

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

FMOS



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2021-2022

MEMOIRE

Thèse N° : /

**La pratique de l'hystérectomie vaginale sans fil au service de
Gynécologie obstétrique du CHU de point G**

Présenté et Soutenu publiquement le 24/03/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Dr Yacouba Abdoulaye MAÏGA

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Gynécologie - Obstétrique

JURY

Président : Pr Niani MOUNKORO

Membres : Pr Soumana Oumar TRAORE

Pr Amadou BOCOUM

Pr Mamadou SIMA

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au nom d'ALLAH le tout MISERICORDIEUX, le très MISERICORDIEUX. Louange à ALLAH l'Omniscient, l'Omnipotent. Je rends grâce au seigneur, créateur de la terre et des cieux, qui m'a permis de mener à bien ce travail. Ya ALLAH continue de guider mes pas sur le droit chemin. Amine !

A notre PROPHETE MOHAMED, paix, salut, et bénédiction sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A ma mère **Amou Djibrilla** et mon feu père **Abdoulaye Aliou** : Je ne vous remercierai jamais assez pour tous vos sacrifices, merci pour l'éducation que vous m'aviez donnée, vous êtes un modèle à suivre.

A mon épouse et ma fille : Puisse Allah exhausser tes vœux les plus intimes et accorder longue vie. A ma fille ; que ce travail soit un exemple pour toi pour mieux faire que ton père.

A mes sœurs **Fatoumata, Sarata, Adizatou et Nassira** ainsi que mes frères **Mohamed, Youssouf, Ismail, Almahadi et Zakaria** : Vous êtes pour moi la raison, pour laquelle je me suis toujours accroché dans la vie et persévéré dans tout ce que j'entreprends. Sans votre amour et votre soutien qui ne m'ont jamais fait défauts, je n'aurais sûrement pas pu arriver à bout de ce travail ainsi qu'aux épreuves de la vie. Merci pour tout, puisse Dieu me priver de tout ce dont je n'oserai vous offrir.

A ma regrettée grande mère **RAKIETOU O MAIGA** ainsi que ses frères et sœurs vivant ou mort.

A mon regretté oncle **Mohamed Djibrilla** votre parcours est une source inépuisable d'inspiration, vous êtes l'image de la personne auquel j'aspire devenir, que Dieu vous accorde une place privilégiée au paradis.

A mes **Tantes et Oncles maternels** ainsi que **paternels**

Je vous suis reconnaissant pour votre soutien sur tous les plans, vous incarnez l'image d'une famille à envier, que Dieu préserve le lien de sang qui nous lie.

A mes maîtres :

Pr DOLO Amadou, Pr TRAORE Mamadou, Pr DIARRA Issa, Pr MOUNKORO Niani, Pr TOURE Moustapha, Pr TEGUETE Ibrahima, Pr TRAORE Youssouf, Pr THERA Tioukani Augustin, Pr BOCOUM Amadou, Pr TRAORE Soumana Oumar, Pr TRAORE Mamadou Salia, Pr DAO Seydou Z, Pr COULIBALY Ahmadou, Dr Sissoko Abdoulaye, Dr SIMA Mamadou, Dr SANOGO Siaka, Dr FANE Seydou, Dr KONE Konimba, Dr DIARRA Drissa, Dr Dicko Modibo, Dr Aminata KOUMA, Dr Saoudatou TALL, Dr KALLE Safiatou, Dr BAGAYOGO Moussa, Dr Sylla Cheickna, Dr Adane Adiawiakoye,

Feu Pr MAIGA Bouraima, feu Dr ONGOIBA Ibrahim.....

Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

Aux DES de Gynécologie Obstétrique : C'est l'occasion de témoigner ma satisfaction pour votre franche collaboration.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTES DES ABRÉVIATIONS

AB	: Annexectomie Bilatérale
ACFA	: Arythmie Complete par Fibrillation Auriculaire
AD/G	: Annexectomie Droite /Gauche
ADM	: Adénomyose
AG	: Anesthésie Générale
ANAPATH	: Anatomopathologie
ATB	: Antibiothérapie
ATCD MED	: Antécédents Médicaux/Chirurgicaux/Gynéco obstétricaux
/CHIR/GO	
CCU	: Cervicite Chronique Ulcéralive
CIN	: Néoplasie Intra Epithéliale Cervicale
CIS	: Carcinome In Situ
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FID	: Fosse Iliaque Droite
GEU	: Grossesse Extra-Utérine
g/dl	: Gramme par décilitre
HE	: Hyperplasie de l'endomètre
HTA	: Hypertension Artérielle
HV	: Hystérectomie Vaginale
IA	: Inter annexielle
IVA	: Inspection Visuel après application de l'acide acétique
IVL	: Inspection Visuel après application du Lugol
IMC	: Indice de masse corporel
Kg	: Kilogramme
PER-OP	: Per – Opératoire
POST-OP	: Post-Opératoire
TDM	: Tomodensitométrie

TV	: Toucher Vaginal
<	: Inférieur
>	: Supérieur
≤	: Inférieur ou égal
≥	: Supérieur ou égal
%	: Pourcentage

LISTES DES TABLEAUX

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques.....	20
Tableau II: Répartition des patientes selon les données cliniques :.....	21
Tableau III: Répartition selon les données para cliniques	22
Tableau IV : Répartition selon les indications opératoires	22
Tableau V : Répartition selon le type d'anesthésie	23
Tableau VI : Répartition selon la conservation d'annexes	23
Tableau VII: Répartition selon la durée d'intervention.	24
Tableau VIII : Les complications per et post opératoires	24
Tableau VIII : Les complications post opératoires	24
Tableau IX : Répartition selon les résultats anatomopathologiques.....	25
Tableau X: Répartition selon la durée d'hospitalisation.....	25

LISTES DES FIGURES

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Instruments de chirurgie	8
Figure 2: BiClamp	8
Figure 3: Incision peri-cervicale.	11
Figure 4 : Coagulation bipolaire du ligament utérosacré droit.	12
Figure 5 : Coagulation bipolaire de l'insertion utérine du paracervix.....	12
Figure 6: Section du paracervix aux ciseaux au contact de l'utérus.....	13
Figure 7 : Utilisation du scellement vasculaire pour le traitement de l'artère utérine au cours de l'hystérectomie vaginale.....	14
Figure 8 : Le scellement est terminé (les microprocesseurs inclus dans le circuit de distribution de l'énergie l'ont établi et le chirurgien en a été averti par un signal sonore).	14
Figure 9 : L'artère qui a été scellée est coupée – notez son aspect parcheminé. 15	

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	5
Objectif général	5
Objectifs spécifiques	5
I. GÉNÉRALITÉS.....	7
II. MÉTHODOLOGIE	17
III. RÉSULTATS.....	20
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	27
CONCLUSION	32
RECOMMANDATIONS.....	33
ANNEXES	34
RÉFÉRENCES.....	35

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus, emportant le corps et le col de l'organe [1]. Cette ablation peut se faire par voie abdominale classique ou par voie vaginale et actuellement elle peut se faire par cœlio chirurgie [2].

L'hystérectomie est l'intervention gynécologique la plus pratiquée dans le monde. En France on dénombre par an plus de 80.000 cas d'hystérectomies [3].

La fréquence de sa pratique dans une formation médicale a déjà été proposée comme indicateur de performance [4].

Plusieurs études comparatives de ces nouvelles approches sont reprises dans la littérature [5]. La fréquence de l'hystérectomie, quelle que soit sa voie d'abord, varie en fonction de l'aire géographique, de l'origine ethnique et de la catégorie sociale des patientes ainsi que du sexe du chirurgien [6].

En Guinée, une étude réalisée entre mai 2011 et avril 2013 dans les deux CHU Nationaux faisait état de 333 cas d'hystérectomies sur 7 639 cas d'interventions gynécologiques et obstétricales soit un taux de 4,4% [7].

Au Mali, une étude réalisée entre le 1^{er} janvier 2007 et 31 décembre 2016 au CHU du Point G faisait état de 521 cas d'hystérectomies sur 4309 interventions gynécologiques et obstétricales réalisées soit un taux de 12,09 % Diallo A [8].

Des études similaires ont été menées sur les hystérectomies pour des indications gynécologiques prenant en compte les hystérectomies gynécologiques pour cancer notamment celle réalisée au CHU de Brazaville du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007 nous rapporte que sur 5.388 cas d'interventions gynécologiques et obstétricales, 366 cas d'hystérectomies étaient pour indications gynécologiques, soit une fréquence de 6,6%. Les indications d'hystérectomie étaient dominées par : les fibromes utérins (234 patientes, soit 63,9%), suivis de prolapsus utérins (64 patientes, soit 17,5%) et de cancers gynécologiques (52 patientes, soit 14,2%) [8].

Cette intervention a suscité beaucoup de discussions en ce qui concerne, entre autres, ses indications, ses voies d'abord et ses complications [4].

Avec l'application de plus en plus étendue de la cœlio-chirurgie, de nouvelles possibilités d'hystérectomie ont été développées. Il s'agit de l'hystérectomie par voie totalement cœlioscopique, de l'hystérectomie par voie cœlioscopique assistée par voie vaginale et l'hystérectomie totalement vaginale sans fil.

Deux techniques de ligature assurent l'hémostase :

La ligature par fil dans la chirurgie conventionnelle fréquemment utilisée

La ligature par électrocoagulation à la bipolaire récemment introduit dans la prise en charge par Henri Clavé [9] pour la première fois en Mars 2002

Ainsi, l'hystérectomie vaginale sans fil consiste à l'ablation chirurgicale par voie basse sans utilisation de fil de suture pour la ligature vasculaire.

L'objectif de cette étude est d'apporter notre expérience personnelle sur l'utilisation de l'électrofusion, de déterminer les avantages et les complications de cette technique dans l'hystérectomie vaginale

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la pratique de l'hystérectomie vaginale sans fil

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence de l'hystérectomie vaginale sans fil.
2. Déterminer le profil épidémio-clinique des patientes.
3. Rapporter les complications per et post opératoires de la technique.
4. Déterminer le bénéfice de la technique par rapport à la technique classique.

GENERALITES

I. GÉNÉRALITÉS

1.1. Définition

L'hystérectomie sans fil est l'ablation chirurgicale de l'utérus par voie basse en faisant la ligature vasculaire par électrocoagulation à la bipolaire.

1.2. Historique

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse il y a plus de dix-sept siècles.

Aux seizièmes et dix-septièmes siècles, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarus da capri à Bologne en 1507).

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

La première hystérectomie vaginale réglée a été réalisée par Joseph Claude, Anthelme, Récamier en 1829 fit la première mais cette intervention ne commença à être régulièrement pratiquée qu'à partir de [1890-1990] (Pean, Richelot) puis elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée. Quelques écoles, toute fois, ont continué à réaliser des hystérectomies vaginales et en France, c'est au professeur Daniel Dargent que revient le mérite d'avoir remis l'honneur de cette technique dans les années [1970-1975].

1.3. Technique chirurgicale

1.3.1. Matériels :

Sur la table on a installé les 6 instruments de base :

- un bistouri manche court lame n°11
- une pince à disséquer à fines griffes de 18 cm
- un ciseau de Mayo de 16 cm
- une pince de Pozzi (ou de Museux)
- un porte aiguille de 16 cm et
- une pince BiClamp ou bipolaire

- une canule d'aspiration
- une mèche vaginale
- 10 compresses



Figure 1: Instruments de chirurgie



Figure 2: BiClamp

Le BiClamp est une pince autoclavable qui a la configuration d'une pince type Jean Louis Faure ou d'un clamp de Heanley c'est à dire qu'elle en a la même maniabilité et qu'elle ne nécessite pas l'apprentissage d'une nouvelle gestuelle. Il est ainsi possible d'appréhender des structures tissulaires de surface importante sans qu'il soit nécessaire de séparer les différents éléments d'un pédicule.

Trois éléments spécifiques permettent d'éviter l'écrasement des structures

Tissulaires :

- ✓ La présence d'un plot entre les mors qui laisse un écartement minimum
- ✓ Absence de crémaillère qui inciterait à serrer fortement l'instrument
- ✓ L'absence de dent à l'extrémité de la pince, dent qui traumatise et déchire les tissus lors de l'effet de recul lié au passage du courant.

Cette pince existe en plusieurs longueurs ; les différents modèles intègrent tous le système électrique : les deux mors de la pince agissant comme les deux électrodes d'une pince bipolaire.

Ces mors sont revêtus de larges plaques d'acier lisse de surface variable selon les modèles (130 à 250 mm²).

Le caractère lisse de ces plaques est un atout majeur dans le confort d'utilisation en effet, ceci permet de diminuer l'adhérence des tissus à la pince et par là même le charbonnage.

Le caractère structuré des mors (rayés ou gaufrés) utilisé sur d'autres modèles permet de diminuer la fuite en avant des tissus et en les contenant mieux mais par contre est responsable :

- D'une augmentation des effets de collage qui peut être dangereux en arrachant la zone d'hémostase lors du retrait de l'instrument
- D'une augmentation de charbonnage qui rend difficile l'appréciation visuelle de l'hémostase
- D'une augmentation des dégâts thermiques latéraux avec des risques de lésion de voisinage (artère vessie).

1.3.2. Procédure

La désinsertion du vagin est effectuée par une incision circulaire.

La dissection de l'espace vésico-utérin permet la mobilisation du pôle inférieur de la vessie et son éloignement du col utérin.

La désinsertion de la paroi vaginale postérieure permet l'ouverture du cul-de-sac de Douglas.

À partir de ce temps opératoire, les opérateurs ont choisi soit la technique de ligature conventionnelle par suture, soit la technique de ligature par électrocoagulation pour l'abord du ligament large.

Dans le groupe « suture », le ligament cardinal comprenant le ligament utérosacré est aiguillé à deux reprises en passant la première fois dans la petite fossette située en dessous de la crosse de l'artère utérine et en passant la deuxième fois au-dessus de la crosse de l'artère utérine. Le dernier temps de section des paramètres est celui de la dissection et de la ligature élective entre deux pinces de l'artère utérine. La bascule postérieure de l'utérus après ouverture du péritoine vésico-utérin permet le clampage et la ligature du moignon annexiel. Si l'annexectomie est indiquée, elle est réalisée dans un deuxième temps après l'hystérectomie inter annexielle. Elle consiste en la séparation du ligament rond et de l'annexe permettant l'individualisation du ligament infundibulo-pelvien. Celui-ci est clampé, sectionné puis ligaturé. L'ensemble des ligatures est effectué au vicryl 0 ou 1.

Dans le groupe « électrocoagulation », la ligature hémostatique sans fil concerne le ligament cardinal comprenant le ligament utérosacré, l'artère utérine, le ligament rond et le ligament lombo-ovarien si nécessaire. Une ou plusieurs applications de pince peuvent être réalisées selon l'épaisseur et la fixité du tissu à coaguler.

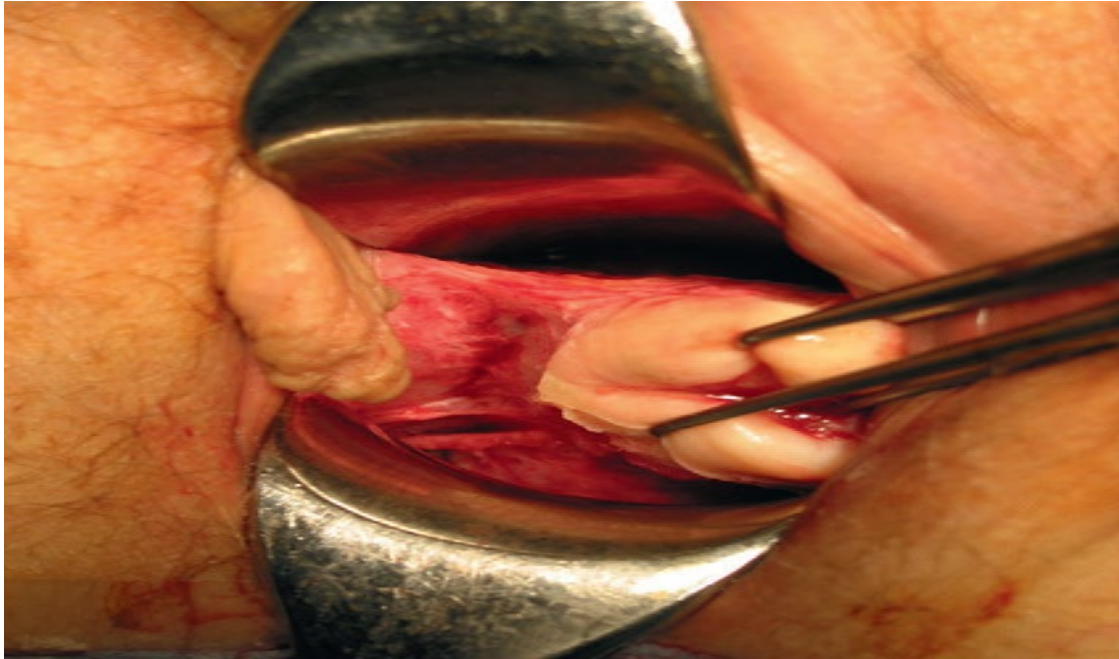


Figure 3: Incision peri-cervicale.

Après incision vaginale, on a ouvert le septum vésico-utérin où on a mis en place d'une valve de Breisky, ouvert (largement, en complétant par l'incision du feuillet dorsal du ligament large) le cul-de-sac de Douglas où on a mis en place d'une valve de Mangiagalli.

Les attaches dorso latérales résiduelles de l'utérus, qui sont à traiter pour conclure l'hystérectomie, sont bien visibles du côté droit de la patiente grâce au jeu des valves et de la traction sur le col.

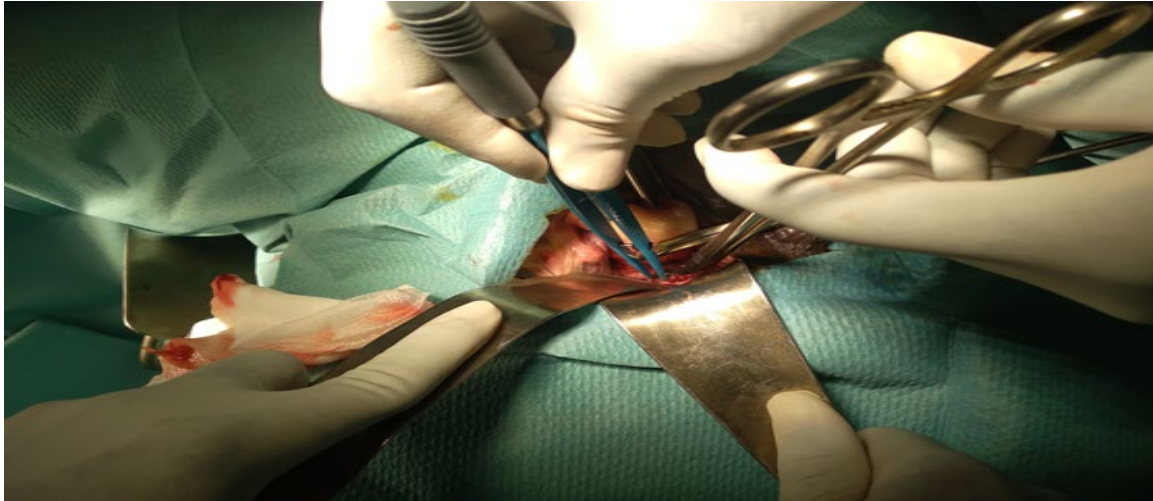


Figure 4 : Coagulation bipolaire du ligament utérosacré droit.

On utilise ici la pince bipolaire, économique par définition. Elle reproduit par voie basse le geste qui permet la réalisation d'une hystérectomie.

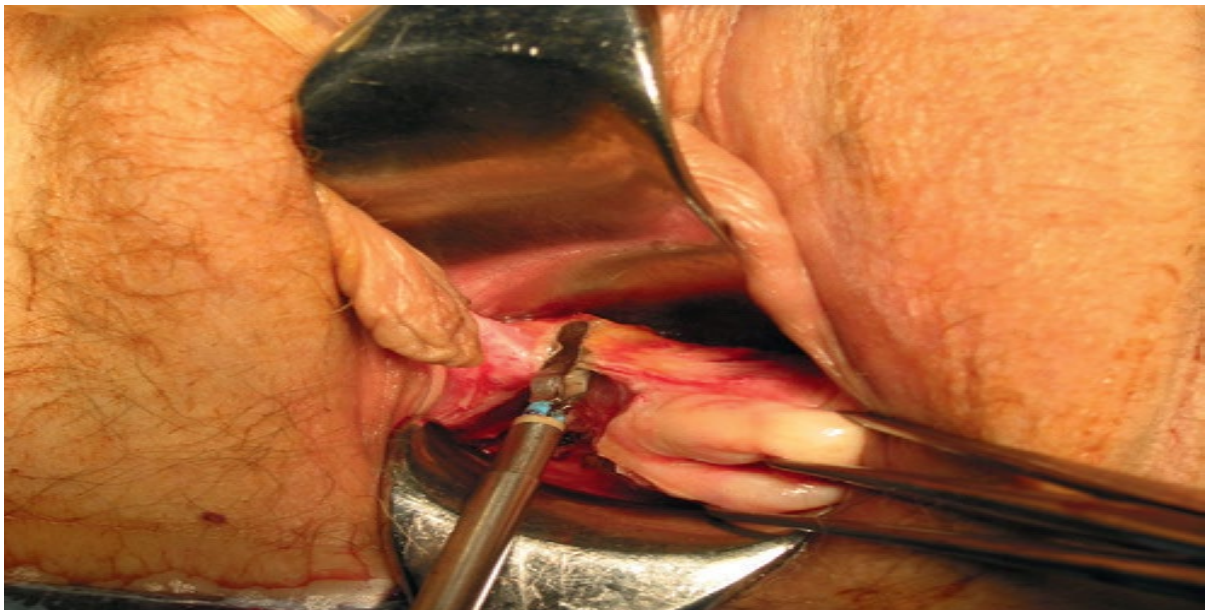


Figure 5 : Coagulation bipolaire de l'insertion utérine du paracervix.

Les deux valves sont volontairement placées en translation du même côté pour mettre en évidence la structure. La valve protégeant la vessie pousse latéralement le « pilier de la vessie », lequel contient l'uretère, qui est protégé de la coagulation.



Figure 6: Section du paracervix aux ciseaux au contact de l'utérus.

L'ambidextre peut rendre ces gestes très rapides : coagulation bipolaire d'une main, ciseaux de l'autre. Ses aides ont été essentiels : l'aide à sa gauche est resté imperturbable tout au long du reportage photographique et a maintenu les deux valves dans l'axe adéquat ; l'aide à sa droite a tracté dans la direction opposée (principe des antipodes) et accessoirement, s'il en était besoin, était muni de la canule d'aspiration.

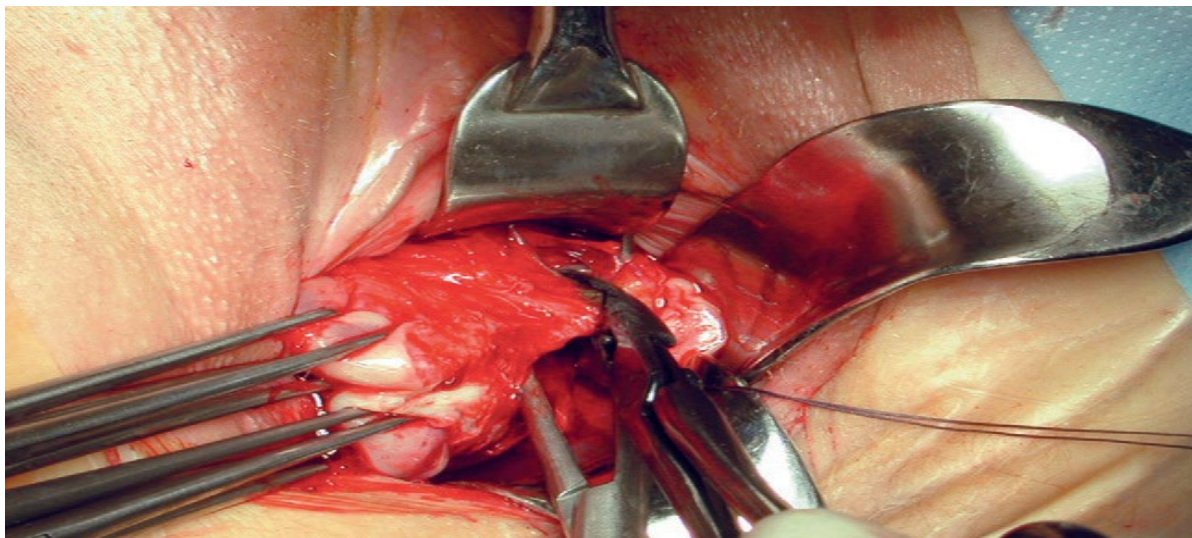


Figure 7 : Utilisation du scellement vasculaire pour le traitement de l'artère utérine au cours de l'hystérectomie vaginale.

La branche afférente de la crosse de l'artère utérine a été disséquée – elle est serrée dans le clamp.

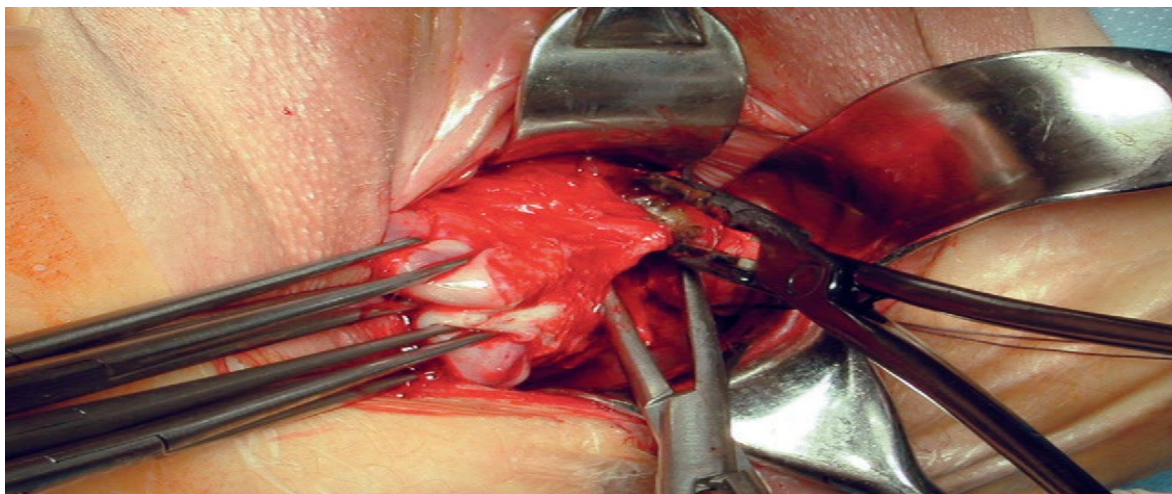


Figure 8 : Le scellement est terminé (les microprocesseurs inclus dans le circuit de distribution de l'énergie l'ont établi et le chirurgien en a été averti par un signal sonore).

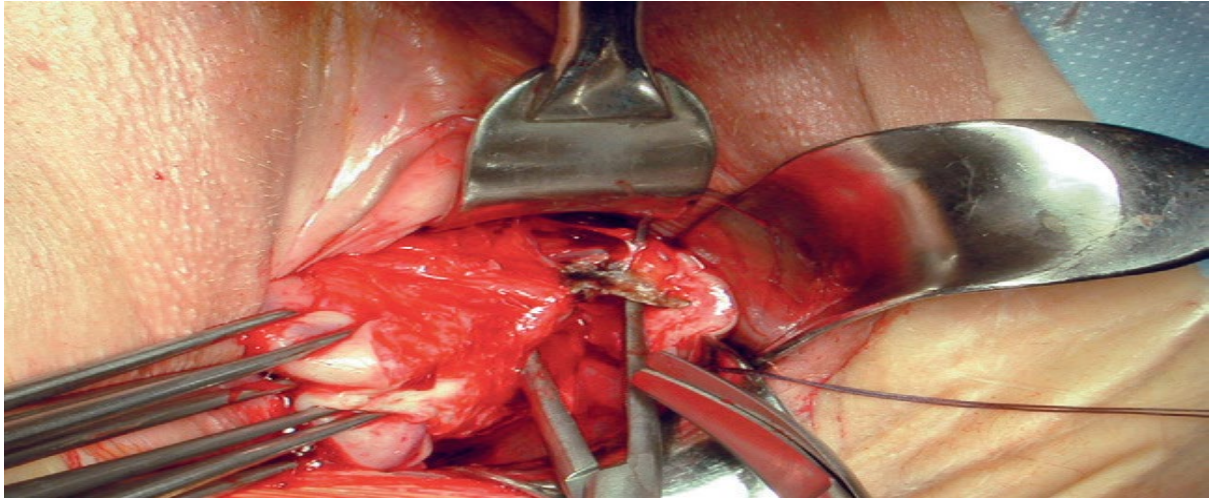


Figure 9 : L'artère qui a été scellée est coupée – notez son aspect parcheminé. Notez aussi que les altérations tissulaires sont réduites au segment qui était inclus dans la pince.

Dans les deux groupes, la fermeture du vagin s'effectue selon un même procédé. Elle débute par deux points d'angle vaginaux puis par la fermeture du vagin en un surjet au vicryl 0.

1.3.3. Les complications :

Les complications peropératoires sont dominées par l'hémorragie, la plaie de la vessie et du rectum.

Les complications post opératoires : Les complications infectieuses, les complications thromboemboliques, la paralysie du nerf crural La mortalité

Les complications longues terme : Les prolapsus, l'inconfort

METHODOLOGIE

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du **CHU du Point « G »**.

2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude analytique rétro prospective cas-témoins.

Nous avons enregistré un cas pour deux témoins

2.3. Période d'étude

Elle s'est déroulée sur une période de Cinq (5) ans et 6 mois du 1^{er} Décembre 2016 au 30 Juin 2022.

2.4. Echantillonnage

L'échantillon a été constitué de toutes les femmes ayant bénéficiées d'une hystérectomie vaginale pour des pathologies bénignes dans le service.

2.5. Critères d'inclusion :

Cas : a été incluses dans notre étude toute patiente ayant bénéficié d'une hystérectomie vaginale sans fil réalisées dans le service pendant la période d'étude.

Témoins : Toute patiente ayant bénéficié d'une hystérectomie vaginale avec fil réalisées dans le service pendant la période d'étude.

2.6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les patientes répondant pas à nos critères d'inclusion.

2.7. Collecte des données :

2.7.1. Supports des données

- Les dossiers des patientes ;
- Le registre de compte-rendu opératoire.

2.7.2. Technique de collecte des données

La technique consistait en une lecture des dossiers des patientes et leur consignation sur le questionnaire. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies.

2.8. Variable étudiées :

- ✓ Les caractéristiques sociodémographiques ;
- ✓ Les antécédents ;
- ✓ Les indications ;
- ✓ La dure d'intervention et d'hospitalisation ;
- ✓ L'existence ou non des complications per ou post opératoire.

2.9. Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur WORD 2010 puis analysées par le logiciel SPSS 21. Les tests statistiques utilisés pour la comparaison sont le Khi2 de Pearson, le test de Fisher et la moyenne estimée. Les différences sont significative si $p \leq 0,05$ (risque de première espèce $\alpha=p$) pour un intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

III. RÉSULTATS

3.1. Fréquence

Du premier Décembre 2016 au 30 Juin 2022 nous avons colligé 60 cas d'hystérectomie vaginale (20 cas sans fil et 40 cas avec fil) sur un effectif de 5235 des interventions chirurgicales dont 219 cas d'hystérectomies.

La fréquence a été de : **0,38%** de toutes les interventions chirurgicales et **9,13%** des hystérectomies.

3.2. Données sociodémographiques :

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Données Sociodémographique	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
Tranche d'âge						
30-50	8	(40,0)	10	(25,0)		
51-70	11	(55,0)	25	(62,5)		
71-90	1	(5,0)	5	(12,5)		
Niveau d'instruction						
Primaire	2	(10,0)	8	(20,0)	p=0,471	0,4 – [0,1 – 2,3]
Secondaire	4	(20,0)	4	(10,0)	p=0,422	2,2 – [0,5 – 10,1]
Supérieur	6	(30,0)	2	(5,0)	p=0,013	8,1 – [1,5 – 45,2]
Non scolarisée	8	(40,0)	26	(65)	p=0,110	0,4 – [0,13 – 1,2]

3.3. Données cliniques

Tableau II: Répartition des patientes selon les données cliniques :

Données cliniques	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
ATCD Médicaux						
Diabète	1	(5,0)	1	(2,5)	p=0,999	2 – [0,1 – 35,0]
Hépatite	0	(0,0)	2	(5,0)	p=0,548	1,5 – [1,3 – 1,8]
HIV 1	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
HTA	4	(20,0)	11	(27,5)	p=0,753	0,7 – [0,2- 2,4]
HTA, Diabète	1	(5,0)	1	(2,5)	p=0,999	2 – [0,1 – 35,0]
HTA, HIV+	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
Néant	14	(70,0)	21	(52,5)	p=0,274	2,1 – [0,7 – 6,0]
Drépanocytaire	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
Ulcère	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
ATCD Chirurgicaux						
Cures de prolapsus	0	(0,0)	3	(7,5)	p=0,548	1,5 – [1,3 – 1,8]
Appendicectomie	1	(5,0)	1	(2,5)	p=0,999	2,1 – [0,1 – 35,0]
Césarienne	1	(5,0)	1	(2,5)	p=0,999	2 – [0,1 – 35,0]
Cholécystectomie	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
GEU	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,0 – 4,5]
Hémorroïdectomie	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,0 – 4,5]
Néant	16	(80,0)	34	(85,0)	p=0,999	1 – [0,3 – 3,8]
Gestité						
Nulli geste	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
Pauci geste	7	(35,0)	14	(35,0)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
Multi geste	13	(65,0)	25	(62,5)	p=0,999	1 – [0,3 – 2,9]
Parité						
Nullipare	0	(0,0)	1	(2,5)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
Primipare	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,679	3,1 – [2,0 – 4,5]
Pauci pare	9	(45,0)	17	(42,5)	p=0,999	0,9 – [0,3 – 2,6]
Multipare	10	(50,0)	22	(55,0)	p=0,999	1 – [0,3 – 2,9]
IMC Kg/m²						
< 18,5	0	(0,0)	3	(7,5)	p=0,544	1,5 – [1,3 – 1,9]
18,5 – 24,9	11	(55,0)	30	(75,0)	p=0,146	0,5 – [0,13 – 1,3]
25 - 29,9	8	(40,0)	4	(10,0)	p=0,014	6,0 – [1,5 – 23,5]
≥ 30	1	(5,0)	3	(7,5)	p=0,999	0,6 – [0,01 – 6,7]

3.4. Données para cliniques

Tableau III: Répartition selon les données para cliniques

Para cliniques	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
IVA- IVL						
Négatif	8	(40,0)	22	(55,0)	p=0,412	0,5 – [0,2 – 1,6]
Positif	7	(35,0)	3	(7,5)	p=0,012	6,5 – [1,5 – 29,5]
Non réalisé	5	(25,0)	15	(37,5)	p=0,395	0,5 – [0,2 – 1,6]
Frottis cervico-vaginal						
CIN 3	1	(5,0)	1	(2,5)	p=0,999	2 – [0,12- 35,0]
non fait	19	(95,0)	39	(97,5)		
Echographie						
Adénomyose	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,0 – 4,5]
Fibrome utérin	4	(20,0)	2	(5,0)	p=0,089	4,8 – [0,8 – 28,6]
Hypertrophie de l'endomètre	3	(15,0)	5	(12,5)	p=0,676	1,6 – [0,3 – 7,9]
Kyste ovarien	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,0 – 4,5]
Normal	11	(55,0)	32	(80,0)	p=0,067	0,3 – [0,1- 0,9]
Polype intra cavitaire	0	(0,0)	1	(2,5%)	p=0,333	1,5 – [1,2 – 1,8]
Biopsie						
CIN1	0	(0,0)	2	(5,0)	p=0,548	1,5 – [1,2 – 1,8]
CIN2	2	(10,0)	1	(2,5)	p=0,255	4,3 – [0,4 – 51]
CIN3	4	(20,0)	0	(0,0%)	p=0,010	3,5 – [2,3 – 5,3]
Non faite	14	(70,0)	37	(92,5)	p=0,049	0,2 – [0,04 – 0,8]
Taux d'Hb g/dl						
<11	2	(10,0)	7	(17,5)	p=0,707	0,6 – [1,1 – 3,4]
≥11	18	(90,0)	33	(82,5)		

Tableau IV : Répartition selon les indications opératoires

Indication opératoire	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
Adénomyose	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,0 – 4,5]
Dysplasie sévère	7	(35,0)	5	(12,5)	p=0,083	3,7– [1,0 – 14,0]
Fibrome accouché par le col	1	(5,0)	1	(2,5)	p=0,999	2 – [0,12- 35,0]
Fibrome hémorragique	1	(5,0)	2	(5,0)	p=0,999	2 – [0,12- 35,0]
Kyste ovarien	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,1 – 4,5]
Ménometrorragie	1	(5,0)	0	(0,0)	p=0,333	3,1 – [2,1 – 4,5]
Métrorragie post ménopausique	3	(15,0)	4	(10,0)	p=0,676	1,6 – [0,4 – 8,0]
Prolapsus génital 3eme degré	5	(25,0)	28	(70,0)	p=0,002	0,1– [0,04 – 0,5]
Total	20	(100)	40	(100)		

Tableau V : Répartition selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
Rachianesthésie	17	(85,0)	39	(97,5)	p=0,103	0,1 – [0,01 – 1,5]
AG	3	(15,0)	1	(2,5)		
Total	20	(100)	40	(100)		

Tableau VI : Répartition selon la conservation d'annexes

Conservation d'annexes	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
Oui	11	(55,0)	18	(45,0)	p=0,465	1,5 – [0,5 – 4,4]
Non	9	(45,0)	22	(55,0)		
Total	20	(100)	40	(100)		

Tableau VII: Répartition selon la durée d'intervention.

Temps Opérateur	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
< 1 heure	8	(40,0)	12	(30,0)	p= 0,312	1,6 – [0,51 – 4,8]
≥ 1heure	12	(60,0)	28	(70,0)		
Total	20	(100)	40	(100)		

La durée d'intervention moyenne est de 67 minutes avec des extrêmes de 40 et 95minutes.

Tableau VIII : Les complications per

Complication opératoires	per	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
		N	(%)	n	(%)		
Hémorragie	0	(0,0)	1	(2,5)	p= 0,9999	1,5 – [1,3 – 1,8]	
Néant	20	(100)	39	(97,5)			
Total	20	(100)	40	(100)			

Tableau IX : Les complications post opératoires

Complication opératoires	post	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
		N	(%)	n	(%)		
Néant	20	(100)	39	(97,5)			
Occlusion grélique	0	(0)	1	(2,5)	p= 0,9999	0,7 – [0,6 – 0,8]	
Total	20	(100)	40	(100)			

Tableau X : Répartition selon les résultats anatomopathologiques

Anatomopathologie	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	N	(%)	n	(%)		
Cervicite chronique	3	(15,0)	9	(22,5)	p=0,142	0,2 – [0,2 - 1,5]
CIN2	3	(15,0)	3	(7,5)	p=0,390	2,2 – [0,4 – 11,9]
CIN3	2	(10,0)	0	(0,0)	p=0,107	3,2 – [2,2 – 4,7]
Endométriose	1	(5,0)	2	(5,0)	p=0,999	1,5 – [1,3 – 1,8]
Leiomyofibrome	5	(25,0)	3	(7,5)	p=0,103	4,1 – [0,9 – 19,4]
Normal	6	(30,0)	23	(57,5)	p=0,058	0,3 – [0,10 – 0,9]
Total	20	(100)	40	(100)		

Tableau XI: Répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Sans fil (N=20)		Avec fil (N=40)		p valeur	OR-[IC95%]
	n	(%)	n	(%)		
1-3	19	(95,0)	31	(77,5)		
4-6	1	(5,0)	9	(22,5)	p= 0,142	5,5 – [0,6 – 47,0]
Total	20	(100)	40	(100)		

La durée d'hospitalisation moyenne est de 2,6 jours avec des extrêmes de 1 et 6 jours.

La durée d'hospitalisation moyenne des cas est de **1,8** jour avec des extrêmes de **1 et 4 jours**.

La durée d'hospitalisation moyenne des témoins est de **3 jours** avec des extrêmes de **1 et 6 jours**.

Coût de l'hystérectomie vaginal selon la technique :

Le cout est de **37.940 FCFA** en cas d'hystérectomie vaginal sans fil.

Celui, de l'hystérectomie vaginal avec fil, est de **67.360 FCFA**.

A cette somme nous pouvons ajouter **16.580 FCFA** pour les patientes présentant un syndrome ulcéreux post opératoire et les obèses

COMMENTAIRES
&
DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Méthodologie

Dans notre étude descriptive et analytique à collecte retro prospective du premier Décembre 2016 au 30 Juin 2022 nous avons enregistré 60 patientes dont 20 cas pour 40 témoins.

- **Avantage**

C'est l'unicité du lieu de collecte des données au CHU Point G.

Nous avons l'accès facile des supports : Dossiers des malades et les registres des comptes rendus opératoires.

- **Difficultés**

La principale difficulté rencontre est l'insuffisance du plateau technique au CHU Point G pour mieux réalisée la technique.

4.2. Données épidémiologiques

4.2.1. Fréquence

Du premier Décembre 2016 au 30 Juin 2022 nous avons colligé 20 cas d'hystérectomies vaginales sans fil sur un effectif de 5235 des interventions chirurgicales dont 219 cas d'hystérectomies. Soit :

✓ 0,38% de toutes les interventions chirurgicales

✓ 9,13% des hystérectomies

Par ailleurs une étude Allemande en 2003 retrouve une fréquence de 10,47% [10].

4.2.2. Age

L'âge moyen est de 57,38 ans avec des extrêmes de 51 à 70 ans.

Dubuisson J. et al [11] à trouver un âge moyen de 50 ans.

Dariusz S et al [12] à trouver un âge moyen de 45ans avec de extrêmes de 38 à 58 ans

4.3. Données cliniques

Les multipares sont majoritaire 50% des cas, contre 55% des témoins avec $p=0,461$.

Ce résultat est similaire à celui de Dubuisson J. et al [11] $p>0,05$.

Nous constatons une différence significative entre les deux groupes par rapport à l'indice de masse corporelle avec $p=0,03$. Quarante pourcent des cas contre 10% des témoins avaient un IMC compris entre 25-29,9 kg par mètre carré.

Dans les deux groupes, les résultats des examens complémentaires (IVA-IVL, Frottis cervical, l'échographie, le taux d'hémoglobine et la biopsie cervicale) sont comparables, $p > 0,05$.

4.4. Données opératoires

La dysplasie sévère (35%) et le prolapsus génital (25%) des cas ont été les indications opératoires contre le prolapsus génital (70%) et la dysplasie sévère (12,5%) des témoins avec une différence statistiquement significative $p=0,038$.

Dubuisson J [11] et Darius et al [12] ont trouvé un $p > 0,05$

L'anesthésie locorégionale a été le type d'anesthésie dans 85% des cas et 97,5% des témoins, pas de différence statistiquement significative $p=0,67$.

La durée moyenne de l'intervention était de 67 minutes avec des extrêmes de 40 à 95 minutes.

La durée de l'intervention était 64 minutes pour les cas dans 60% et 69 minutes pour les témoins dans 70%, pas de différence statistiquement significative, $p=0,312$.

Dariusz S et al [12] a trouvé une durée moyenne de 50 minutes avec des extrêmes de 35 à 90 minutes dans les deux groupes.

Dubuisson J. et al [11] a trouvé une durée moyenne de 51,3 minutes pour les cas et 67,6 minutes pour les témoins, $p<0,001$.

Cette différence pourrait s'expliquer par l'utilisation du Bi Clamp qui est l'instrument idéal dont nous ne disposons pas.

Nous avons conservé les annexes dans 55% des cas contre 45% des témoins, pas de différence statistiquement significative $p=0,465$.

Ce résultat est similaire à celui de Dubuisson J. et al [11] 56,5% des cas contre 43,5% des témoins, $p >0,05$.

Nous n'avons pas observé de complication majeure en per opératoire ; mais nous avons colligé un cas d'occlusion post opératoire à J15 qui n'est pas statistiquement significatif liée à la technique de ligature : $p=0,9999$.

Ce résultat est comparable à ceux de Dubuisson J. et al [11] et de Dariusz S [12] signalant que l'utilisation de la pince bipolaire ne présente pas de risque de complications supplémentaires pendant ou après l'opération.

L'examen des pièces opératoires retrouve : chez les cas 25% de lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade (CIN2=15% et CIN3=10%) et chez les témoins 7,5% lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade dont tous des CIN2, pas de différence statistiquement significative, $p=0,06$

La dure moyenne d'hospitalisation était de 2,6jours avec des extrêmes allant de 1 à 6 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,8jour pour les cas contre 3jours pour les témoins, pas de différence statistiquement significative, $p=0,084$

Henri Clavé [9] avait réalisé l'hystérectomie en ambulatoire chez 12% et une durée d'hospitalisation de 3jours en faisant la ligature vasculaire au Bi Clamp qui est similaire à notre résultat.

Zubke et al [10] a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 6,6 jours pour les cas contre 7,4 pour les témoins avec $p<0,05$.

4.5. Coût par rapport à la technique

Le cout est de 37.940 FCFA en cas d'hystérectomie vaginal sans fil.

Celui, de l'hystérectomie vaginal avec fil, est de 67.360 FCFA.

A cette somme nous pouvons ajouter 16.580 FCFA pour les patientes présentant un syndrome ulcéreux post opératoire et les obèses

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'hystérectomie vaginale sans fil est une technique qui est moins utilisée dans nos services. C'est une technique : facile, rapide, sûre, plus économique et une durée d'hospitalisation des patientes plus courte que la procédure d'hystérectomie vaginale classique avec moins de complication.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes :

A la direction du CHU Point G

- Rendre disponible un appareil Bi-Clamp dans le service de gynécologie-obstétrique.

Au personnel sanitaire

- Recherche systématique des états précancéreux
- Approfondissement des connaissances sur les nouvelles techniques chirurgicales
- Promouvoir la chirurgie vaginale en mettant l'accent sur la technique d'hystérectomie sans fil.

ANNEXES

RÉFÉRENCES

1. **Mounkoro N, Tegueté I, Traore Y. et al.** L'hystérectomie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G. Mali méd. 2005 ; 20 : 48-50.
2. **Charpron C, Dubuisson J.** Hystérectomie totale pour pathologie bénigne : techniques célio-chirurgicales et indications. Encyclopédie chirurgicale (Paris. France). Technique chirurgicale, urologie-gynécologie 41655-1995.
3. **Elsevier Masson.** Hystérectomie pour pathologie bénigne : recommandation pratique clinique (2016).
4. **Toma A, Hopman WM, Gorwill RH.** Hysterectomy at à Canadian ter-tiary car facility: results of a one-year retrospective review. BMC Women's Health 2004 ; 4.
5. **Mccracken G, Hunter D, Morgan D, et al.** Comparaison of laparoscopic-Assisted vaginal Hysterectomy, total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy. Ulster Med J 2006; 75: 54-8.
6. **Abaueth R, Yesufu A, Bokossa M, et al.** Hystérectomies à la Maternité' du CHU de Cocody, Indications et résultats à propos de 108 cas colliges de 2001 à 2002. Med Afr Noire 2005 ; 52 : 567-71.
7. **Baldé I.S, Diallo BS, Sy T et al.** Les hystérectomies au CHU de Conakry : caractéristique sociodémographique et clinique, type, indications, voies d'abords et pronostic. Med Santé 2014 ; 24 : 379-382. Doi : 10.1684/mst.2014.0339
8. **Diallo A.** Etude épidémio – clinique de l'hystérectomie pour pathologie gynécologique bénigne au service de gynécologie obstétrique du CHU Point G. Thèse Med. Bamako.2007- 2016. 97
9. **Clavé H, Niccolai P.** Hystérectomie sans douleurs: une technique innovante. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 375–380
10. **Zubke, Wolfgang et al.** Vaginal hysterectomy : à new approach using bicoagulation forceps. Gynecological Surgery 1.3 (2004) : 179-182.

11. **J. Dubuisson, F. Golfier, M. Massoud et al.** Hystérectomie vaginale par électrofusion : étude sur 96 cas. J Gyneco Obstet Biol Reprod.
12. **Dariusz S, Wilczak M, Michalska M et al.** Vaginal hysterectomy with bipolar coagulation forceps(BiClamp) as an alternative to the conventional technique. Arch Gynecol Obstet 284, 145-146(2011).

Fiches d'enquêtes

Date d'admission

Nom Prénom :

Age :

Profession :.....

Statut matrimonial.....

Ethnie :.....

Niveau d'instruction

Parité :

Gestité:

Mode d'admission :

Motif de consultation : Métrorragie Ménorragie Ménometrorragie
Prolapsus Douleur pelvienne

Si Autres préciser

Antécédent médicaux : HTA Diabète Infection urinaire

Si Autres préciser

Antécédent chirurgicaux : Césarienne GEU Myomectomie

Si Autres préciser :.....

Examen clinique :

Etat général : TAS :....., TAD :.....

Taille :..... Poids :..... Température :.....

Taille de l'utérus à l'échographie :

Examen complémentaire : Echographie Hystéroskopie HSG

Colposcopie IVA-IVL FCV de dépistage Biopsie

Diagnostic :.....

Indication opératoire :

Prolapsus Utérus myomateux Ménométrorragie Pathologie cervicale

Endométriose Si autres préciser :.....

Type d'anesthésie : Rachianesthésie Anesthésie générale

Conservation annexielle : Oui Non

Conversion a la voie haute : Oui Non

Si oui, pourquoi :.....

Temps opératoire :.....

Complications peropératoires : Hémorragie Plaie vésicale Plaie rectale

Lésion urétérale Si autres préciser :.....

Diurèse :

Complication post opératoire : FVV

Hémorragie secondaire

Thrombo-embolie

Infection

Si autres préciser :.....

Anatomie pathologie

Durée d'hospitalisation:

Ordonnance :

Antibiotique :.....

Antalgique :.....

Kit :.....

Cout total :

Fiche signalitique

Nom : MAIGA

Prénom : Yacouba Abdoulaye

Titre : La pratique de l'hystérectomie vaginale sans fil au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G.

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique, Santé publique, Anatomopathologie

Résumé : Notre objectif était d'évaluer la pratique de l'hystérectomie vaginale sans fil. Vingt (20) cas d'hystérectomie vaginal sans fil et quarante (40) cas d'hystérectomie vaginal avec fil ont été colligés sur un effectif de 5235 des interventions chirurgicales dont 219 cas d'hystérectomies dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU Point G entre le 1er Décembre 2016 au 30 Juin 2022. L'étude révélait que : Cette technique représente : **0,38%** de toutes les interventions chirurgicales et **9,13%** des hystérectomies. L'âge moyen était de 57,38 ans.

La dysplasie sévère (35%) et le prolapsus génital (25%) des cas ont été les indications opératoires contre le prolapsus génital (70%) et la dysplasie sévère (12,5%).

La durée de l'intervention est 64 minutes pour les cas dans 60% et 69minutes pour les témoins dans 70%.

Nous n'avons pas observé de complication majeure en per opératoire ; mais nous avons enregistré un cas d'occlusion post opératoire à J15.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,8 jour pour les cas contre 3jours pour les témoins.

L'examen des pièces opératoires retrouvent : chez les cas 25% de lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade (CIN2=15% et CIN3=10%) et chez les témoins 7,5% lésion intra épithéliale épidermoïde de haut grade dont tous des CIN2.

Le cout était de 37.940 FCFA pour les cas contre 67.360 FCFA pour les témoins.

Mots clés : Hystérectomie sans fil- Indications - Complications – Durée d'intervention et d'hospitalisation- Cout- C.H.U Point G.