara A et col. [13]** au Burkina (3,8%). Au Nigeria elle variait de 3,3% à 5,1% [14,15] et en Tanzanie **Michael D et al. [16]** avaient rapporté 40,7% d'hystérectomie gynécologiques électives.

La variabilité des chiffres pourrait s'expliquer par le fait que ces auteurs ont calculé leurs fréquences avec l'ensemble des interventions (gynécologiques et obstétricales).

La raison de la faible prévalence de l'hystérectomie dans certaines études africaines pourrait tenir au fait que les femmes et leurs conjoints ne consentiront pas facilement à l'hystérectomie en raison d'obstacles socioculturels et financiers.

3- Caractéristiques sociodémographiques

- **Age :** l'âge moyen de nos patientes était de 47 ans avec des extrêmes de 29 et 75 ans.

Cette observation était partagée par **ELHADRAMI Z [1]** au Maroc chez qui l'âge moyen des patientes hystérectomisées était de 48,4 ans pour les femmes opérées par voie basse et de 47,9 ans pour les femmes opérées par voie abdominale.

La moyenne d'âge de nos patientes était comparable à celles de **Baldé I S et al.**

[12] en Guinée Conakry, de **Egbe T O et al. [17]** qui ont rapporté un âge moyen de 45,7 ans, de **Kishwar N et al. [18]** avec 45ans, de **Traoré A et al. [19]**, de **Abah M G et al. [20]** avec respectivement 50 ans et 53,8 ans.

On remarque dans toutes ces études que la moyenne d'âge des patientes était supérieure ou égale à 45ans. Ceci est dû au fait que les principales indications des

hystérectomies gynécologiques touchent surtout les femmes d'âge avancé en période de pré ou de ménopause, mais aussi que certaines patientes surtout dans notre contexte tardent à consulter.

▪ **Statut matrimonial, Profession, Niveau d'instruction :**

Le profil sociodémographique de nos patientes était celui d'une femme mariée (84%), ménagère (85,7%), non scolarisée (69,6%). Le même profil a été rapporté par plusieurs études Africaines. C'est ainsi que dans l'étude de **Mbongo J A et al. [21]** au Congo Brazzaville 67,9% des patientes étaient mariées, 80,7% avaient un niveau moyen d'instruction et 28,6% étaient des ménagères.

Dans la série de **Sima M et col [7]** au Mali les femmes mariées représentaient une proportion de 83,7%.

Elles étaient des femmes au foyer (86,5%), non scolarisées (81%), mariées (86,48%) dans l'étude **Traoré A et al. [19]**.

Le même constat a été fait par **Baldé I S et al. [12]** en Guinée Conakry avec 75,7% de femmes mariées et **Ouattara A et col [13]** avec 89,8% de femmes mariées et 81,3% de ménagères.

Le mariage précoce, le faible taux de scolarisation des jeunes filles, le manque d'emploi qui caractérise les pays en voie de développement, pourraient expliquer les taux élevés de femmes mariées sans emploi (ménagères) analphabètes dans les études Africaines. Ce taux de scolarisation au primaire est de 49% et de 26% au secondaire chez les filles au Mali. Quant au taux d'alphabétisation, 66% des femmes Maliennes de 15-49 ans n'ont aucun niveau instruction [22].

▪ **Provenance :**

Les patientes résidaient dans une proportion de 50% en zone urbaine et de 50% en zone rurale. Contrairement à notre étude **Guindo A [10]**, **Ouattara A [13]** et **MANGARA F [23]** ont rapporté respectivement 98% et 76,6%, 83,8% de femmes résidant en milieu urbain.

Cette variabilité de taux entre les femmes provenant du milieu rural avec ces études pourrait s'expliquer, par le fait que notre hôpital est la seule structure qui dispose du meilleur plateau technique mais aussi des compétences chirurgicales et anesthésiologiques qu'exigent de lourdes interventions comme l'hystérectomie. Ce qui n'est pas forcément le cas dans les capitales comme Bamako ou Ouagadougou où il existe plusieurs structures sanitaires qui sont assez équipées pour réaliser l'hystérectomie.

4- Les données cliniques :

➤ **Motifs de consultation et mode admission :**

La majorité de nos patientes (80,4%) ont consulté d'elles-mêmes contre 19,6% de référées des centres de santé de référence, des centres de santé communautaires et des structures privées.

Les principaux motifs de consultation étaient des métrorragies (28,6%), suivies de la sensation de masse pelvienne avec 21,4%. La douleur pelvienne et le prolapsus génital ont été notés chacun chez 17,9% des patientes.

Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études comme en Tunisie [24] où les métrorragies étaient le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé chez les patientes, soit dans 50,4 % des cas. Les douleurs pelviennes étaient rencontrées chez 45,4 % des cas. L'augmentation du volume de l'abdomen en rapport avec une masse a été rapportée chez 4,2% des cas.

Au **Maroc** [1, 3] la majorité des patientes consultait pour des hémorragies génitales avec 93,2 à 92,32 % pour les hystérectomies par voie vaginale et variant entre 85,5% et 83,30% pour la voie d'abord abdominale. La deuxième place était occupée par les algies pelviennes chroniques avec un pourcentage de 13,3 à 59,62% pour l'hystérectomie vaginale contre 6,4 à 60,60% pour la voie abdominale.

La masse abdomino-pelvienne comme motif de consultation a été notée chez 16,1% des femmes ayant eu une hystérectomie par voie laparotomique contre 10% chez les femmes opérées par voie vaginale [1].

Dans certaines régions, les données sont toutefois différentes c'est ainsi qu'au Mali **Coulibaly M B et al.** [6] ont retrouvé la douleur pelvienne comme principal motif de consultation avec 30% suivie du prolapsus génital avec 28,5%.

➤ **Antécédents médicaux :**

Dans notre étude l'hypertension artérielle était le principal antécédent médical avec 23,2% suivi du diabète tout comme dans les études **Marocaines** [1, 3] avec respectivement 19,8% à 18,6% et 18% à 8% d'antécédent d'HTA

➤ **Antécédents chirurgicaux :**

Nous notons que seulement 3,5% de nos patientes avaient un antécédent de chirurgie abdominale. Ce taux est comparable à ceux de **Baldé I S et al** en Guinée Conakry [12] avec 20,40 %, de **Michael D et al.** [13] en Tanzanie avec 13,5%, de **Chennoufi B et col** [24] en Tunisie avec 17,5 % et de **Rabenjarison N H** [25] à Madagascar avec 14,67% de patientes ayant un antécédent de chirurgie abdominale avant l'hystérectomie.

La variabilité des chiffres dans les différentes études pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

➤ **Parité :**

Dans notre étude la parité moyenne était de 4,58 accouchements avec une prédominance des grandes multipares (50%), les nullipares représentaient 5,4%. Ce constat était observé chez d'autres auteurs africains comme **Baldé I S et col** [12] en Guinée Conakry avec une parité moyenne de 4,2 dont 33 % de multipares, **Ahmed Z D** [15] au Nigéria (61,2 %) de grandes multipares tandis que les nullipares représentaient (5,1 %).

Cependant d'autres auteurs avaient retrouvé des taux de parité, de multipares et

de nullipares plus élevés. C'était le cas de **Chennoufi B et al. [24]** en Tunisie chez qui la parité moyenne était 5 et les multipares représentaient 68,75 % contre 10,41 % de nullipares ; **Gueye M et al. [26]** au Sénégal avec une parité moyenne de 6 accouchements (extrêmes : 0 et 12) et 18,6% de nullipares, de **Belley P E et al. [27]** au Cameroun avec une parité moyenne de 5, $6 \pm 1,4$ (3-8). Au **Mali** une étude avait rapporté une parité moyenne de 7 (extrêmes : 0 et 13) avec un taux de nullipares (3,2%) comparable à celui de notre étude [28].

En Afrique du sud cette parité moyenne variant entre 0,9 à 1,9 [29] était encore très faible par rapport à celles des autres études africaines.

Ces différences de parité entre les études pourraient s'expliquer par la différence du taux de natalité qui elle-même dépend du niveau d'instruction et de développement économique des pays qui peut affecter le comportement procréateur des femmes et l'utilisation de la contraception.

Par ailleurs le nombre élevé des multipares dans ces différentes études pourrait être attribué au fait que les femmes qui ont eu des enfants donneront probablement leur consentement à l'ablation de leur utérus, tandis que les femmes nullipares voudront conserver leur utérus même en face d'une maladie à un stade avancé dans l'espoir d'avoir un enfant [14].

➤ **Nombre d'enfants vivants :**

Les projets de maternité ainsi que les propres préférences des patientes sont des facteurs importants à prendre en considération dans le choix thérapeutique des affections gynécologiques. C'est pourquoi l'hystérectomie doit être proposée qu'après avoir envisagé ou après échec des alternatives thérapeutiques conservatrices actuellement disponibles [3]. C'est ainsi que la majorité de nos patientes (87%) avaient au moins 3 enfants vivants, même observation dans la série du Burkina Faso [13] avec 75,8% de femmes ayant 3 enfants ou plus.

➤ **Période gynécologique :**

Nos patientes pour la plupart étaient en activité génitale soit 59 % pour 41% de femmes en ménopause. Au Maroc [1], les patientes en période d'activité génitale étaient de 70 % pour l'hystérectomie vaginale et de 67,7% pour la voie abdominale comme en Guinée Conakry où **Baldé I S et al [12]** qui dans leur étude ont fait le même constat avec 61% des patientes en activité génitale.

Dans la série de **Chennoufi B et al. [24]** en Tunisie 82,5 % des patientes étaient en âge de procréer ou en préménopause, 17,5 % étaient ménopausées.

➤ **Indication de l'hystérectomie :**

Environ 30 à 50% des femmes sont porteuses de fibromes utérins à l'examen gynécologique ou à l'échographie abdomino-pelvienne. En utilisant des examens plus précis tels que l'hystérocopie, ce chiffre peut atteindre jusqu'à 70% dans la race blanche et 80% des noires ; ils sont donc les tumeurs les plus fréquentes chez la femme en âge de procréer. Leur traitement diffère d'une patiente à l'autre, en fonction de ses projets de maternité, des symptômes, de la taille et du taux de croissance du fibrome ; il peut aller d'un simple traitement médical jusqu'à

l'hystérectomie [3].

Les principales indications de l'hystérectomie dans notre étude étaient dominées par l'utérus myomateux avec 30,4 % suivi du prolapsus utérin et des lésions précancéreuses du col de l'utérus avec 17,9% chacune.

Ceci est cohérent avec beaucoup d'autres études qui rapportaient les fibromes utérins comme l'indication la plus courante de l'hystérectomie gynécologique.

Cependant, les taux varient d'une étude à l'autre. Ainsi, notre taux était superposable à ceux de **Coulibaly M B et al** au Mali [6] avec 35,71%, **Baldé I S** en Guinée Conakry [12] avec 39,6 % et de **Kishwar N et al. [18]** au Pakistan avec 35%, suivi des saignements utérins anormaux dans 15 % des cas.

Par contre d'autres études révèlent des chiffres plus variés avec **Buambo B S F** [4] au Congo Brazzaville (63,9%), **Ouattara A** au Burkina Faso [13] (47,3%),

Rabiu A, Ahmed Z D et Abah M G [14, 15, 20] au Nigéria avec respectivement 51,8%, 66,4% et 41,4 %, **Egbe T O, Sando Z et col [17, 30]** au Cameroun avec respectivement 58,2% et 52,9%, **Gueye M [26]** au Sénégal (57,1%), de **Nzau N E et al [31]** en RDC (68,2%) qui avaient rapporté des hystérectomies pour fibrome utérin.

Par contre une étude française menée par **Reboul A [2]** et col avaient rapporté les ménométrorragies comme principale indication de l'hystérectomie avec 52,3 % ensuite venait le prolapsus utérin en deuxième lieu avec 24,6 %.

Les taux élevés de fibromes utérins dans les études africaines peuvent s'expliquer par la prédisposition de la race noire à la myomatose utérine comme le démontrait le travail de **Kjerulf [26]**.

Notre taux d'hystérectomie pour le prolapsus génital (17,85%) est comparable à celui de **Leveque et al. [33]** en France, qui ont rapporté 5 % de cas dans leur série.

5- Prise en charge thérapeutique :

L'hystérectomie reste le traitement de choix d'un grand nombre d'affections gynécologiques. Elle ne doit cependant être proposée qu'après avoir envisagé ou après échec des alternatives thérapeutiques conservatrices actuellement disponibles. Le ratio bénéfice-risque doit être évalué avant toute intervention, surtout en cas d'affection bénigne [3].

➤ Type d'anesthésie :

L'hystérectomie vaginale peut être pratiquée sous anesthésie générale ou sous anesthésie locorégionale. Son indication est fonction de l'état général de la patiente. L'anesthésie générale sera préconisée chaque fois qu'il y a nécessité de recours à une laparotomie. Actuellement, certains auteurs décrivent une approche d'anesthésie multimodale (Anesthésie générale et locorégionale à longue durée d'action) ; Cette méthode novatrice aurait un impact bénéfique sur la douleur post opératoire [1].

Malgré que l'hystérectomie par laparotomie ait été la voie d'abord prédominante avec 82,14% dans notre série ; la rachianesthésie a été la méthode d'anesthésie la plus utilisée avec 89,3% contre 10,7% d'anesthésie générale. Notre constat était partagé par **Coulibaly M B et al. [6]** au Mali avec 82% de cas.

Contrairement à notre étude **Goro M [33]** au Mali avait retrouvé dans son étude 76,6% de cas d'anesthésie générale et 23,4% de cas d'anesthésie locorégionale. Notre différence avec **Goro M** pourrait être due à la disponibilité du kit d'anesthésie locorégionale mais aussi des indications de l'hystérectomie.

➤ **Voie d'abord opératoire :**

Les antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne, le nombre de parité et la maîtrise de la technique chirurgicale interviennent dans le choix de la voie d'abord chirurgicale. Dans notre étude la laparotomie était la voie d'abord prédominante avec 82,14% de cas contre 17,85% d'hystérectomie par voie vaginale. Ce constat est partagé par plusieurs auteurs africains notamment : Au Congo Brazzaville (82,5%) de voie abdominale, pour 17,5% de voie vaginale [4] ; au Mali (52,5%) d'abord abdominal [7] ; en Guinée Conakry [12] avec 82,28 % de laparotomie et 17,75 % de voie vaginale et au Nigéria où l'hystérectomie abdominale totale était de 78,1 %, tandis que l'hystérectomie vaginale représentait 20,9 % des cas [15].

Dans toutes ces études la voie vaginale reste toujours peu pratiquée dans nos pays en voie de développement. Ces chiffres, bien que considérés comme faibles, prouvent toute fois cette nouvelle tendance vers l'abord par voie vaginale à l'image des autres pays [26]. Contrairement à nos pays en développement, on assiste à une régression de la voie abdominale au profit des voies vaginale et per coelioscopique [12].

➤ **Type d'hystérectomie et les gestes associés :**

Dans notre contexte où le dépistage du cancer du col n'est pas toujours systématique, il est préférable de réaliser une hystérectomie totale pour réduire le risque de cancer sur col restant. C'est ainsi que l'hystérectomie a été totale chez toutes nos patientes. Nos résultats étaient partagés par d'autres études Africaines où l'hystérectomie totale a été couramment réalisée comme au Congo Brazzaville [4] (89,6%) ; au Mali [6] (60,03%) ; en Guinée Conakry [12] (95 %) ; au Nigéria [14] (93%) ; au Sénégal [26] (98%).

Dans certaines régions, les données sont toutefois différentes. Au Burkina

Faso, Dao dans son étude avait rapporté 48,2% d'hystérectomie subtotale contre 38,3% d'hystérectomie totale [34].

L'attitude des auteurs vis-à-vis des annexes au cours de l'hystérectomie, pour les lésions gynécologiques bénignes, demeure un sujet de discussion et varie en fonction de l'âge. Dans la littérature, le taux d'annexectomie varie de 15,1 à 83,3 % pour la voie abdominale alors qu'il est de 5,7 à 49,6 % pour la voie vaginale [24].

Dans notre série, le taux d'annexectomie bilatérale était de 48,2% des cas, les autres gestes associés étaient la cure de cystocèle et une périnéorrhaphie avec respectivement 3,2 et 1,8% des cas.

D'autres études ont rapporté des taux de salpingo-ovariectomie bilatérale dans 75 % des cas [18] ; par contre en Tunisie [24] ce taux était respectivement de 5,1%

pour la voie abdominale contre 1,3 % pour la voie vaginale ; de 39,97 % au Mali [6] ; 87% au Sénégal [26] et (80,2%) au Cameroun [27].

Tout comme notre étude certains auteurs avaient réalisé des gestes complémentaires comme l'ovariectomie dans 25 cas, la périnéorraphie dans 14,84% des cas au cours d'une hystérectomie vaginale [14].

➤ **Durée de l'intervention :**

La durée d'intervention est fonction de la voie d'abord chirurgicale mais aussi de l'indication de l'hystérectomie. C'est ainsi que la durée moyenne dans notre étude était de 91 minutes avec des extrêmes de 50 minutes et 120 minutes. Elle est superposable à celle de **Ouattara A et col [13]** (100 mn) avec des extrêmes de 45 mn et 210 mn et de **Baldé I S et al. [12]** (96 min) pour la voie abdominale avec des extrêmes de 56 min et 180 min, alors qu'elle a été de 55 min pour la voie vaginale, avec des extrêmes de 45 min et 70 min.

6- Les lésions histologiques :

Elles ont été retenues après un examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

Il s'agissait dans la majorité des cas de léiomyomes avec 21,42% et des lésions cancéreuses du col dans 12,5% des cas.

Nos résultats sont superposables à ceux de plusieurs études à travers le monde avec les mêmes tendances. Au Sri Lanka, **Bosco R J et al. [35]** trouvent 37,5% de léiomyomes contre 1% pour les lésions cancéreuses du col. En Afrique (en Tanzanie et au Rwanda), **Michael D et Raina R F** rapportaient respectivement 51,1% et 35% pour les léiomyomes, et **Michael D** trouva 16,8% pour les lésions malignes [16 ; 36].

En Tunisie les résultats des biopsies comportaient : une hyperplasie simple de l'endomètre dans 44 cas et complexe dans 3 cas sans atypie, un cancer de l'endomètre dans 7 cas, une atrophie de l'endomètre dans 6 cas, un endomètre dysfonctionnel dans 8 cas et la biopsie était sans anomalie dans 13 cas [24].

Une Etude clinico-pathologique de l'hystérectomie au Pakistan [18] avait noté 40% de léiomyomes, 42% de cervicite chronique et 7% d'atrophie de l'endomètre. L'hyperplasie de l'endomètre a été également retrouvée au Maroc [1] dans 7 cas pour la voie vaginale et 5 cas pour la voie abdominale.

Les taux élevés des lésions malignes dans les pays en développement peuvent s'expliquer par l'absence de dépistage systématique ou le retard dans le dépistage des lésions cancéreuses de l'utérus.

7- Complications peropératoires :

Quoique l'hystérectomie soit une opération très couramment pratiquée, elle présente un taux minime mais réel de complications, comme toute procédure chirurgicale [11]. Tel était le cas dans notre étude avec 94,6 % des patientes opérées sans complication. Cependant il est à noter 1 cas d'hémorragie, 1 cas de lésion vésicale et 1 cas de lésion urétérale. Ce taux faible de complications

peropératoires démontre l'expérience de notre service en matière d'hystérectomie car 91,1% de nos patientes étaient opérées par des gynécologues obstétriciens et 8,9% par des médecins à tendance chirurgicale et anciens internes du service de gynécologie obstétrique.

La même observation a été faite par **Donnez O et al. [37]** au Canada qui ont publié une étude rétrospective de 4505 hystérectomies réalisées par la même équipe chirurgicale sur une période de 16 ans. Ils ont observé un taux global très faible de traumatisme de la vessie ou de l'uretère, semblable pour l'hystérectomie laparotomique et vaginale, taux qui diminuait avec l'expérience du chirurgien.

Les mêmes complications ont été rapportées par beaucoup d'autres études avec des proportions variantes : les lésions vésicales dans (2,8%) et la ligature des uretères dans (2,8%) au **Mali [6]** ; l'hémorragie avec respectivement 12,31 % et 6,11% en **Guinée Conakry** et au **Cameroun [12, 27]** ; les lésions vésicales soit 3,9% de cas au Burkina Faso **[13]** ; l'hémorragie, les blessures de la vessie, la lésion urétérale qui ont constitué les complications peropératoires avec

respectivement 11,9% ; 5,9% et 2,4% des cas au Nigéria **[14]**. Dans la série du Congo Brazzaville, les complications per opératoires étaient beaucoup importantes dominées par les hémorragies (24 patientes, 68,6%).

Néanmoins, il est à retenir de façon générale que les complications peropératoires sont souvent attribuables à la pathologie qui a motivé l'hystérectomie et non au geste chirurgical **[12]**.

8- Suites opératoires :

- Complications Immédiates :

Seul un cas de fistule vésico-vaginale soit 1,8% des patientes a été constaté et 98,2% avaient un état satisfaisant à la sortie dans les suites opératoires. Ce constat était partagé par **Ouattara A [13]** avec deux cas (1,6%) de fistule urogénitale.

En Algérie les complications postopératoires ont concerné 8 patientes ayant eu une hystérectomie par voie vaginale soit 26,6% et 10 patientes ayant eu une hystérectomie par voie abdominale soit 16%.

Les infections de la paroi ont représenté 3 cas et concernaient les hystérectomies par voie abdominale et leur risque augmentait avec la durée de l'intervention et l'obésité **[1]**. **Buambo B S F et al [4]** avaient noté que les complications postopératoires étaient dominées par les infections (81,2%) et ces infections ont été beaucoup plus les suppurations pariétales (88 patientes, soit 92,6%) tout comme en Guinée Conakry **[12]** où la suppuration pariétale représentait 21,02 % de cas.

Dans certaines régions, les données étaient toutefois différentes. Au Cameroun

Belley P E et al. [27] retrouvèrent dans leur étude 7,5% d'anémie.

- Complications Secondaires :

Nos patientes en majorité (94,6%) étaient satisfaites. Cependant, il est à noter 3 cas (5,4%) de dyspareunie. La même satisfaction a été rapportée en Côte d'ivoire **[2]** et au Sénégal **[26]** avec respectivement 89,2 % et 98% des patientes qui ont

déclaré être satisfaites quant à leur motif de consultation. En Côte d'Ivoire 91,9 % des patientes ont même déclaré qu'elles recommanderaient la même procédure à une amie.

En effet, cette satisfaction constitue la règle si l'hystérectomie est pratiquée pour un vrai motif médical ; l'intervention libère alors les femmes et améliore leur bien-être : c'est le reflet indirect de la qualité de l'indication opératoire.

Au Sénégal outre la dyspareunie d'autres complications secondaires à type d'incontinence urinaire, impériosité mictionnelle et de constipation ont été décelés chez, respectivement 7,1% ; 11,4% et 60% des patientes.

Par ailleurs des signes hormonaux rattachés à l'hystérectomie associée à l'annexectomie bilatérale, ont été rapportés tels que : les bouffées de chaleur chez 65,7% des patientes et les sueurs nocturnes chez 54,3% des patientes [26].

9- Durée d'hospitalisation :

Toutes les études confirment une durée d'hospitalisation nettement très courte de l'hystérectomie vaginale par rapport à la voie abdominale [1]. Dans notre étude la durée moyenne d'hospitalisation était de 3,28 jours quel que soit la voie d'abord chirurgicale avec des extrêmes de 2 et 15 jours.

Cette durée moyenne de séjour hospitalier était comparable à celle du CHU du Point G au Mali [7] qui était de 4 jours \pm 1,4 jour.

Au Congo Brazzaville [4] elle était de 9 jours (5 à 21 jours) ; en Guinée Conakry [12] elle variait de 7,15 à 10,3 jours selon la voie d'abord chirurgicale contre 7 jours au Burkina Faso [13] avec des extrêmes de 1 et 27 jours.

La différence des durées d'hospitalisation dans nos études pourrait être attribuable à l'indication de l'hystérectomie mais aussi des complications per et post opératoires.

10- Vécu sexuel après 3 mois :

L'hystérectomie semble avoir peu d'impact sur la sexualité, exceptée la baisse de libido que peut provoquer l'ablation des ovaires (mais qui sera corrigée par le traitement hormonal substitutif). Certaines femmes verront même leur sexualité prendre un nouvel essor, car elles sont soulagées du malaise qu'elles ressentaient avant l'hystérectomie et qui rendaient les relations sexuelles douloureuses et dans certains cas impossibles (douleurs, saignements quotidiens). Il faut par ailleurs insister sur le fait que l'ablation du col de l'utérus n'altère en rien l'orgasme [33]. Cependant en France selon **Debodinance P et col** [38] la sexualité humaine, et féminine en particulier, est la résultante d'une alchimie complexe, sous influence multifactorielle. L'hystérectomie n'est jamais un geste anodin en termes de sexualité y compris lorsqu'elle est indiquée pour un prolapsus utérin et ce d'autant qu'elle s'adresse à une patiente jeune.

Les conséquences sexuelles de l'hystérectomie isolée ont fait l'objet de nombreux travaux de valeur inégale mais qui ont tous démontré l'utilité de l'entretien psychosexuel préopératoire (information loyale, justification de la décision opératoire, évaluation précise des « attentes » vis-à-vis de la chirurgie, prise en

compte du partenaire. . .). Sous réserve du respect de cette étape essentielle, on constate l'absence d'effet délétère, voire même le bénéfice de l'hystérectomie sur le devenir sexuel.

Toutes nos patientes ont bénéficié d'un entretien d'information avec le médecin traitant sur la justification de la décision opératoire et l'évaluation d'éventuels effets secondaires car il s'agissait dans tous les cas de chirurgie programmée.

Trois mois après l'intervention 19 patientes (33,9%) ont déclaré être sexuellement satisfaites ; 2 cas (5,4%) signalaient une dyspareunie et chez 34 patientes (60,7%) le vécu sexuel n'était pas connu car elles déclaraient n'avoir pas encore commencé les rapports sexuels soit par craintes de douleur ou par sympathie de la part de leurs conjoints.

Plusieurs études ont rapporté une vie sexuelle satisfaisante chez la majorité des patientes qui est le reflet indirect du bien fondé et de la qualité de l'indication opératoire de l'hystérectomie.

C'est ainsi qu'au Mali [6] et au Congo Brazzaville [21] respectivement 84,2 % et 100% des couples affirmaient avoir une vie sexuelle satisfaisante après le vécu dramatique de la maladie avant l'hystérectomie. Ces résultats corroborent ceux du Burkina Faso où les auteurs avaient noté que l'hystérectomie n'avait aucun effet négatif sur le désir, la lubrification vaginale, l'excitation, l'orgasme et la satisfaction avec respectivement des taux de 70,59 % ; 68,23 % ; 73 % ;

57,65 % et 54 %. Ce ci prouvent que les conséquences globales sont le plus souvent bénéfiques pour les femmes et leur sexualité si l'indication de l'hystérectomie est bien justifiée [39].

Par ailleurs au Sénégal les patientes ayant repris une activité sexuelle, la peur des douleurs au moment des rapports a été exprimée dans 55,7% des cas. Cette appréhension justifiait la baisse de la fréquence des rapports sexuels, touchant 54,3% des patientes. Les interrogatoires avaient également révélé une baisse du plaisir au cours des rapports sexuels chez 38,6% des femmes opérées [26].

Au Cameroun [27] les conséquences de l'hystérectomie sur la qualité de vie étaient surtout marquées par : une baisse du désir sexuel (34,17%), la sécheresse vaginale (24,8%), la dyspareunie profonde (5,7%), un rétrécissement et/ou un raccourcissement du vagin (3,9%).

Une chirurgie vaginale peut avoir des effets sur d'autres organes comme la vessie avec un ralentissement du flux urinaire faisant que la vessie se vide plus lentement qu'à l'habitude. 5 à 10% des femmes auront du mal à vider complètement leur vessie après l'intervention chirurgicale. Certaines femmes ressentent une brûlure ou des douleurs vives dans le rectum après l'intervention chirurgicale. Ceci peut affecter négativement leur sexualité. Pour une sexualité mieux tolérée Il est conseillé de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels pendant 6 semaines après la sortie de l'hôpital. Ces rapports pourraient d'abord être inconfortables, pour cela il faut donc commencer doucement et tranquillement. Un lubrifiant pourrait être utilisé si des symptômes de sécheresse vaginale existent [40].

11- Les indications de l'hystérectomie en fonction de l'âge des patientes :

Le fibrome utérin était l'indication la plus fréquente de l'hystérectomie chez les patientes d'âge compris entre 40 et 50 ans [P : 0,102] car les myomes restent la pathologie féminine la plus fréquente qui touchent 20 à 40% des femmes âgées de plus de 35 ans [41].

Malgré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans notre étude, le prolapsus utérin, les lésions précancéreuses du col utérin, l'hyperplasie de l'endomètre étaient responsables de 16 hystérectomies sur 20 femmes (80%) de plus de 50 ans [P : 0,102].

Notre résultat est en accord avec la littérature car le prolapsus des organes pelviens est une pathologie fréquente dont la prévalence augmente avec l'âge et atteint près de 50 % des femmes de tous les groupes d'âge. Il s'aggrave progressivement avec l'âge.

Une étude transversale de Ellerkmann et al. [42] à propos de 237 femmes évaluées selon la classification Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) du prolapsus avait trouvé un âge moyen de 57,2 ans (extrêmes : 23-93 ans).

Quant au cancer de l'endomètre, il survient généralement après la ménopause et l'âge moyen des patientes lors du diagnostic se situe à 68 ans [43].

Celui du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence avec un pic d'incidence qui se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. Il est rare chez les femmes âgées de moins de 30 ans et celles âgées de plus de 65 ans [44].

12- La nature des hystérectomies selon l'indication :

Chez toutes nos patientes l'hystérectomie était totale et elle était associée à une annexectomie bilatérale dans 48,2% (27/56) [P : 0,042] dont 57,1% (12/21) pour hyperplasie de l'endomètre et des lésions précancéreuses du col. Notre attitude thérapeutique s'expliquait par la hantise du risque carcinologique car dans les pays en voie de développement où la plupart des patientes ne bénéficient pas d'un suivi post opératoire plus régulier que celui constaté dans les pays développés.

Aujourd'hui dans les pays développés il semble raisonnable de dire que le seul argument d'une prévention du cancer sur col restant ne suffit pas à justifier la réalisation systématique d'une hystérectomie totale. Néanmoins, un suivi régulier doit être proposé à ces patientes et il faut s'attacher, en peropératoire, à limiter au maximum le reliquat de tissu endométrial endocervical.

Sur le col restant, le controversé effet positif de l'hystérectomie subtotale sur la sexualité est à opposer au risque de cancer sur col restant : des données anciennes estiment l'incidence du cancer du col dans les dix ans suivant une hystérectomie subtotale entre 0,5 et 1%. Des études plus récentes rapportent un risque global entre 0,3 à 0,11%. L'estimation précise de ce risque est difficile car les facteurs épidémiologiques en cause dans le cancer du col sont nombreux, avec notamment un rôle important du dépistage par frottis réguliers.

Une étude de cohorte réalisée au Danemark a révélé que le risque de développer un cancer dans les cinq ans est 48 % plus bas chez une femme avec un précédent frottis négatif que dans une population de femmes non dépistées. Ce risque est 69 % plus faible chez une femme avec deux à quatre frottis antérieurs négatifs que dans une population non dépistée. Il apparaît donc que le risque de cancer du col après hystérectomie est très faible, estimé à moins de 0,1% [37].

Certains auteurs ont recommandé l'annexectomie bilatérale systématique au décours de toute hystérectomie pour lésion bénigne dès 40 ans : cette attitude permettrait de prévenir 2,7 à 14% des cancers de l'ovaire selon les séries, mais elle est critiquée par d'autres auteurs sur la foi de travaux révélant un excès de mortalité chez les patientes ovariectomisées : en cas d'ovariectomie avant l'âge de 55 ans, l'excès de mortalité est de 8,5% à 80 ans et reste de 3,92% en cas d'ovariectomie avant l'âge de 59 ans. Cette élévation de mortalité, essentiellement expliquée par un risque majoré d'affections cardiovasculaires et de fractures ostéoporotiques pourrait être prévenue par la prescription d'une hormonothérapie substitutive. Cependant, le taux de femmes qui reçoivent un traitement substitutif, après les atermoiements suscités par la publication des résultats du Women's Health Initiative, a fluctué à la baisse, légitimant pour beaucoup un comportement plus conservateur sur les ovaires en cas de chirurgie pelvienne, cette prudence pourrait se justifier jusqu'à l'âge de 65 ans pour certains auteurs.

Par ailleurs, plusieurs travaux rapportent un effet protecteur de l'hystérectomie sur le risque de cancer de l'ovaire. Ce bénéfice pourrait n'être dû qu'au biais induit par le dépistage peropératoire, mais plusieurs théories (vasculaires, hormonales, immunologiques et/ou mécaniques) seraient en mesure d'expliquer la réduction du risque du cancer de l'ovaire après une hystérectomie. Cette diminution du risque se maintiendrait sur le long terme jusqu'à plus de 25 ans après l'hystérectomie.

A ce jour il reste donc très difficile de proposer une attitude consensuelle sur les ovaires au cours de l'hystérectomie pour lésion bénigne. Si le cancer de l'ovaire reste redouté et peut être prévenu par l'annexectomie de principe, cette attitude radicale n'est pas sans risques sur l'espérance de vie et sur la qualité de vie et doit être discutée clairement avec la patiente surtout si elle est jeune [37].

13- Les indications de l'hystérectomie selon la parité :

La moitié des hystérectomies était indiquée chez les grandes multipares dont les indications étaient données par le prolapsus génital, l'hyperplasie de l'endomètre et les lésions précancéreuses [P : 0,287].

Les accouchements multiples sont connus être un des facteurs favorisant du prolapsus génital et les lésions précancéreuses.

C'est ainsi que dans les séries Maliennes [6,7,19] les multipares représentaient respectivement 60%, 62,1% et 37,80% dont 28,57%, 35,5% et 73% pour prolapsus génito-urinaire. Au Burkina Faso, **Ouattara A et col [6]** ont rapporté 75,78% de multipares dont 20,4% pour prolapsus génital et 9,3% pour dysplasie cervicale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

L'hystérectomie pour une indication gynécologique est une pratique courante à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Elle occupe le premier rang des interventions chirurgicales gynécologiques avec une fréquence de 47,45%. Les principales indications étaient l'utérus myomateux, les lésions précancéreuses du col et le prolapsus génital. La voie abdominale reste privilégiée dans notre contexte.

Malgré une maîtrise de cette technique, quelques complications en particulier urogénitale peuvent survenir pendant l'intervention chirurgicale.

Contrairement à ce qui se dit, le vécu sexuel ne semble pas être trop altéré après une hystérectomie.

La technique par voie basse doit être vulgarisée auprès des gynécologues et médecins en spécialisation afin de minimiser les complications liées à ce geste chirurgical.

Recommandations :

✚ Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes : Aux autorités politiques et sanitaires :

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les facteurs de risque des pathologies indiquant une hystérectomie.
- Equiper l'hôpital Nianankoro Fombade Ségou d'un laboratoire d'anatomopathologie pour réduire le coût des examens.

✚ Au personnel de santé :

- Assurer la sensibilisation pour le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus.
- Assurer un renseignement correct des dossiers médicaux.

✚ Aux patientes (population) :

- Fréquenter régulièrement les structures de consultations gynécologiques permettant un diagnostic précoce des pathologies pourvoyeuses d'hystérectomie pour bénéficier d'autres alternatives.

REFERENCES

REFERENCES

- 1- Elhadrami Z :** Les hystérectomies vaginales : Expérience du service de gynécologie obstétrique "B": Indications, technique chirurgicale et complications, Thèse de Médecin Université de CADI AYYAD FFACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH N°76; 2012; Pag: 119
- 2- Reboul A, Mehdi C:** L'hystérectomie par voie vaginale en ambulatoire : étude de faisabilité et de satisfaction des patientes ; Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie en RCI; Volume 46, Issue 2, February 2018, Pages 65-70
- 3- Mohamed L :** hystérectomie vaginale pour pathologies organiques bénignes. Thèse de médecine n°1, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech 2007 ; Pag : 128.
- 4- Buambo B S F, Oyere M P, Doukaga M, Ekondzola J R** Hystérectomie d'indication gynécologique au CHU de Brazzaville. Clinics in Mother and Child Health Vol 6, N°2, December 2009
- 5- Bonnet S, Gonzalez F, Savoie P H, Berkani A, Hornez E, Mocellin N, et al.**
Dix ans d'activité des antennes chirurgicales françaises en Côte-d'Ivoire (Opération licorne). E-mémoires de l'académie Nationale de Chirurgie ; 2015 ;14 (1) : 025-032
- 6- Coulibaly M B, Traoré A, Camara M A, Togo A, Sangaré A, Ongoïba I et al :** Les étiologies gynécologiques des hystérectomies à l'hôpital du Mali à propos de 70 cas. Jaccr Africa 2020; 4(1):78-85.
- 7-Sima M, Coulibaly A, Ongoïba I, Kanté I, Traore M S, Koné K, et coll.** Profile épidémiologique des patientes hystérectomisées pour affections gynécologiques bénignes au CHU du Point G; *9è Congrès de la SOCHIMA: CICB: 25-26-27 juin 2019.*
- 8- Villet R et Salet L.** Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes) Encycl. Med chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie 41.600.1995 16P. Paris : SIMEP ; 1994.
- 9- Kamina P :** Anatomie opératoire Gynécologie et Obstétrique. Paris. Maloine. 20/10/2000 : 330
- 10- Guindo A :** Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali. Thèse de Méd université des sciences, des techniques et de technologie de Bamako N° 19M94 ; Pag 87
- 11- CNGOF :** Interventions gynécologiques Hystérectomie abdominale [En ligne].2016 [cité le 31/05/2016].
- 12- Baldé I S, Diallo B S, Sy T, Diallo Y, Mamy M N, Diallo M H, et al:** Les hystérectomies au CHU de Conakry: caractéristiques sociodémographiques et cliniques, types, indications, voies d'abord et pronostic. Med Sante Trop 2014 ; 24 : 379-382. doi : 10.1684/mst.2014.0339

- 13- Ouattara A, Kaboré F, Sib S R, Millogo F, Ouedraogo I, Touré B. et col :** Indications et pronostic de l'opération d'hystérectomie dans le service d'obstétrique et de gynécologie du CHU de Ouagadougou (UTH-YO), Burkina Faso. *Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie* 2017, 1239-1246.
- 14- Rabiou A, Habib R.** Elective abdominal hysterectomy: Appraisal of indications and complications at Aminu Kano Teaching Hospital – An 8-year review. *Trop J Obstet Gynaecol* 2017; 34: 224-8
- 15- Ahmed Z D, and Taiwo N.** (2015) Indications and Outcome of Gynaecological Hysterectomy at Aminu Kano Teaching Hospital, Kano: A 5-Year Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5, 298-304.
- 16- Michael D, Mremi A, Swai P, Shayo B, Mchome B.** Gynecological hysterectomy in Northern Tanzania: a cross-sectional study on the outcomes and correlation between clinical and histological diagnoses; *BMC Women's Health* (2020) 20:122
- 17- Egbe T O, Kobenge F M, Arlette M M J, Eta-Nkongho E, Nyemb JE, Mbu R** (2018) Prevalence and Outcome of Hysterectomy at the Douala General Hospital, Cameroon: A Cross-Sectional Study. *Int J Surg Res Pract* 5 :092. doi.org/10.23937/2378-3397/1410092
- 18- Kishwar N, Abid H, Riasat A :** Clinico-Pathological Study of Hysterectomy at Pak Red Crescent Medical and Dental College JIIMC 2018 Vol. 13, No.2
- 19- Traoré A, Coulibaly MB, Traoré SO, Sissoko A, Diani N, Mangara FS, et al.** L'Hystérectomie Vaginale dans le Service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali. *Health Sci Dis.* 25 oct 2020;21(11).
- 20- Abah M G and Olatunbosun O A:** An audit of gynaecological hysterectomies in the university of Uyo teaching hospital Nigeria: Case for non-descent vaginal hysterectomy; *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2019; 3(5): 161-165
- 21- Mbongo J A, Muanga A, Miabou D, Nzelie A, Iloki L.** Qualité de vie et vécu de la maladie, avant et après hystérectomie vaginale, chez les femmes admises au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Pan African Medical Journal.* 2016 ; 25 : 79
:10.11604/pamj.2016.25.79.10085.
- 22- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF.** 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018.*
Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- 23- Mangara F :** Hystérectomie vaginale dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali Thèse de médecine N° 15M128, Pag :101.
- 24- Chennoufi B, Ben Termin R, Aissata B S, Abodé A, Mathlouthi A, Chelli D et col :** Étude analytique de 240 hystérectomies Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis ; *Maghreb Médical* - vol 23 - n°366 – 2003 Pag : 3.

- 25- Rabenjarison N H** : Evaluation des voies d'abord des hystérectomies à l'hôpital universitaire de gynécologie obstétrique de Befelatanana thèse de Méd; de faculté médecine université d'Antananarivo à Madagascar ; 2012 ; N° 8333, Pag : 96.
- 26- Gueye M, Diouf Aa, Cissé A, Coulbary As, Moreau Jc, Diouf A**: conséquences de l'hystérectomie au centre hospitalier national de Pikine à Dakar. LA Tunisie medicale– 2014 ; Vol 92 n°10.
- 27- Belley P E, Mboudou E, Nana T N, Egbe T O, Doh A Set al** : hystérectomie par voie coelioscopique : expérience de l'hôpital general de Douala, Cameroun Clinic Mother Child Heath 2009 ; Vol 6, N° 2 : 1135-1138
- 28- KEITA M, Samaké A, Haidara D, Diallo M, Goro M, Diakité K et al.** prévalence et conséquences des hystérectomies à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako, *Journal Africain de Chirurgie. Décembre 2018 ; 5(2) : 75 – 81.*
- 29- Chrysostomou A, Maposa I.** *Cost Analysis of Vaginal Hysterectomy as Compared to Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy for Non-prolapse Uterus in a Tertiary Institution in South Africa. J Gynecol Obstet. 24 déc 2021;9(6):237.*
- 30- Sando Z; Fouogue J T; G. Nganwa K; A. Kabeyene O; A. Wongolo; J L Essame O**: Indications et aspects anatomopathologiques des hystérectomies à l'hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique, Yaoundé. CaHReF 2016, Yaoundé Conges Hall, 23 – 26 August 2016, PL172.
- 31- Nzau NE, Mboloko E, Tandu-Umba N F B, Lokengo L D.** Hystérectomie aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : de 2002 à 2010, Médecine d'Afrique Noire 5904 - Avril 2012 – pag. 221-230.
- 32- GORO M.** Les hystérectomies au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako à propos de 107 cas, thèse de Méd Bamako 2015 N° 304
- 33- Levêque Y E, Colladon B, Foucher F, Chaperon D, Grall J Y, Taillanter L.** « Hystérectomies pour pathologie bénigne en région de Bretagne : analyse des Pratiques » J. Journal de gynéco obstétrique et biologie de la reproduction 2000, vol 29, n°1, 41- 47.- 144
- 34- Dao B, Touré B, Sano D, Bambara M.** Les hystérectomies en zone tropicale : expérience d'une maternité africaine. A propos de 141 cas au Burkina Faso. Tunis Med, 2001 ; 79 :47-50.
- 35- Bosco R J, Sarada V.** Spectre clinic pathologique des spécimens d'hystérectomie dans un hôpital de soins tertiaires au Sri Lanka - Une revue de 826 cas. Trop J Pathol Microbiol. 2020; 6 (1): 50-57.
- 36 - Raina R F, Nyirahabimana D** (2018) Analysis of Lesion Histopathology in Hysterectomy Specimens at Two Hospitals in Rwanda: A Year in Review J Gynecol Infertility. 1(1)

- 37- Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, et al.** A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG* 2009; 116:492–500.
- 38- Debodinance P, Fatton B, Lucot J P.** Faut-il faire une hystérectomie au cours de la chirurgie du prolapsus par voie vaginale? *Prog En Urol.* déc 2009;19(13):1060-73.
- 39- SOME D O , OUATTARA S, Dantola P K, BÉWENDIN E K, Blandine T B:**Sexual Experience of Women after Gynecological Hysterectomy in the Department of Obstetrics and Gynecology of Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital, Burkina Faso. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* > Vol.9 No.9, September 2019.
- 40- International urogynecological association.** Récupération après une chirurgie vaginale ou une hystérectomie vaginale. ffice@iuga.org | www.iuga.org ©2011, 2017
- 41- Ilham E :** Les fibromes utérins : Etude rétrospective au service de gynécologie obstétrique "B" du CHU Mohammed VI ; thèse de Méd Maroc 2012 ; N° :114, p :168.
- 42- HAS de la France :** Prolapsus génital de la femme – Prise en charge thérapeutique mai 2021.
- 43- L'institut National du Cancer France :** Cancer de l'endomètre Diagnostic Prise en charge thérapeutique surveillance publié en novembre 2010.
- 44- HAS de la France :** Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) Juin 2013.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

N° d'ordre.....

I- Caractéristiques sociodémographiques :

Q1- Nom et Prénom

Q2- Age / ____ /

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

5. plus de 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 à préciser

Q6- Niveau d'instruction : / ____ /

1. Scolarisée 2. Non scolarisée

Si Scolarisée : / ____ /

1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur

Q7- Provenance : / ____ /

1. Ségou ville 2. Hors Ségou

II- 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. Saignements post-coïtaux, 6. Autres :

Q11- Antécédents médicaux / ____ /

1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Asthme

5. Autres 6. Aucun

Q12- Antécédents chirurgicaux : / ____ /

1. Césarienne 2. Myomectomie 3. Appendicectomie

4. GEU 5. Kystectomie 6. Autres..... 7. Aucun

Q13- Antécédents obstétricaux :

Q13a- Gestité / ____ /

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

Q13b- La parité : / ____ /

1. Nullipare 2. Primipare 3. Pauci pare 4. Multipare

5. Grande multipare

Q13c- Nombre d'enfants vivants : / ____ /

1.1 Enfant vivant 2. 2 vivants 3. 3 vivants 4. 4 à 6 vivants 5. Plus de 6
vivants 6. Aucun vivant

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. Etat général passable, 3. Mauvais état
général

Q17- Le Diagnostic / ____ /

1. Méno-métrorragies rebelles

2. Utérus Myomateux 3. Prolapsus utérins 4. Lésion précancéreuses du col

5. Hyperplasie endomètre

6. Cancer de l'endomètre 7. Autres :

III- Les examens complémentaires

a) La biologie :

Q18- Hémoglobine/____/

1. Taux d'Hb ≤ 5 g/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

b) Imagerie :

Q25 Echographie pelvienne / ____ /

1. Oui 2. Non 3. Pas indication

Si écho faite : /____/

1. Normale 2. Fibrome 3. Col pathologique

4. endomètre Pathologique 5. Autre à

Préciser.....

Q26- Radiographie du thorax /____/

1. Oui 2. Non

Si Radio faite /____/

1. Normal 2. Signe de métastase

Q27- Consultation pré anesthésique / ____ /

1. Oui 2. Non

Q28- Si CPA non fait pourquoi.....

c) Anapath :

Q29- Anapath de la pièce / ____/

1. Examen normal 2. Cancer du col 3. Cancer de l'endomètre 4. Autres à préciser.....

5. Non fait 6. Si non faite pourquoi.....

IV- Traitement chirurgical

Q30- Type d'hystérectomie / ____/

1. urgence 2. Programmée

Q31- Nature de l'hystérectomie / ____/

1. Hystérectomie totale inter annexielle

2. Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale 3. Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale 4. Hystérectomie subtotale

Q32- Gestes secondaires/ ____/

1. Appendicectomie 2. Périnéorraphie 3. Autre.....

4. Aucun

Q33- Qualification de l'opérateur / ____/

1. Gynéco obstétricien 2. Médecin Généraliste

Q35- Type Anesthésie / ____/

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

Q34- Voie Opératoire / ____/

1. Abdominale 2. Vaginale 3. Mixte

Q35- Diagnostic per- opératoire / ____/

1. Diagnostic pré opératoire 2. Autres à Préciser.....

Q36- Autres organes atteints : / ____/

1. Lésion vésicale 2. Lésion digestive 3. Lésion Urétérale 4. Autre à préciser.....

Q37- Complication Per opératoires / ____/

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

Q38- Complications secondaires / ____/

1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite
4. Eventration 5. Anémie 6. Septicémie 7. Fistule Vésicale 8. Fistule rectale
9. Ligature des uretères
10. Autres 11. Aucune complication

Q39- Complications tardives/____/

1. Dyspareunie 2. Algie pelvienne chronique
3. Autres 4. Aucune

Q40- Durée de l'intervention / ____/

1.<1h 2. 1à 2h 3. >2h

II-Traitement Médical

Q40- Macromolécules / ____/

1. Oui 2. Non

Q41- Transfusion / ____/

1. Oui 2. Non

Q42- Nature du produit sanguine / ____/

1. Sang total 2. Concentré globulaire 3=PFC

Q43- Antibioprophylaxie per opératoire / ____/

1. Oui 2. Non _____

Q44- Antibiothérapie postopératoire / ____/

1. Oui 2. Non

Q45 Nombre d'antibiotique / ____/

1. monothérapie 2. Bithérapie 3. Trithérapie

Q46- Si Oui Durée / ____/

Q47- Autre traitement reçu à préciser : / ____/

1. antalgique 2. Anti anémique 3. Anti paludéen

4. autre à préciser.....

Q48- Durée d'hospitalisation /____/

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

Q49- Etat à la sortie /____/

1. Satisfaisant 2 Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée

Q50- Répercussion psychologique /____/

1. Satisfaite 2. Désire de grossesse 3. Inconfort

4. Aucun

Q51- Vécu sexuel /____/

1. Satisfaite 2. Répercussion sur la vie sexuelle

3. Inconnu

Q52- Nature de la répercussion sur la vie sexuelle /___/ 1. Dyspareunie 2. Pas de désir 3. Peur de rapport sexuel 4. Autres.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Sory

Titre de thèse : Hystérectomie dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Tel : (223) 73 10 46 54

Email : diallosory187@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Résumé : Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective allant du 1^{er} décembre 2020 au 31 mai 2022 soit 18 mois au service de gynécologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Elle visait à étudier les hystérectomies de causes gynécologiques.

A l'issue de notre étude 56 hystérectomies ont été enregistrées sur un ensemble de 118 interventions chirurgicales gynécologiques soit une fréquence de 47,45%.

La tranche d'âge la plus représentée était 40-50 ans avec 39,3%, l'âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes de 29 et 75 ans. Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 50%.

Les indications les plus fréquentes étaient le fibrome utérin (30,4%), les lésions précancéreuses du col et le prolapsus utérin (17,85%) chacun. L'hystérectomie abdominale a été la voie d'abord chirurgicale la plus utilisée (82,14%) contre 17,85% pour la voie basse. L'hystérectomie était totale dans 100% des cas, associée à une annexectomie unilatérale dans 12,5% de cas et bilatérale dans 48,2% de cas.

Le pronostic per et post opératoire était satisfaisant dans 94,6% des cas cependant il est à noter un cas de difficulté d'hémostase, des lésions vésicale et urétérale avec un cas chacun mais aucun cas de décès n'a été enregistré.

Mots clés : Hystérectomie, gynécologique, indications, pronostic, hôpital de Ségou.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples,
devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être
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 race, de parti ou de
classe 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 leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !

