

**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**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

ANNEE ACADEMIQUE 2014-2015

N°.....

TITRE

**Hystérectomie vaginale dans le
service de gynécologie obstétrique
de l'Hôpital du Mali : 37 cas**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 02.../..06./2015
devant la Faculté de Médecine, et d'odonto – stomatologie**

PAR : Mlle FATOU SADIO MANGARA

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : Professeur SY Assitan SOW

MEMBRE : Docteur THERA Tioukani Augustin

CO-DIRECTEUR : Docteur TRAORE Alassane

DIRECTEUR : Professeur MOUNKORO Niani

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	3
III.	GENERALITES.....	4
	A. HISTORIQUE	4
	B. RAPPELS.....	5
	C. ETUDE CLINIQUE.....	19
	D. TABLE OPERATOIRE ET L'INSTALLATION DE LA MALADE SUR LA TABLE.....	24
	E. TECHNIQUE DE L'HYSTERECTOMIE VAGINALE.....	29
	F. INDICATIONS D'HYSTERECTOMIE.....	30
	G. SUITES OPERATOIRES ET COMPLICATIONS.....	32
IV.	METHODOLOGIE.....	66
V.	RESULTATS.....	72
VI.	COMMENTAIRES – DISCUSSION.....	85
VII.	CONCLUSION – RECOMMANDATIONS.....	89
VIII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	90

I- INTRODUCTION

L'hystérectomie, exérèse de tout ou une partie de l'utérus, est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus (hystérectomie subtotale), ou le corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale), les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie).

L'hystérectomie vaginale est l'ablation chirurgicale du tissu utérin, en utilisant le vagin comme voie d'abord. Après, une période d'enthousiasme, elle a été longtemps oubliée, ou cantonnée à des indications trop limitées [23] :

On en reconnaît aujourd'hui à nouveau les avantages, et un mouvement de renaissance se dessine. Les causes de cette renaissance sont multiples :

- Les progrès scientifiques et techniques.
- La spécialisation qui devient dans tous les domaines de la médecine de plus en plus pointue.

C'est pour cette raison qu'en dehors des pathologies néoplasiques avancées du col et de l'utérus, 80 % des hystérectomies sont pratiquées par voie vaginale dans les pays anglo-saxons [5] .

Le pourcentage d'hystérectomies vaginales dans la littérature selon LANSAC [14] varie entre 21 % et 89 %. Une étude récente des hystérectomies réalisées aux ETATS UNIES (USA) entre 1990- 1992 a montré qu'environ 75 % de ces interventions toutes indications confondues sont encore réalisées par voie abdominale [5]

Selon COSSON .M [5] en France 806 hystérectomies ont été réalisées entre mars 1991 et mars 1994, la voie préférentielle pour les auteurs a été la voie vaginale, qui a pu être réalisée dans 79,9 % des cas.

Une étude sur les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G, entre 1991-1999 a montré que 12,3 % des hystérectomies ont été réalisées par voie vaginale [10] : Les avantages des hystérectomies par voie vaginale sont nombreux :

- La réduction du temps opératoire.
- Les suites opératoires à court et à long terme infiniment simple.
- La durée d'hospitalisation plus courte, il n'y a pas de cicatrice abdominale tant appréciée par la patiente.

Les inconvénients des hystérectomies vaginales sont surtout :

- Le risque infectieux.
- Le risque d'hémorragie.

Hystérectomie vaginale dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali.

La fréquence des hystérectomies, nous semble élevée à l'hôpital du Mali, aussi aucune étude n'a été réalisée sur l'hystérectomie vaginale dans cette structure. Nous avons donc décidé de réaliser cette étude qui s'intitule les hystérectomies vaginales à l'hôpital du Mali. Pour se faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

II- OBJECTIFS

A- Objectif général :

Etudier l'hystérectomie vaginale dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali.

B- Objectifs spécifiques :

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

III- GENERALITES

A- Historique :

1- Hystérectomie vaginale [23] : la première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix sept siècles. Au XVI^e et XVII^e siècle, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarus da Capri à Bologne en 1507).

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

En 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines.

Quelques écoles, toute fois, ont continué à réaliser des hystérectomies vaginales et en France, c'est au professeur Daniel Dargent que revient le mérite d'avoir remis à l'honneur cette technique dans les années 1970-1975.

Cette intervention ne commença à être régulièrement pratiquée qu'à partir de 1890-1900 (Pean, Richelot) puis elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée.

1.1 Définition :

Organe de la gestation, l'utérus est un muscle creux lisse dont la cavité est tapissée d'une muqueuse; l'endomètre.

1.2 Intérêt :

C'est l'organe approprié pour abriter l'œuf depuis sa formation jusqu'à sa maturité et son expulsion. Toute malformation de cet organe peut hypothéquer la maternité de même que toute pathologie acquise du genre synéchies utérines, myomes utérins etc. ... C'est l'organe obstétrical par excellence.

1.3 Rappels embryologiques :

Vers la 8^e semaine, le segment inférieur du canal de Müller, au dessous du croisement avec le ligament inguinal fusionne avec son homologue opposé pour former le canal utéro-vaginal, impair et médian. Cette fusion commence en bas et progresse jusqu'à la future corne utérine. La cloison médiane disparaît à la fin du 3^e mois.

La partie supérieure du canal utéro-vaginal fournit l'épithélium de la muqueuse utérine.

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 mésométrium, prolongement du méso

Uro-génital.

Les deux canaux de Wolff régressent, laissant parfois persister les organes de GÄRTNER.

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

2. Anatomie descriptive

2.1 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 de vagin dans lequel il fait saillie.

Rappel anatomique :

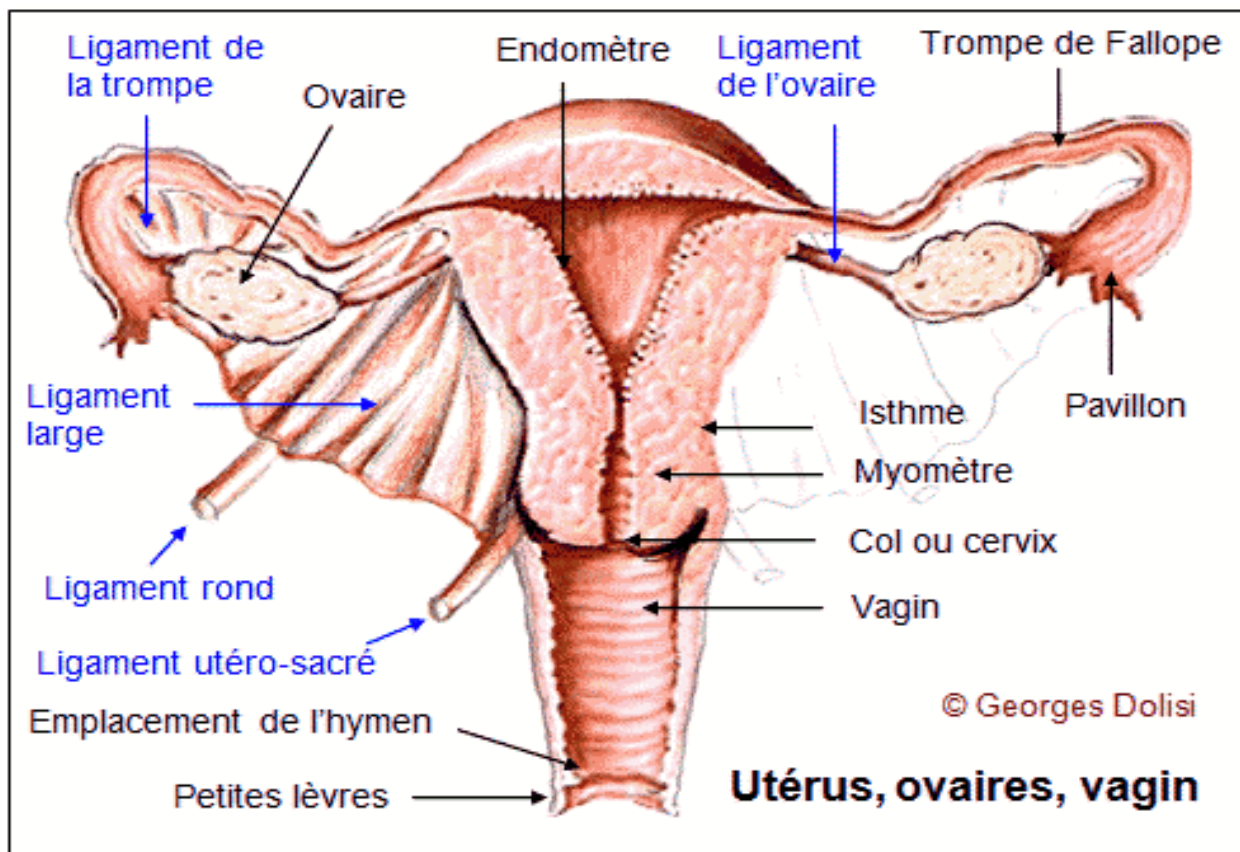
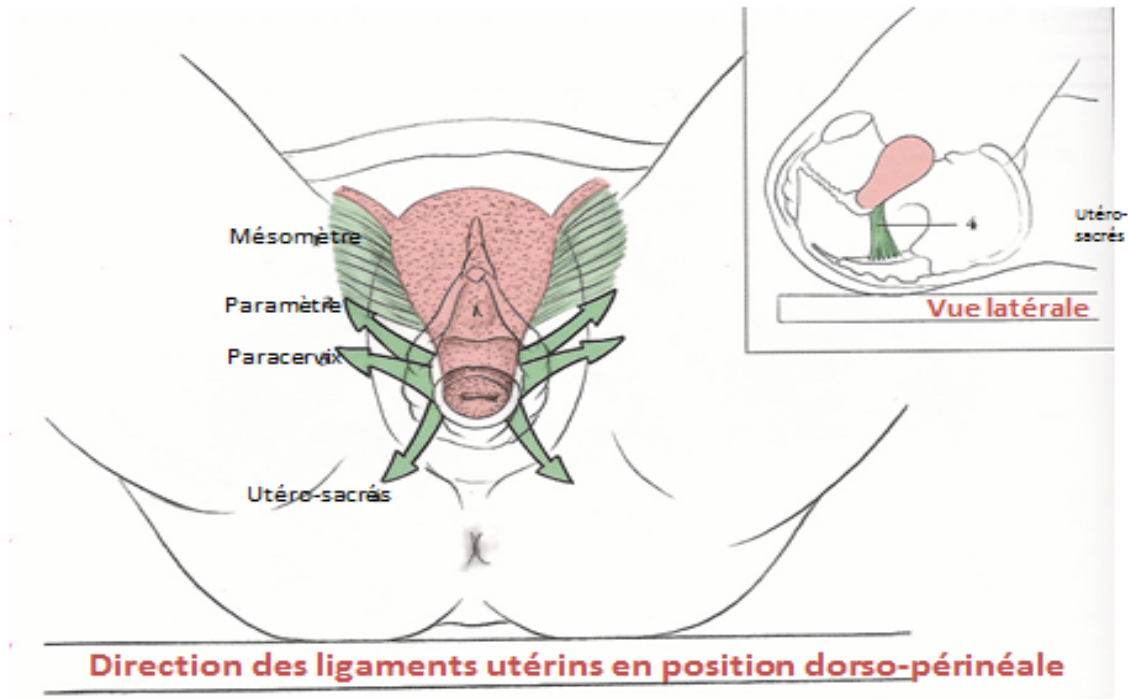


Schéma n°1 : l'utérus Rappel anatomique [23] :

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

Rappels anatomiques : Ligaments utérins



[15]

2.2 Morphologie et dimensions:

De consistance ferme mais élastique, il a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur. L'utérus présente à peu près à égale distance entre le sommet et la base un rétrécissement ou étranglement plus marqué en avant et latéralement, séparant l'utérus en deux parties : l'isthme.

De part et d'autres de l'isthme se trouvent les deux autres parties de l'utérus :

- le corps au dessus
- le col en dessous

2.2.1. Le corps

Très aplati dans le sens antéropostérieur, on lui décrit deux faces, trois bords, trois angles :

- Face antéro-inférieure : presque plane, elle est recouverte de péritoine
- Face postéro-supérieure : fortement convexe, présente une crête médiane
- Bords latéraux : larges et arrondis, ils donnent insertion aux ligaments larges
- Fond utérin : base du cône, rectiligne ou convexe en haut
- Angles latéraux : supérieurs ou cornes utérines d'où se détachent en avant les ligaments ronds en arrière les trompes utérines et les ligaments utéro-ovariens
- Angle inférieur : sommet du cône, répond à l'isthme.

2.2.2. L'isthme

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

2.2.3. Le col

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

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

Les dimensions de l'utérus varient suivant la parité :

Chez le nullipare : longueur = 6 à 7 cm (3,5 pour le corps; 0,5 pour l'isthme; 2,5 à 3 pour le col) la largeur est de 4 cm au niveau du fond et 2 cm au niveau du col ; l'épaisseur est de 2 cm.

Chez la multipare : la longueur est de 7 à 8 cm, l'utérus est globuleux et le corps mesure 5 cm, le col 3 cm. Il n'y a pas d'isthme. La largeur est de 5 cm au fond utérin et l'épaisseur est de 3 cm. Le rapport corporéo-cervical est normalement de 3/2.

2.3 Direction de l'utérus:

- l'utérus est antéversé : L'axe d'ensemble de l'organe est oblique en haut et en avant formant avec l'axe vaginal un angle ouvert en bas et en avant.
- l'utérus est antéfléchi : L'axe du corps forme avec celui du col un angle ouvert en bas et en avant d'environ 120°. Le sommet de cet angle correspond à l'isthme.

A côté de ces positions normales, il y a des variations telles que : la rétroversion, la rétroflexion.

2.4 Configuration intérieure :

- La cavité utérine explorée par l'hystérogaphie est aplatie de forme d'un triangle isocèle aux bords concaves. Les trompes se détachent des angles supérieurs. Les parois sont lisses et accolées. La profondeur de cette cavité mesurée à l'hystéromètre est de 6 cm.

La cavité cervicale en forme de fuseau, présente deux orifices :

- externe au sommet du museau de tanche.
- interne au niveau de l'isthme.

Elle est sillonnée par les plis de l'arbre de vie peu visible sur les clichés d'hystérosalpingographie.

2.5 Anatomie fonctionnelle

Les systèmes de maintien de l'utérus sont nombreux et de valeurs différentes. On les classe artificiellement en trois groupes :

- les moyens de soutènement
- les moyens de suspension
- les moyens d'orientation

Les moyens de soutènement (système actif) :

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

Le système de soutènement sert de contre appui aux efforts abdominaux.

Les moyens de suspension :

En arrière : les ligaments utéro-sacrés (2)

- en avant : les ligaments pubo-vésico utérins
- latéralement : le paramètre et le paracervix

Les moyens d'orientation:

Ils sont essentiellement corporeaux :

- ligaments ronds : responsables de l'antéflexion
- ligaments utéro-sacrés : responsables de l'antéversion
- le mésomètre : limite la latéro-version

3. Anatomie topographique

3.1 Les rapports péritonéaux : les ligaments de l'utérus

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

➤ **Ligaments larges :**

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

- Face antérieure : est la réflexion en avant et en dehors du péritoine qui a tapissé la face antérieure de l'utérus.

Elle est soulevée par le ligament rond qui sous-tend un méso triangulaire à sommet utérin. L'aileron antérieur du ligament large. L'espace pré ligamentaire prolonge totalement le cul de sac vésico-utérin.

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

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

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

- le bord interne: s'écarte pour envelopper l'utérus.

- le bord externe : s'écarte en deux feuillets au niveau de la paroi pelvienne. Il donne passage au pédicule ovarien dans sa partie supérieure.

➤ **Ligaments ronds :**

Ce sont des cordons arrondis, tendus entre les cornes utérines et la région inguino-pelvienne. Ils décrivent une courbe en haut, en dedans et en avant, soulevant un repli péritonéal: c'est l'aileron antérieur du ligament large, longueur 10 à 15 cm, épaisseur 5 mm.

Ils croisent les vaisseaux iliaques externes avant de s'engager dans le canal inguinal pour se terminer dans le tissu cellulaire du Mont de Venus et des grandes lèvres.

➤ **Ligaments utéro-ovariens :**

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

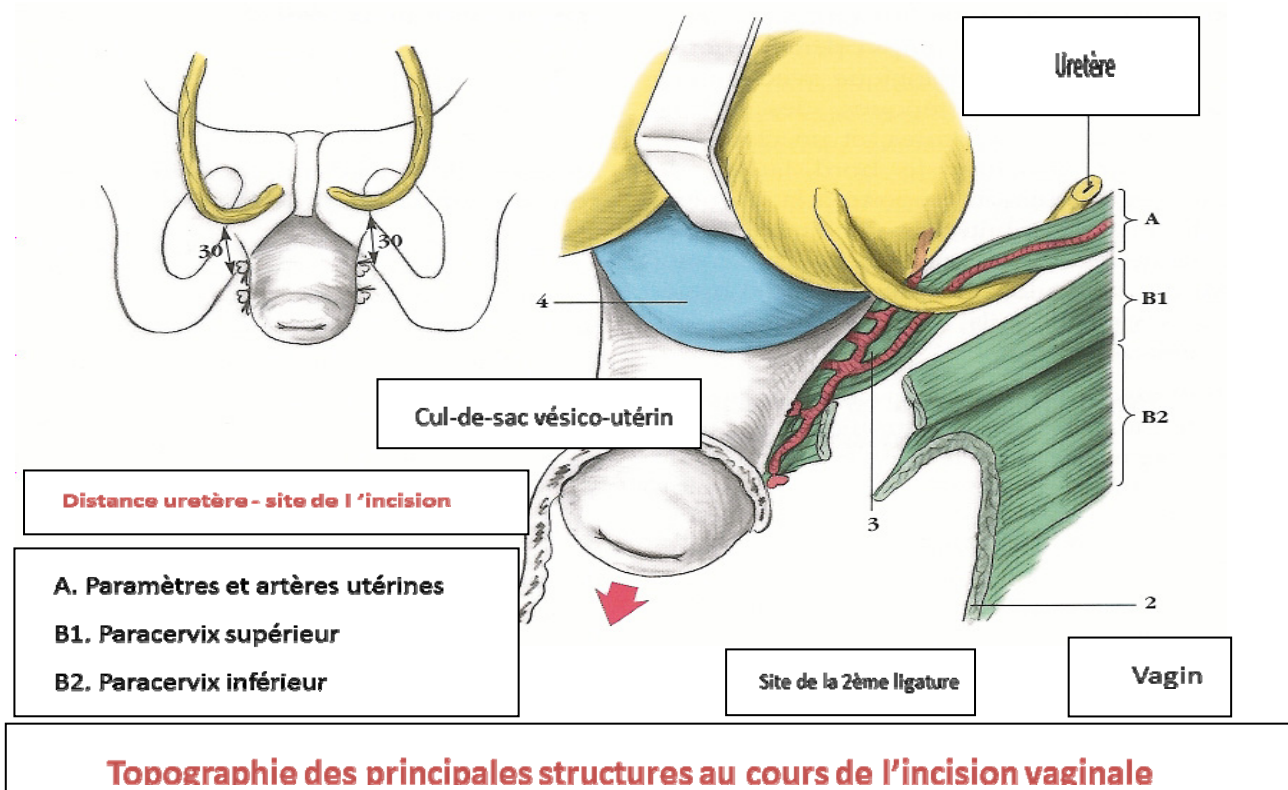
➤ **Ligaments utéro-sacrés :**

Unissent le col utérin (face postérieure) au sacrum. Ils contiennent le plexus nerveux hypogastrique. Ils sont réunis en avant par un ligament transversal : le torus utérin. En arrière, ils englobent le rectum, limitant latéralement le Douglas et se terminent au niveau des 2^e, 3^e et 4^e trous sacrés. Parfois remontent jusqu'au promontoire.

➤ **Ligaments vésico-utérins :**

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

Rappels anatomiques : Topographie des structures



3.2- Rapport avec les organes :

- Face antérieure : répond à la vessie
- Face postérieure : répond au grêle, au sigmoïde, au rectum par le biais du Douglas
- Bords latéraux :

Au-dessus de l'artère utérine répondent au méso mètre

Au-dessous de l'artère utérine répondent aux paramètres (artère vaginale, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique) [10] :

4. Anatomie microscopique :

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

4.1 La séreuse :

Elle est constituée d'éléments conjonctivo-élastiques que recouvre l'épithélium péritonéal.

4.2 La musculuse (myomètre) :

Au niveau du corps utérin

Elle comprend trois (3) couches:

- ✓ la couche sous séreuse
- ✓ la couche supra vasculaire
- ✓ la couche sous muqueuse

4.3 La tunique muqueuse :

Mince et friable, d'aspect et de structure variables suivant l'endroit où on se trouve dans l'utérus.

5. Vascularisation utérine

5.1 Artères :

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

❖ Artère utérine

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

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

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

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

- Segment sous-ligamentaire
 - Rameau urétéral
 - Branches vésico-vaginales
 - artère cervico-vaginale
- Segment intra-ligamentaire
 - les artères du col qui participent au cercle de HUGUIER

- les artères du corps, courtes et tire-bouchonnées
- les rameaux du ligament large
- Dans sa portion terminale
 - la rétrograde du fond, artère de l'insertion placentaire
 - artère tubaire interne
 - artère ovarienne

5.2 Les veines :

Il y a deux plexus veineux qui drainent l'utérus.

- Le plexus principal

Il est rétro urétéral et est le plus volumineux.

- Le plexus accessoire

Il est pré-urétéral et satellite de l'artère utérine.

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

6. Les rapports du vagin avec les organes de voisinage

6.1 Rapports avec l'utérus

L'utérus est situé au fond du vagin dans un axe qui, dans les conditions normales, est presque perpendiculaire. La paroi antérieure du vagin s'insère sur le col à la jonction de son tiers moyen et son tiers inférieur. La paroi postérieure à la jonction de son tiers supérieur et de son tiers moyen. L'insertion n'est pas directe mais dessine un cul -de- sac plus ou moins prononcé. Le cul-de-sac antérieur est peu profond. La saillie de la lèvre antérieure du museau de tanche est peu marquée. Le cul-de-sac postérieur est profond. La saillie de la lèvre postérieure est marquée.

Ces faits anatomiques bien connus sont d'une grande importance dans la statique des organes pelviens. Les pressions qui, dans la position debout et dans les efforts de poussée, s'exercent sur le fond, ont tendance en effet à fermer l'angle existant normalement entre l'utérus et le vagin. Et le phénomène passif est l'un des éléments les plus importants dans la statique normale des organes pelviens. Quand l'angle est suffisant, nul ou inversé, le phénomène ne joue pas et l'utérus vient s'enfoncer dans le cylindre vaginal. La correction de cet "effet piston" est l'un des buts de chirurgie du prolapsus.

6.2 Les rapports du vagin avec la vessie, l'urètre et uretères terminaux

La base de la vessie est appliquée directement contre la face antérieure du vagin avec uretères terminaux qui viennent s'y aboucher et urètre qui la prolonge vers le bas.

La connaissance des rapports exacts entre les deux organes est d'une importance fondamentale pour le chirurgien vaginaliste, soit qu'il cherche à aborder la base vésicale à travers le vagin (chirurgie du prolapsus et de l'incontinence) soit au contraire qu'il cherche à éviter les organes urinaires au cours d'une intervention gynécologique.

La base vésicale est en effet solidaire à la face antérieure du vagin et se déroule en même temps qu'elle. Cette solidarité est due aux rapports que contractent les adventices des deux organes

A la partie moyenne, ces adventices sont lâches et leur interpénétration est faible. On trouve entre elle un plan de clivage qu'on peut appeler l'espace vésico vaginal. C'est cet espace qu'on doit utiliser pour aborder la face profonde du fascia de Halbanqui n'est autre, rappelons-le, que la couche musculo-adventicielle de la paroi antérieure du vagin.

Au niveau du tiers inférieur les adventices du vagin et de la vessie sont épais et soudés de façon intime. Il n'y a pas de plan de clivage naturel entre l'urètre et le vagin.

A la partie la plus haute, au point où le vagin s'insère sur la face antérieure du col utérin, le fascia vaginal et le fascia vésical sont accolés de façon très dense. Quand on opère par en haut cet accollement apparaît à peine un peu plus serré.

Quand par en bas par contre, l'accolement apparaît dense au point de mériter le nom de " cloison supra vaginale " (Amreich). Les tractions sur le col utérin, en modifiant la direction des fibres fusionnées du fascia vaginalis et fascia vesicalis, créent de toute pièce la "cloison supra vaginale". Bien que tout à fait artificielle sur le plan anatomique cette cloison mérite d'être individualisée.

Dans l'hystérectomie vaginale simple ; la cloison supra vaginale est relativement mince (on doit du reste parler du cloison -supra cervicale plutôt que de cloison supra vaginale).

Dans l'hystérectomie élargie la cloison est épaisse et autant plus épaisse qu'on a taillé plus bas la manchette vaginale. Dans les hystérectomies pour prolapsus toutes les situations peuvent se voir. Et on rencontre aussi bien des situations

où la cloison est pratiquement inexistante (cystocèle sans allongement du col) et d'autres où elle est très épaisse (allongement du col sans cystocèle).

Latéralement les adventices de la paroi vaginale et de la paroi vésicale sont fortement adhérents, à la partie haute surtout où on peut individualiser, de chaque côté, un véritable ligament qui s'insère, en arrière, sur la face antérieure du vagin, en regard du fond du cul- de sac latéral, et, en avant, sur la face postérieure de la vessie au point où l'uretère la pénètre. Ce ligament est appelé pilier interne de la vessie (les Français parlent volontiers de "portion intermédiaire des lames sacro-recto-génito-pubiennes de Delbet").

Il complète l'appareil ligamentaire utérin et complique la tâche du chirurgien. En effet, les tractions qu'on exerce sur l'appareil génital en même temps que la base vésicale, fassent "descendre" l'uretère terminal.

Dans l'hystérectomie standard la ptôse de l'uretère terminal, consécutive aux tractions qui s'exercent par l'intermédiaire du pilier interne, est modérée. Les tractions exercées sur l'artère utérine, coudent l'uretère (les abdominalistes parlent de coude car l'angulation, pour eux apparaît concave, les vaginalistes parlent de genou car elle est, pour eux, convexe).

Dans l'hystérectomie élargie le problème est différent. On incise le vagin. On ne le désinsère pas du col. En tirant sur la manchette vaginale on abaisse fortement le genou de l'uretère par l'intermédiaire du pilier interne et d'autant plus que le pilier externe, lui aussi, est mis sous tension. Le genou de l'uretère, dans cette opération, descend, en même temps que le paracolpos et le paramètre qu'on prétend couper le plus haut possible. Il faudra, pour les dégager, sectionner les deux piliers de la vessie, condition sine qu'anon pour refouler vers le haut l'uretère terminal.

Dans les cas de prolapsus, les positions respectives de l'uretère et du vagin sont très diverses. Les uretères se posent en général en même temps que le vagin et il n'est pas rare, dans les grands prolapsus, que la couture excessive des uretères sur les cordes des artères utérines donne lieu à une urétéro hydronéphrose. Tout dépend, en réalité de l'état du col, quand la portion supra vaginale est très étirée, les uretères restent en place.

6.3 Rapports du vagin avec le rectum et le canal anal :

Le vagin est directement appliqué sur la face antérieure du rectum et du canal anal qui lui fait suite. Sur la plus grande partie de la hauteur, les adventices des deux organes sont très lâches et leur intrication est si peu serrée qu'on ouvre très facilement, par la dissection, un "espace recto vaginal".

Dans la partie basse, juste au-dessus du diaphragme pelvien, l'accolement des deux fascias est beaucoup plus serré et l'espace recto vaginal devient beaucoup plus difficile à individualiser. Dans le franchissement du diaphragme pelvien, au point où le tube rectal s'incurve vers l'arrière et se poursuit en canal anal, c'est-à-dire au point où la paroi intestinale est la plus proche de la paroi vaginale, l'accolement est plus serré encore et la dissection est hasardeuse si elle n'a pas été démarrée dans le bon plan.

Plus bas, l'espace est à nouveau important. Mais on est en plein "noyau fibreux central du périnée" et il faut sectionner le muscle recto-vaginal pour passer entre le sphincter de l'anus et le bord postérieur du diaphragme uro génital, structures qui sont en général fort peu reconnaissables mais dont les vestiges offrent une certaine résistance quand on cherche à cliver vagin et rectum.

Latéralement, l'espace recto-vaginal est limité par les "piliers du rectum" comme l'espace vésico-vaginal est limité par les piliers de la vessie. Ces ligaments étendus sur toute la hauteur de la paroi vaginale postérieure comportent deux couches : une couche interne par laquelle se fait vraiment la jonction entre la face antérieure du rectum et la face postérieure du vagin (on parle de ligament recto-utérin) et une couche externe qui s'étend directement de la face antérieure du sacrum à la face postérieure du vagin (on parle de ligament utéro-sacré).

La couche interne, à sa partie basse, véhicule les rameaux de l'artère hémorroïdale moyenne qui participe à la vascularisation de la face postérieure du vagin puis ceux analogues émanant de l'artère hémorroïdale inférieure branche de la honteuse interne. La couche externe quant à elle véhicule les branches du plexus veineux hypogastrique.

Contrairement aux piliers de la vessie qui sont mieux individualisés à la partie haute, les piliers du rectum sont plus épais à la partie basse où ils se fusionnent sur la ligne médiane en s'insérant sur le noyau fibreux central du périnée. Il dessine au devant de la face antérieure du rectum, une sorte de "devant de gilet" : c'est le système des "hémigaines pré-rectales" décrit par Contamin et Bernard.

6.4 Les rapports du vagin avec le péritoine

Les rapports du vagin avec le péritoine pelvien sont très différents en avant et en arrière.

En arrière, le fascia vaginal est directement recouvert par le feuillet antérieur du cul de sac péritonéal recto utérin ou cul-de-sac de Douglas. Nous avons à ce niveau une zone où la cavité péritonéale est accessible comme elle ne l'est nulle part ailleurs. Cette zone est relativement étroite avec des variations qui dépendent de la profondeur du cul-de-sac péritonéal : en moyenne 10 à 20mm à partir du fond du cul-de-sac vaginal. La surface de cette zone d'accès peut être artificiellement agrandie quand on tire sur le col utérin en exerçant des tractions obliquement en direction de l'ogive pubienne.

En avant, le fond du cul-de-sac péritonéal est situé à 20 ou 30 mm au-dessus du fond du cul-de-sac vaginal. Et pour accéder au péritoine, il faut couper la cloison supra- cervicale et cliver, au-dessus, ce qui reste de l'espace vesico-vaginal. Ce clivage conduit directement dans l'espace situé entre le feuillet antérieur du cul-de-sac péritonéal et le dôme vésical qu'il recouvre avec interposition d'un tissu cellulo-adipeux très lâche. On expose ainsi largement le cul-de-sac péritonéal.

7 Rappel anatomique du vagin

7.1. Définition

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

7.2. Anatomie macroscopique

Le vagin est un conduit musculo-membraneux, étendu entre le col de l'utérus, et la vulve. Il est situé en avant du rectum, en arrière de la vessie. Il a la forme d'un tuyau d'écrivain une courbe concave en arrière quand la vessie est vide.

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

Les deux tiers supérieurs du vagin sont intra pelviens, et le reste est périnéal. L'extrémité supérieure s'évase en forme de cupule autour de la partie intra vaginale du col utérin (museau de tanche).

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

- Configuration interne du vagin :

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

7.3. Anatomie microscopique

Le vagin a trois tuniques :

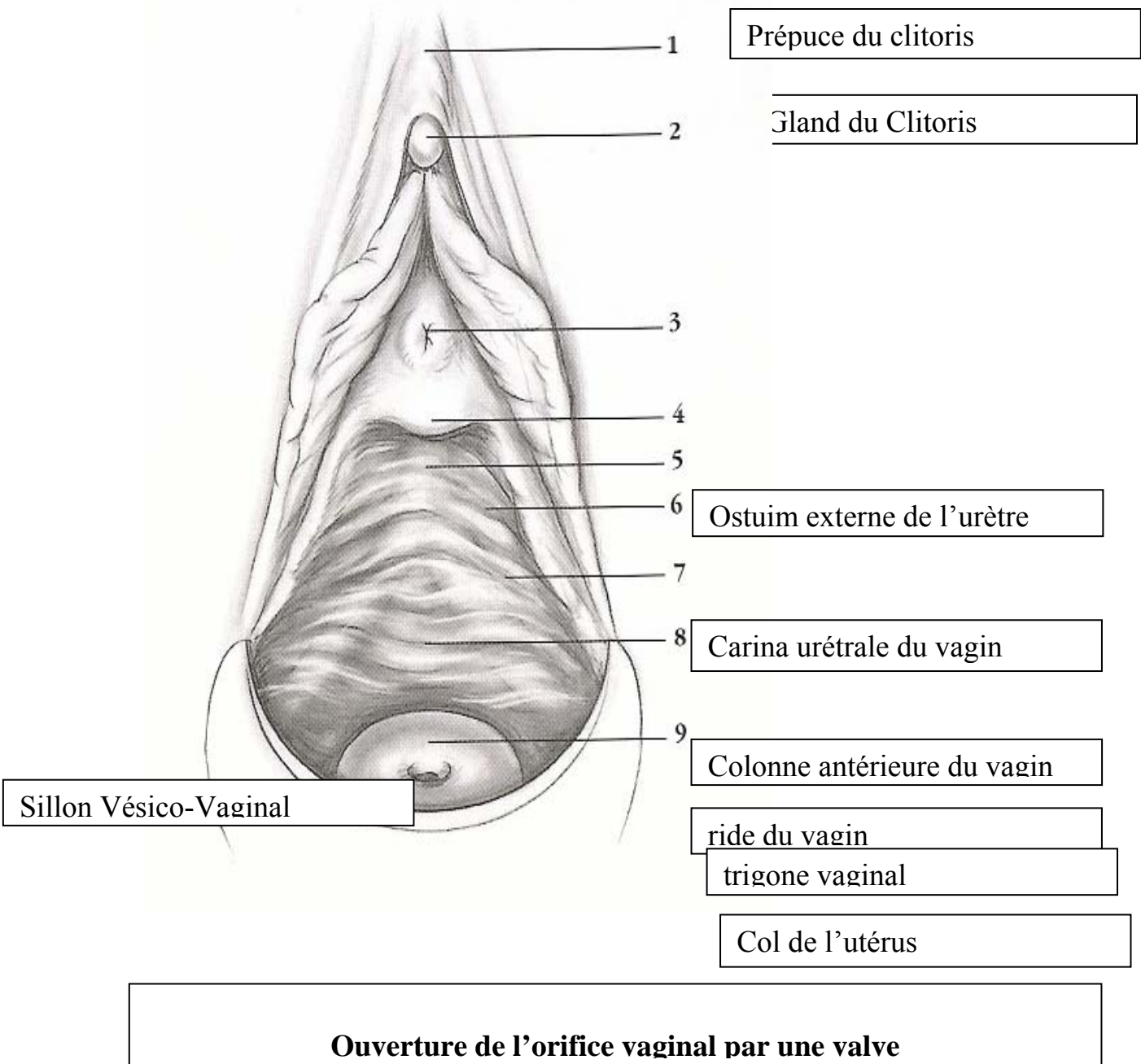
- La tunique externe conjonctive : sa texture varie d'un point à un autre. Elle est très dense aux extrémités inférieure et supérieure de la paroi antérieure, et à l'extrémité inférieure de la paroi postérieure, elle est beaucoup plus lâche ailleurs.
- La tunique moyenne: musculaire lisse, avec des fibres longitudinales en dehors, et circulaires en dedans. Elle est habillée à sa périphérie d'un réseau vasculaire, où les veines prédominent.
- La tunique interne la muqueuse : c'est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. Il renferme des cellules riches en glycogène, mais ne contient pas de glande. Pendant l'acte sexuel, la muqueuse lubrifie par transsudation le vagin, et pendant l'orgasme, c'est le un tiers distal de la musculaire qui fait des contractions rythmiques.

7.4. Les moyens de fixité du vagin

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

Mais le vagin possède également son propre système de suspension qui est celui du paracolpos.

Rappels anatomiques (1) : Vulve et paroi vaginale antérieure



7.5. Vascularisation et innervation du vagin

7.5.1 Artères :

Aux nombres de trois

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

7.5.2 Veines :

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

7.5.3 Lymphatiques :

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

7.5.4 Nerfs :

Proviennent du plexus hypogastrique inférieur

C- ETUDE CLINIQUE

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

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

1. Interrogatoire :

Il recherchera :

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

2. Examen physique :

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

2.1. Examen général :

Il est le plus complet possible et méthodique appareil par appareil.

2.2. Examen gynécologique :

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

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

a. L'examen au spéculum :

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

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

On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

b. Le touché vaginal combiné au palper abdominal :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et à rectum vides.

Il sera combiné au palper abdominal et au toucher rectal. Il permet l'appréciation de la taille de l'utérus, de ses contours, de sa sensibilité, de sa mobilité et de ses différents rapports. Combiné au toucher rectal il apprécie la souplesse des culs de sac et des paramètres. Le toucher bi digital permet d'apprécier la cloison recto-vaginale.

2.3. Les examens complémentaires : [14]

Ils seront demandés en fonction de l'âge de la patiente et de l'orientation diagnostique.

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

a. L'échographie pelvienne :

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

b. L'hystérosalpingographie (HSG) :

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

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

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

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

Il existe une variante : l'hystérosonographie qui consiste à injecter une solution saline stérile de 4 à 10 ml dans la cavité endométriale sous visualisation ultrasonographique directe. Une fois l'endomètre imprégnée la présence de polypes ou de myomes et l'épaisseur de l'endomètre est évaluée. Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [15] ; par ailleurs elle montre dans 41% des cas un myome saillant sous muqueux pour des myomes analysés comme strictement intra-muraux par l'échographie par voie vaginale [14].

c. L'hystéroskopie diagnostique :

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystéroskopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérogrophie et la hystérosonographie d'apprécier le canal endocervical (l'exploration de cette région est probablement l'échec principal des techniques par ultrasons), et une localisation plus précise des lésions. Elle permet également une biopsie guidée et l'obtention d'une histologie. Mais le caractère iatrogène de l'hystéroskopie en regard de l'hystérosonographie est sujet à discussion : décontamination des hystérofibrosopes et description de quelques cas dans la littérature d'éventuelle greffe péritonéale de cellules néoplasiques [23] :

De fait l'hystéroskopie a une excellente valeur prédictive négative et l'absence de lésion permet de proposer d'arrêter là les explorations. Que ce soit l'hystérosonographie ou l'hystéroskopie : si une lésion focalisée est identifiée, l'exploration chirurgicale à visée diagnostique et thérapeutique est de mise [23] :

d. La colposcopie :

C'est l'examen du col après mise en place du spéculum grâce à un appareil optique grossissant 10 à 20 fois et après badigeonnage du col à l'acide acétique à 3% ou au lugol.

Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimenteux et cylindrique, la zone de jonction entre ces deux revêtements, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous-jacent.

La colposcopie permet de repérer sur le col :

- Des lésions bénignes : polype, papillome, endométriose, condylomes ;
- Des lésions atypiques : leucoplasies, mosaïques, zones ponctuées, zones blanches ou rouges ;
- Des cancers invasifs.

Elle permet de diriger la biopsie sur la zone la plus suspecte en cas de frottis pathologique, si la zone de jonction est visible. Elle ne permet pas de voir les lésions situées dans l'endocol.

e. Le frottis cervico-vaginal :

C'est un geste de médecin praticien que tout médecin doit savoir faire. Il doit être pratiqué devant toute métrorragie même chez une femme dont le col est sain en période d'activité génitale.

Il doit être fait en dehors des saignements et avant le toucher vaginal, alors que la patiente n'a pas fait de toilette vaginale dans les 24 heures précédents, pas de rapports sexuels dans les 48 heures précédentes.

f. Les frottis endométriaux :

Ils sont rarement positifs car l'endomètre desquame assez peu.

g. La biopsie du col

Lorsqu'il existe une lésion néoplasique évidente du col, dure, friable, saignant au moindre contact, il est aisé d'en faire la biopsie, le prélèvement devant être fait en pleine tumeur.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion évidente, elle sera dirigée par le frottis de dépistage ou la colposcopie.

h. La biopsie de l'endomètre :

« C'est un prélèvement partiel qui n'a donc d'intérêt que dans la mesure où il s'adresse à une pathologie ou à un état de l'endomètre supposé être assez étendu pour que la biopsie ait un minimum de chance de recueillir un échantillon significatif » (ROMAN).

Elle est faite par la canule de Novak. Après avoir nettoyé le col, et pris celui-ci par une pince de Pozzi, la canule de Novak est introduite dans l'orifice cervical puis dans la cavité. On peut aussi, comme dans la technique originale, créer une dépression dans la sonde avec une seringue pour aspirer l'échantillon d'endomètre plus important. Si l'introduction de la canule est facile, on peut renouveler l'intervention 2 ou 3 fois afin de prélever des lambeaux d'endomètre à plusieurs niveaux.

Actuellement, on utilise souvent un matériel à usage unique en polyéthylène semi rigide : la pipette de Cormier. Cette biopsie peut être utile pour apprécier un trouble fonctionnel de l'endomètre.

Elle est intéressante pour faire le diagnostic d'un cancer de l'endomètre. Seule une biopsie positive permet d'affirmer le diagnostic, une biopsie négative impose bien sûr la poursuite des investigations.

I. Les dosages hormonaux :

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

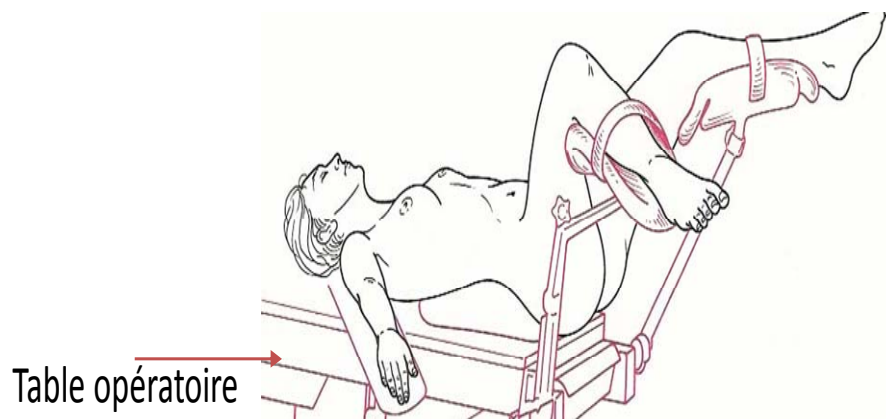
j. Le bilan hématologique :

Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Will brand.

- Une numération formule sanguine : le taux d'hémoglobine est essentiel car il apprécie objectivement l'importance du saignement et sera ultérieurement le guide du schéma thérapeutique.
- Une crase sanguine est demandée dès la première consultation surtout en cas d'antécédent évocateur de troubles de l'hémostase, ou prescrite dans un deuxième temps si l'anémie nécessite un traitement en urgence remettant à plus tard les investigations.
- Un bilan d'hémostase simple comprend : numération des plaquettes, temps de Quick, temps de céphaline activée, fibrine et temps de saignement.
- Un bilan d'hémostase complet explorant tous les facteurs de coagulation doit être demandé en cas de suspicion de maladie de l'hémostase.

D. TABLE OPERATOIRE ET L'INSTALLATION DE LA MALADE SUR LA TABLE

INSTALLATION DE LA PATIENTE



N'importe qu'elle table peut être utilisée pour la chirurgie vaginale à condition que le tablier puisse être replié et que des supports puissent être adaptés qui permettent de suspendre les membres inférieurs de l'opérée. Il faut pouvoir également incliner la table en position déclive (position de Trendelenburg). On peut utiliser également une table spécialement conçue pour la chirurgie vaginale, dite table de "Doederlein".

Cette table est dotée d'un porte bassin réglable depuis la tête. On peut maintenir ce porte-bassin dans le prolongement de la table. On peut l'incliner vers le haut ce qui permet de fléchir le bassin de la patiente par rapport à son tronc. On peut aussi le rabattre vers le bas à 90° ce qui augmente le débord du siège de la patiente.

Les supports horizontaux sur lesquels sont fixés les ports jambes sont également réglables depuis la tête de la table. C'est l'avantage principal. On peut grâce à ce système diminuer ou augmenter la flexion des cuisses même après avoir installé les champs opératoires.

L'installation de la malade sur la table conditionne le confort de l'opérateur, qui certes, n'a pas d'importance en lui-même mais qui concourt grandement au succès de l'opérateur et sert finalement les intérêts de l'opérée. Cette installation se fait dans la classique position de la taille.

Le siège de l'opérée doit être installé tout à fait à l'extrémité de la table. Il doit même, quand les cuisses sont fléchies sur le bassin, déborder légèrement le bord de la table. C'est une condition impérative pour pouvoir manœuvrer correctement la valve qui déprime le périnée.

Les membres inférieurs doivent être fléchis fortement sur le bassin. La solution des portes cuisses est la moins bonne. Les cuisses sont fléchies à 90° au maximum et ne peuvent être écartées suffisamment. L'opérateur, seul, peut se tenir en face du champ opératoire. Les aides n'ont aucun espace. L'instrumentiste ne voit rien. La solution adoptée dans des nombreux pays germaniques où les membres inférieurs de l'opérée sont suspendus sous tension puis portés par les aides (creux poplité de l'opérée sur l'épaule de l'aide) est la meilleure.

Mais elle fatigue. Nous avons recours à un procédé plus simple nous avons pour habitude de suspendre les membres inférieurs par l'intermédiaire d'une double lanière. L'anneau est amarré à l'extrémité des tiges métalliques verticales appliquées à la table après que la malade ait été étendue. Ces tiges métalliques dont les extrémités sont recourbées en épingle à cheveux, sont légèrement curvilignes, ce qui permet d'éviter le contact direct entre la face interne du membre et le support. Les tiges métalliques qu'elles soient adaptées de façon rigide aux glissières latérales de la table où qu'on puisse les manœuvrer à volonté comme avec la table "Doderlein". Elles doivent être disposées de telle façon que les cuisses soient en flexion extrême (120 à 130° par rapport à horizontal) et les jambes verticales.

En installant la patiente selon la façon indiquée, l'équipe opératoire peut se déployer sans obstacle. Cette installation, par contre peut, en théorie, poser des problèmes de deux ordres pour la malade : problèmes ostéo- articulaires problèmes cardio-respiratoires.

L'extrême flexion des cuisses sollicite les articulations coxo-fémorales, les articulations sacro-iliaques et la charnière lombo-sacrée. Les personnes présentant un désordre quelconque au niveau de ces jointures peuvent en souffrir dans les suites.

Il arrive également qu'il soit possible, du fait de ces désordres, d'installer la patiente. Il vaut mieux dans ces cas renoncer et opérer par la voie abdominale.

L'hyper flexion des cuisses entraîne par ailleurs, une hyper pression abdominale qui combinée à l'hyper pression thoracique imputable à la ventilation artificielle, risque de diminuer le retour veineux au cœur droit et de retentir sur le débit cardiaque.

Ce risque en fait est très théorique.

1. Le matériel pour l'hystérectomie vaginale et la façon de s'en servir :

Un chirurgien vaginaliste expérimenté peut opérer avec l'instrumentation la plus sommaire. En plus des instruments utilisés pour la chirurgie gynécologique abdominale, un certain nombre d'instruments spécialement conçus pour la chirurgie vaginale et qui facilite l'exécution de cette chirurgie.

Nous donnons ci-dessous la composition d'une boîte qui comporte tous les instruments nécessaires pour la réalisation de toutes les interventions vaginales, les hystérectomies élargies comprises.

- ✓ La valve de Mangiagalli : est un instrument à double courbure Elle est creuse et convexe. Le manche dessine avec la valve un angle arrondi de l'ordre de 90°. L'instrument est utilisé pour déprimer le périnée. On peut faire moduler la pression en fonction des besoins et c'est un avantage par rapport à la valve à poids utilisée par certains.
- ✓ Les valves de Breisky : sont des valves en baïonnette. On se sert de ces valves comme de levier du premier genre. On peut à l'aide de ces valves écarter d'une façon rationnelle et présenter la zone opératoire sans rétrécir l'accès.
- ✓ Le champ opératoire se présente comme un cratère centré sur le point où a lieu l'action. L'opérateur est à l'aise. Alors qu'avec des valves à angle droit, on refoule plutôt vers la profondeur. Le jeu complet des valves de Breisky comporte douze unités. Pour les hystérectomies simples, il suffit de posséder deux valves moyennes. Il faut détenir aussi, absolument, la valve la plus longue, cette valve est indispensable pour refouler les anses intestinales au cours des temps intra péritonéaux.
- ✓ La valve à angle droit de grande longueur : a son utilité chez les obèses pour les quelles les valves de Mangiagalli ne sont pas suffisamment longues pour permettre la réalisation facile des temps intra péritonéaux. L'instrument utilisé est la classique valve de Segond qui existe en plusieurs dimensions.
- ✓ Les pinces de Museux et les pinces de pozzi : sont bien connues : les prévoir en nombre suffisant si on décide de s'attaquer aux fibromes volumineux et de recourir à l'hémisection et / ou au morcellement.
- ✓ Les pinces à lambeaux de Gaston Cotte et les pinces d'Allis : sont nécessaires pour la triple opération périnéale avec hystérectomie. Les pinces de Gaston Cotte sont des pinces à plateaux terminés par des petites dents. Elles sont d'une remarquable force de préhension. Les pinces d'Allis sont moins fortes mais plus précises. Nous utilisons les premières pour les lambeaux épais et les secondes pour les lambeaux plus fins.

Hystérectomie vaginale dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali.

- ✓ Les pinces de Chrobak : ou pinces à dent de souris ce sont des pinces assez semblables aux pinces de Gaston Cotte mais plus grosses et plus puissantes. Elles permettent de saisir, en même temps, les parois antérieure et postérieure de la machette vaginale.
- ✓ Les bistouris à lames jetables : sont parfaitement adaptés à la l'hystérectomie vaginale. Il n'est pas indispensable de s'armer de bistouris plus forts, même si on doit faire des morcellements. Il est utile par contre de posséder, en plus du manche standard sur le quelle s'adaptent les lames n° 4 un manche sur le quel s'adaptent les lames n°11 et un manche sur le quel s'adaptent les lames recourbées.
- ✓ Les pinces à disséquer : sont à choisir spécialement. Elles ne doivent pas être ni trop courtes ni trop longues (20cm pour la chirurgie habituelle, 30cm pour certains temps d'hystérectomies élargies). Celles d'entre elles qui sont utilisées pour mobiliser la paroi vaginale doivent être suffisamment fortes et armées de trois griffes. Le jeu de ciseaux doit comporter :
 - Une paire de ciseaux forts courbes aux bouts ronds (ciseaux de Percy) : pour la section des ligaments.
 - Une paire de ciseaux dissecteurs (ciseaux de Mayo légers de 17 cm).
 - Une paire de ciseaux forts droits à bouts ronds : hémisection. En plus des ciseaux " standards " il est utile, quand on s'attaque aux opérations élargies de posséder également des ciseaux de grandes dimensions type ciseaux de Santy (24 cm de long). Ces instruments, font partie de toutes les boîtes de chirurgie pelvienne, où on doit travailler en profondeur.
- ✓ Les pinces de Jean Louis Faure sans griffes : on se sert comme dissecteur pour libérer la boucle de l'artère utérine.
- ✓ Les pinces Jean Louis Faure à griffes et les pinces de Leibinger : sont utilisées pour clamber les ligaments. L'avantage de la pince de Jean Louis Faure est dans ces griffes qui ne laissent subsister aucun intervalle entre les mors, une fois l'instrument serré.
- ✓ Les pinces de Leibinger sont plus fortes et moins traumatisantes à la fois.
- ✓ Les pinces de Bengoléa : sont utilisées uniquement pour conduire les fils de ligatures autour de la pince hémostatique ou dans les mors du dissecteur passe - fil.

Hystérectomie vaginale dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali.

- ✓ Les pinces hémostatiques à angle droit: très utiles, il en faut trois dans la boîte de longueurs différentes. On peut se servir également de ces pinces comme dissecteur.
- ✓ L'aiguille de Deschamps : nécessaire pour la réalisation de l'hystérectomie vaginale. Il existe deux modèles : les droitiers se servent toujours de l'aiguille "gauche" et les gauchers de l'aiguille "droite".
- ✓ Les portes aiguilles qu'on utilise dans la chirurgie vaginale sont des porte-aiguilles courants. Les modèles coudés ne sont pas nécessaires, y compris pour l'exécution des sutures profondes. Plusieurs dimensions sont à prévoir.
- ✓ Les aiguilles qu'on utilise peuvent être à enfiler, ou sertis, les sertis plus coûteuses, ont l'avantage de simplifier le travail de l'instrumentiste. Les aiguilles demi-cercle 26 mm qui sont généralement utilisées.

2. L'équipe opératoire

Il est indispensable, pour opérer par voie vaginale, d'être assisté de deux aides.

Ils se tiennent de chaque côté de l'opérée et, doivent être capables à chaque instant de modifier la force ou l'orientation des tractions ou des pressions qu'ils exercent.

L'instrumentiste est un personnage clé dans l'équipe. S'il n'est pas aidé par l'instrumentiste, le chirurgien, doit, en effet, à tout moment, détacher son regard du champ opératoire pour chercher les instruments entreposés. Cette gymnastique est souvent dangereuse.

E .TECHNIQUES CHIRURGICALES ACTUELLES

1. Prise en charge de la patiente

1.1 Préparation à l'hystérectomie

Il convient de réaliser l'ablation d'un éventuel dispositif intra-utérin deux semaines avant l'intervention sous couvert d'antibiothérapie. Le bilan pré-anesthésique soigneux dépiste les facteurs de risques thrombo-emboliques, cardiovasculaires et métaboliques. Le traitement d'une éventuelle anémie carencielle, entrepris chaque fois que c'est possible, 1 à 2 mois avant l'acte chirurgical, est associé à la réduction des méno métrorragies par traitement. Il permettra d'éviter dans la très grande majorité des cas le recours à la transfusion sanguine péri opératoire.

La préparation est surtout psychologique : des explications détaillées doivent être fournies concernant les conséquences éventuelles de l'intervention. Il faut également insister sur le risque éventuel d'un changement de voie d'abord avec passage d'une hystérectomie vaginale à une hystérectomie abdominale. Il convient surtout de ne pas presser les patientes lorsque l'indication d'hystérectomie n'est pas urgente, ce qui est le cas le plus fréquent. On proposera aux patientes autant que faire se peut, lorsque cela est possible le choix entre un traitement conservateur médical et chirurgical et traitement radical par hystérectomie.

Une désinfection vaginale à la polyvidone iodée est indiquée et ainsi qu'un sondage évacuateur simple en cas d'hystérectomie vaginale.

La prévention des accidents thrombo-emboliques dans les cas à risque mais est également souvent prescrite dans les autres cas, reposant sur l'administration d'héparine.

1.2 Antibiothérapie péri-opératoire (ABP)

Les classifications en fonction du risque infectieux utilisées en pratique courant à l'heure actuelle sont sommaires.

Les patientes sont classées soit en fonction du type de chirurgie : orthopédique, cardiaque, vasculaires, digestifs, etc. quelquefois en fonction de la présence d'une maladie sous-jacente telle qu'un cancer ou plus souvent selon la classification de l'Académie américaine de chirurgie. Selon cette classification, les actes chirurgicaux sont classés en quatre groupes [24] :

- Classe I : chirurgie propre sans ouverture des viscères creux, sans rupture d'asepsie.
- Classe II : chirurgie propre contaminée: ouverture d'un viscère creux avec contamination minime: tube digestif, voies respiratoires, appareil génito-urinaire. Rupture d'asepsie minime.
- Classe III: chirurgie contaminée: plaie traumatique récente datant de moins de 4 heures. Appareil génito-urinaire ou biliaire ouvert avec bile ou urine infectée. Contamination importante par le contenu intestinal. Rupture d'asepsie.
- Classe IV : chirurgie sale : inflammation aiguë bactérienne avec ou sans présence de pus. Contamination fécale.

Ainsi, selon la probabilité que des bactéries soient présentes au niveau de la plaie opératoire, les taux d'infections du site opératoire vont de 1 à 2 % pour la

chirurgie propre à plus de 30 % pour la chirurgie sale. Cette classification a été critiquée par ce qu'elle ne prend pas en compte des facteurs modifiant le risque infectieux tels que des facteurs liés au patient lui-même (maladie sous-jacente, sévérité de la maladie).

La chirurgie gynécologique (hystérectomies, ovariectomies et/ou salpingectomies, section, des cornes utérines) fait partie de la classe II: chirurgie propre contaminée et le taux d'infection sans antibio prophylaxie est estimée entre 10 et 20 %, contre

7 % avec antibiotiques selon RICHET [24] :

La conférence de consensus de décembre 1992 Préconise pour les hystérectomies par voie vaginale une dose unique avant l'induction.

1.3 Anesthésie

- L'anesthésie générale : l'anesthésie générale en chirurgie gynécologique comporte certains points communs impératifs avec la chirurgie digestive basse: curarisation, intubation et ventilation assistée. L'induction est habituellement réalisée par injection d'un hypnotique d'action rapide (PROPOFOL) et d'un curare non dépolarisant (VECURONIUM) pour pratiquer l'intubation trachéale, assurer la liberté des voies aériennes supérieures et permettre la ventilation contrôlée par un respirateur. L'anesthésie générale est entretenue par un morphinique de synthèse et par une perfusion continue de PROPOFOL en seringue auto pulsée (30 à 40 ml/ h) [24]

L'anesthésie loco- régionale : la rachi anesthésie : avant le développement de l'anesthésie générale moderne, la rachi anesthésie était une technique de choix en chirurgie digestive et gynécologique car elle procurait à elle seule le relâchement musculaire et l'analgésie tout en conservant la ventilation spontanée et la protection des voies aériennes supérieures.

- L'anesthésie péridurale : retrouve actuellement un regain de faveur surtout pour la qualité de l'analgésie post opératoire obtenue par les analgésiques locaux ou les morphiniques administrés par cette voie.

L'anesthésie péridurale procure le plus souvent une analgésie de bonne qualité avec atténuation ou suppression des réflexes nociceptifs. Cependant, au cours de l'anesthésie loco régionale, certaines douleurs viscérales irradiant en C5 ne sont pas bloquées, de même que certaines réactions vagues à l'origine de malaises désagréables avec tachycardie, hypotension et nausée, observés au cours des hystérectomies vaginales.

Le confort de la patiente impose souvent une sédation et parfois un complément d'analgésie par voie intra-veineuse.

Il n'y a aucune différence significative entre les deux techniques anesthésiques pour la chirurgie gynécologique. Cependant, la diminution du saignement peropératoire sous rachianesthésie a été signalé par SCOTT en 1958 et LONDON en 1960 et a été démontré par des mesures des pertes sanguines sous anesthésie péridurale et anesthésie générale. MOIRD en 1968 confirme ces faits dans un travail comportant une statistique des résultats. Ces travaux portent sur des interventions gynécologiques: cure de prolapsus, hystérectomie par voie abdominale ou vaginale. Ainsi, sous péridurale le saignement ne semble être que le tiers ou la moitié de ce lui observé sous anesthésie générale.

1.4 Transfusion sanguine

Le volume des hémorragies ne nécessite que rarement un apport transfusionnel que l'on préférera éviter autant que faire ce peut. Quand ce recours s'avère indispensable et qu'il n'a pas été programmé ou lorsque les possibilités de l'auto transfusion n'ont pas pu être utilisées, ce sont des concentrés érythrocytaires homologues qui sont injectés avec les précautions habituelles dans la période péri-opératoire.

Dans les cas où l'étiologie, la localisation anatomique ou le bilan de l'hémostase préopératoire peuvent faire craindre un saignement peropératoire important, on recourra chaque fois que possible aux moyens de l'auto transfusion. Tout ceci souligne encore l'intérêt qu'il y a à prendre le temps de corriger l'éventuelle anémie carencielle en fer avant l'intervention chirurgicale, dans les semaines ou les mois qui précèdent un acte opératoire non urgent.

2. Technique de l'hystérectomie par voie vaginale

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

L'hystérectomie vaginale est basée sur la présentation successive des éléments anatomiques abordés de bas en haut, à l'envers de la voie abdominale.

Seul un travail d'équipe reposant sur les valves manipulées par les aides permet alors d'aborder chacune de ces structures, chaque étape permettant la descente progressive de l'utérus, et d'aborder le temps suivant. Nous retiendrons donc

pour principe l'hystérectomie d'écrite par DARGENT répandue en France depuis plus de 20 ans. De même les hémostases sont plus accessibles au passe- fil de DESCHAMPS que par les pinces hémostatiques classiques. On ne pourra envisager qu'en cas de prolapsus les techniques de bascule première de l'utérus avant même section des ligaments suspenseurs, suivies d'une hémostase de haut en bas.

L'abord premier du cul de sac de Douglas plus souvent accessible en cas d'utérus encore haut, la dissection vers le Douglas ne sera pas gênée par d'éventuel saignement provenant de l'incision antérieure.

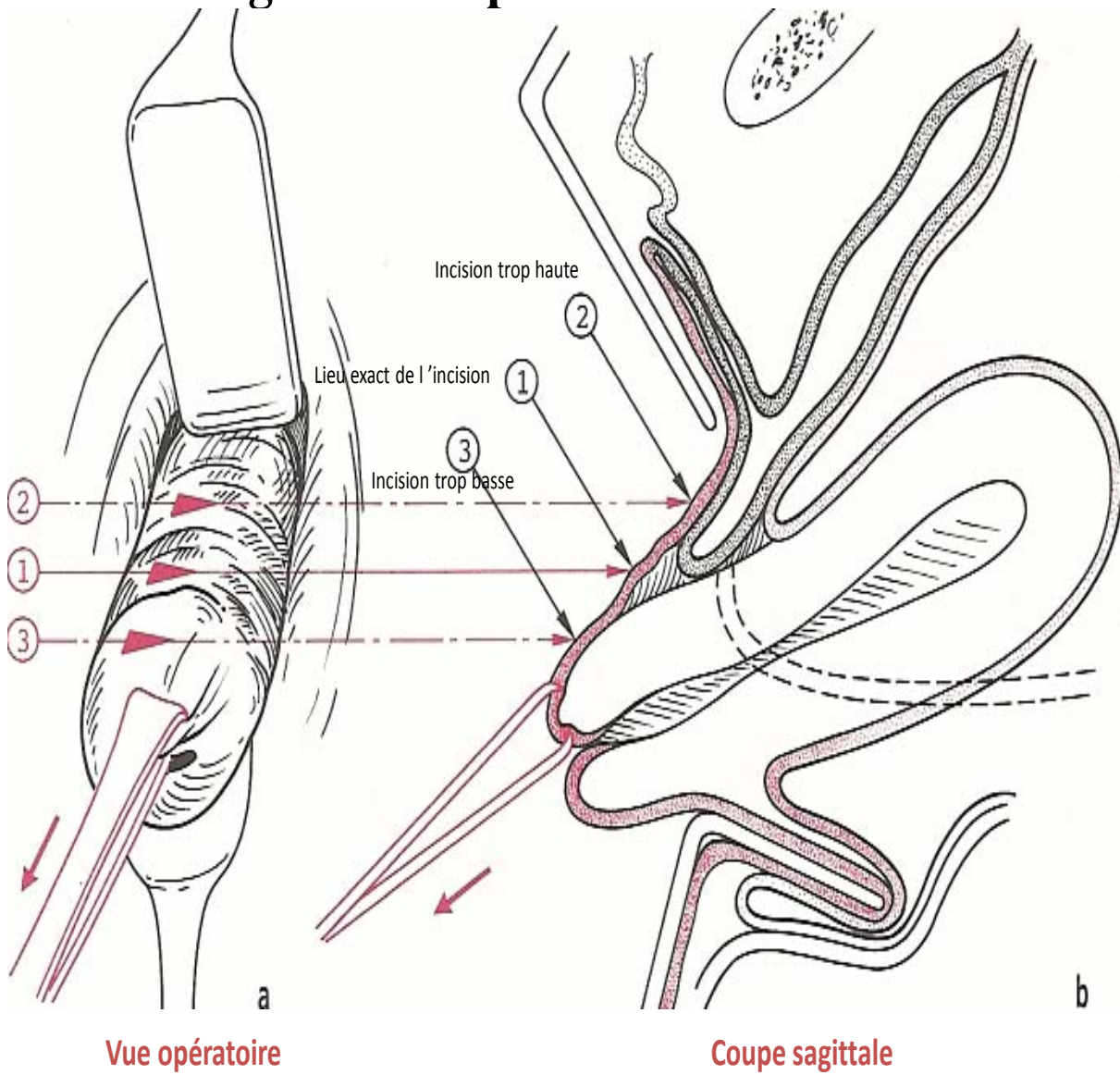
2.1 Description : hystérectomie se déroule :

- Colpotomie antérieure - décollement vésico-utérin
- Colpotomie postérieure et ouverture du Douglas
- Incision vaginale latérale
- Traitement des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines
- Extraction de l'utérus
- Section et ligature des ligaments utéro-ovariens
- Vérification de l'hémostase des ligaments utéro-sacrés et des artèresutérines
- Godronnage de la tranche vaginale postérieure
- Péritonisation
- Godronnage de la tranche vaginale antérieure

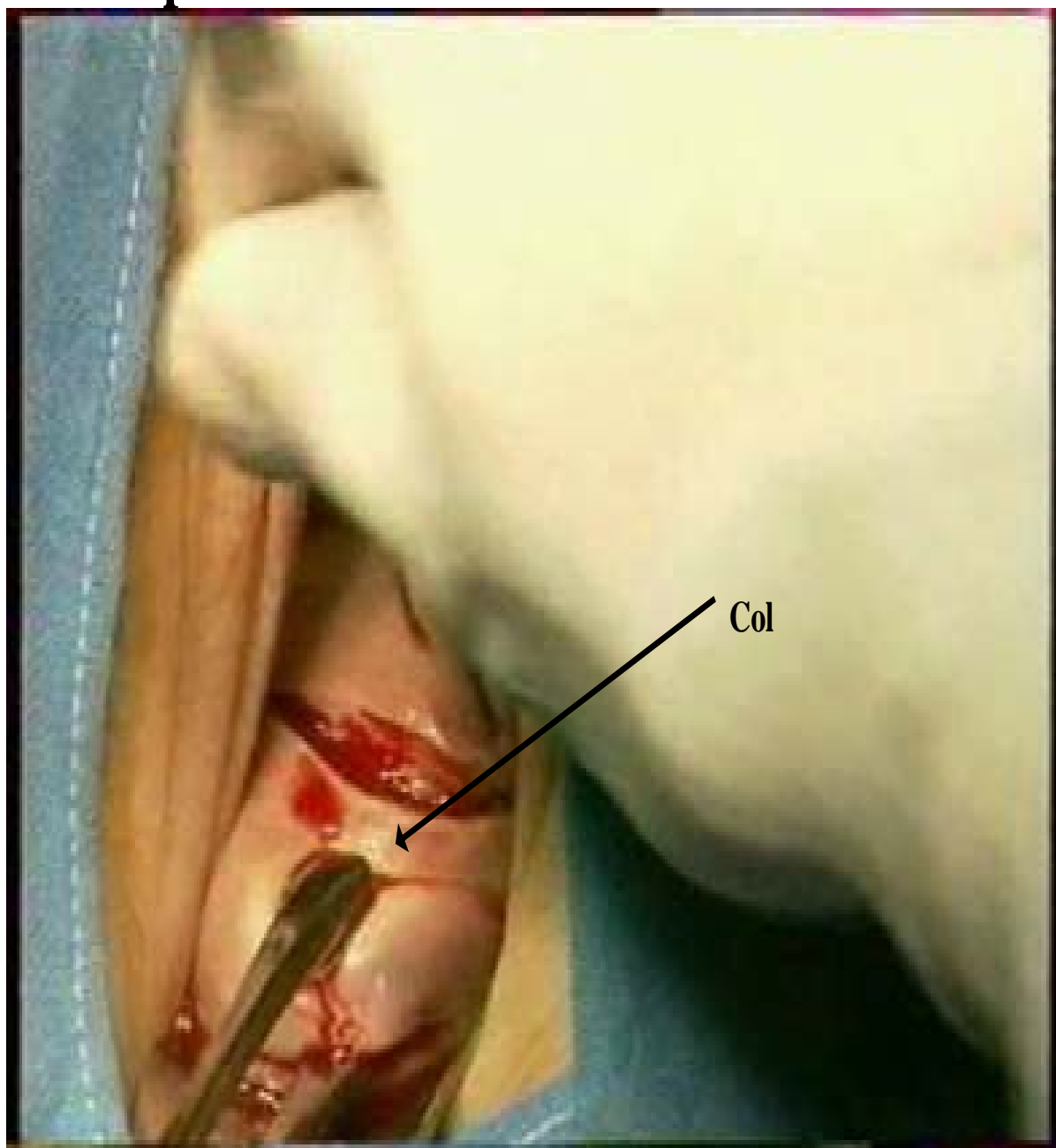
T1 Colpotomie antérieure



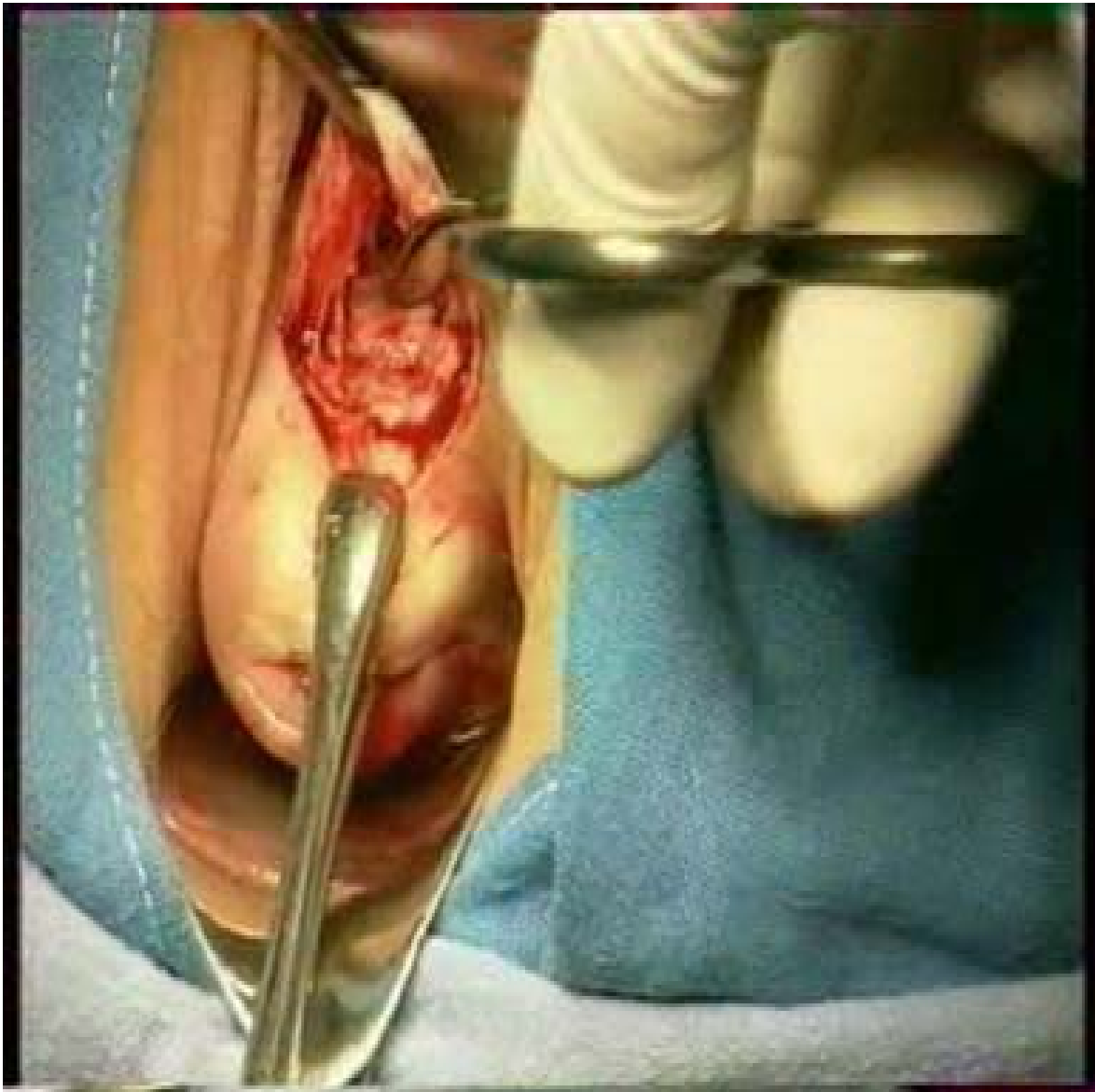
Siège de la colpotomie antérieure



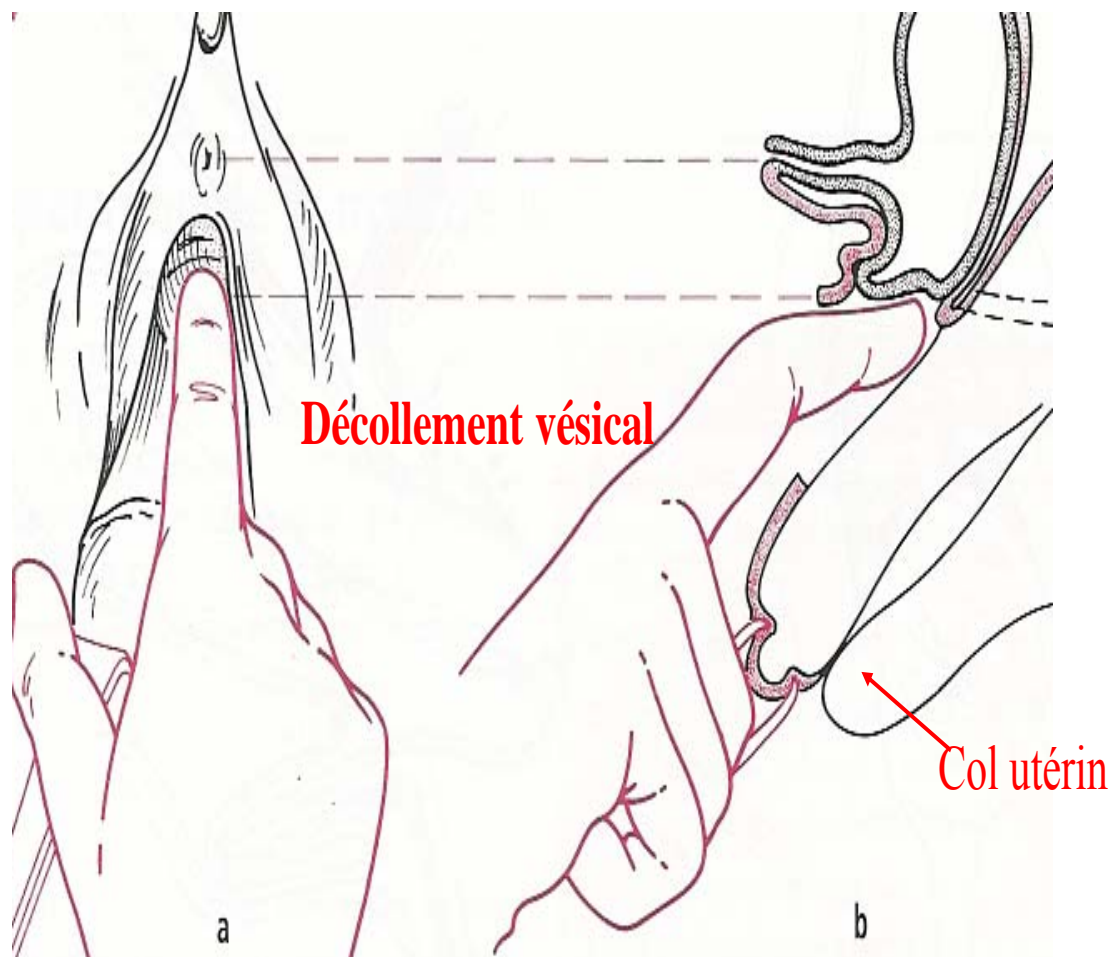
T1-Colpotomie antérieure



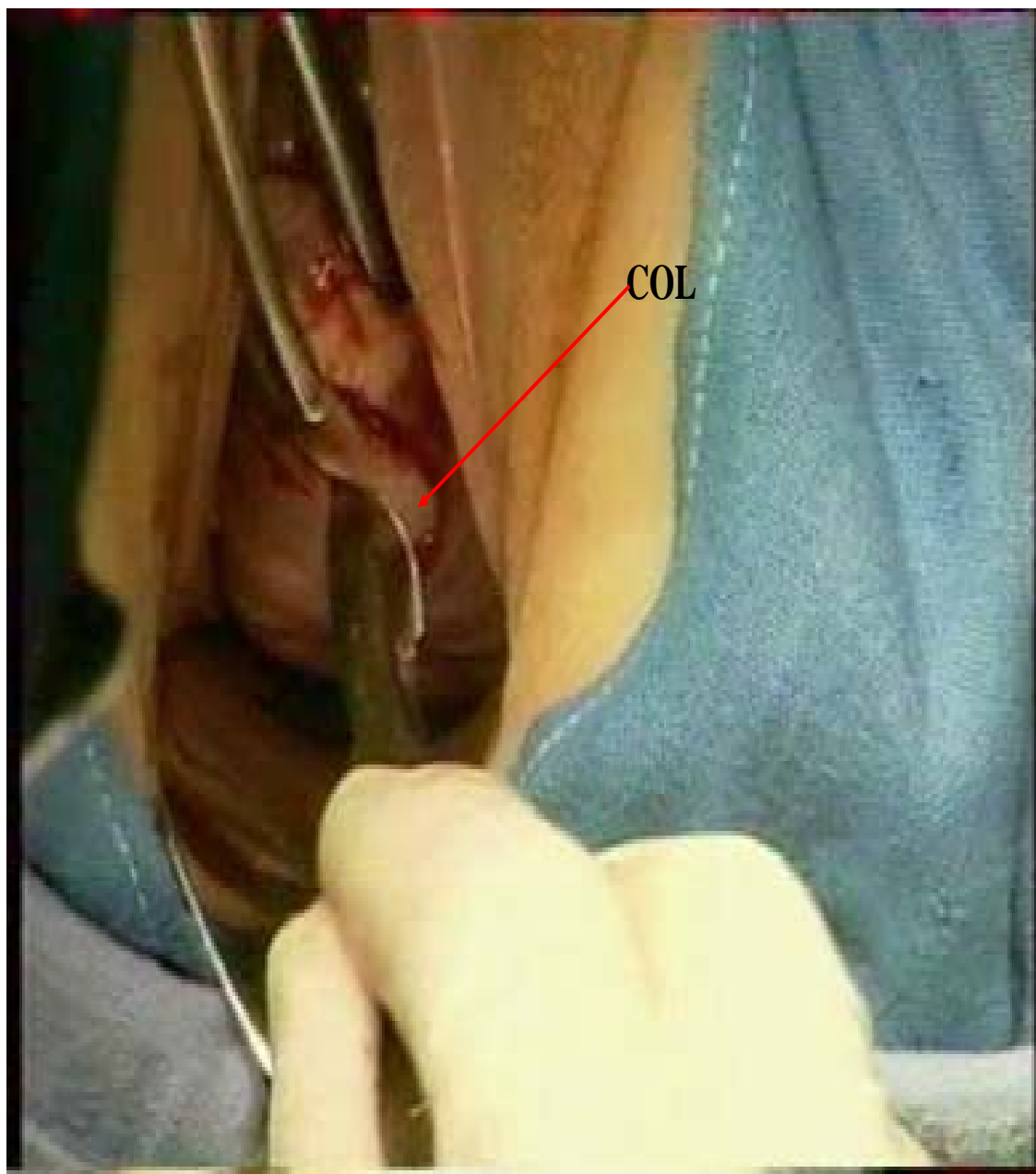
T1-Colpotomie antérieure - Décollement vésico-utérin



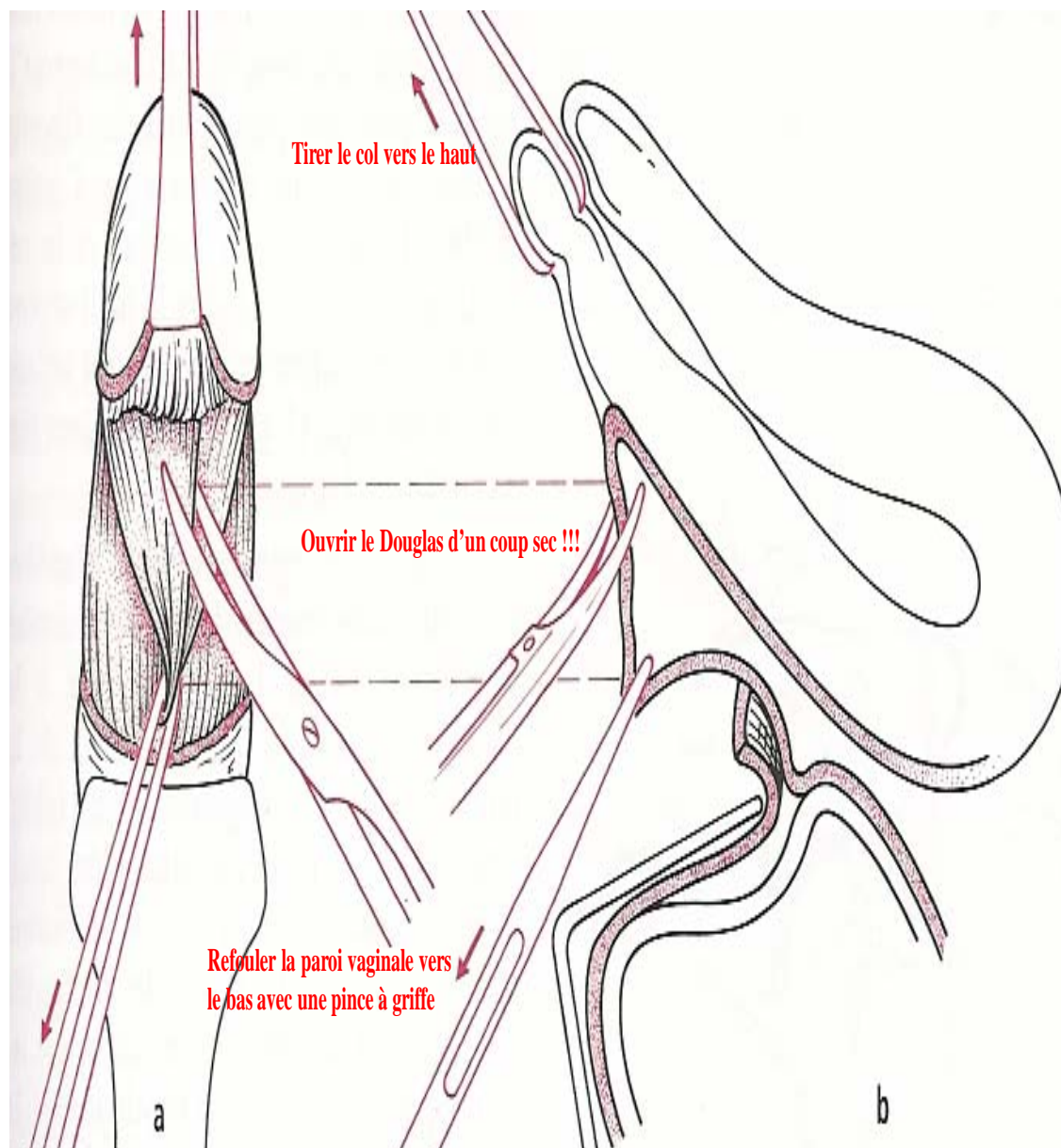
Colpotomie antérieure



T2-Colpotomie postérieure



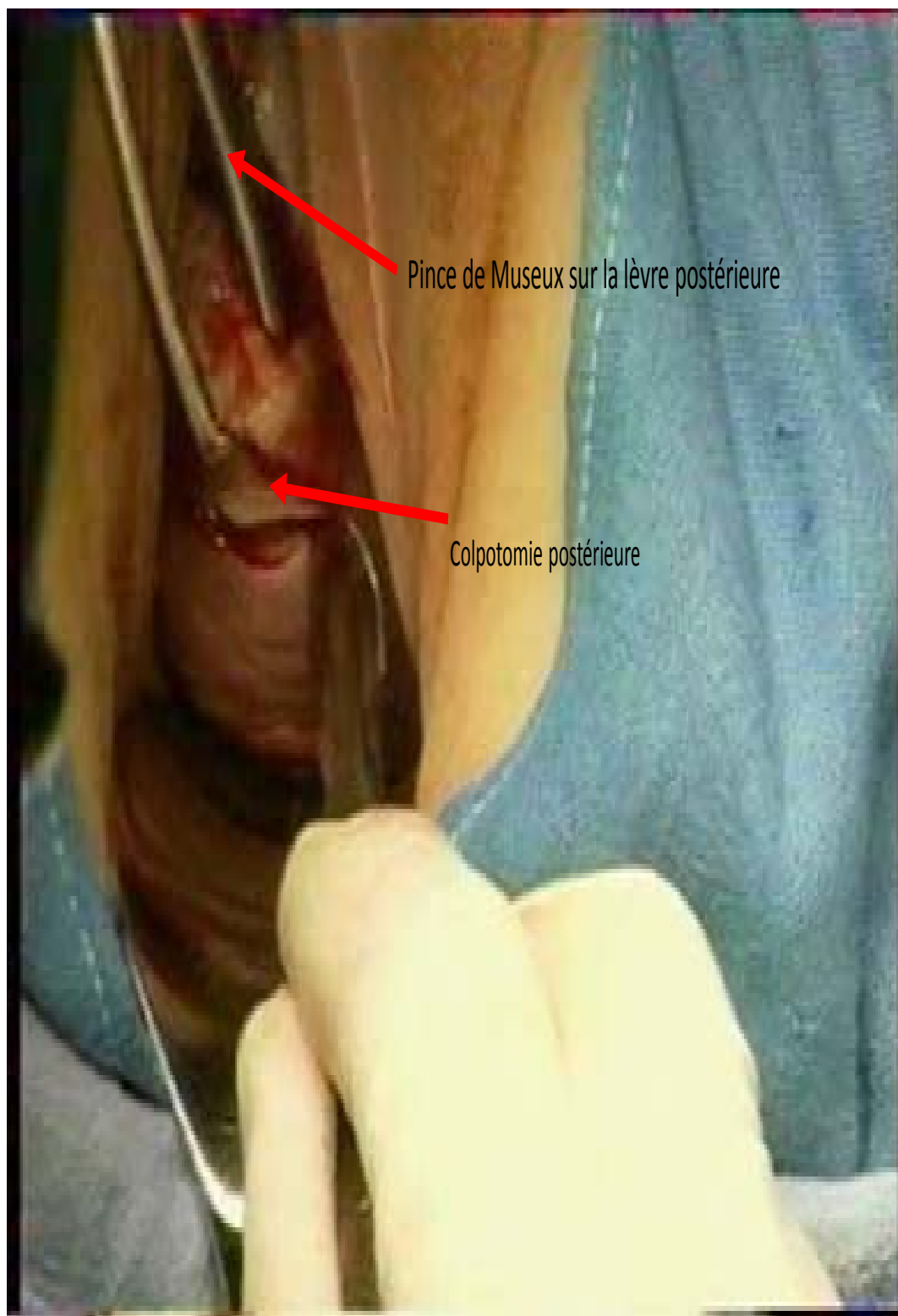
Colpotomie postérieure



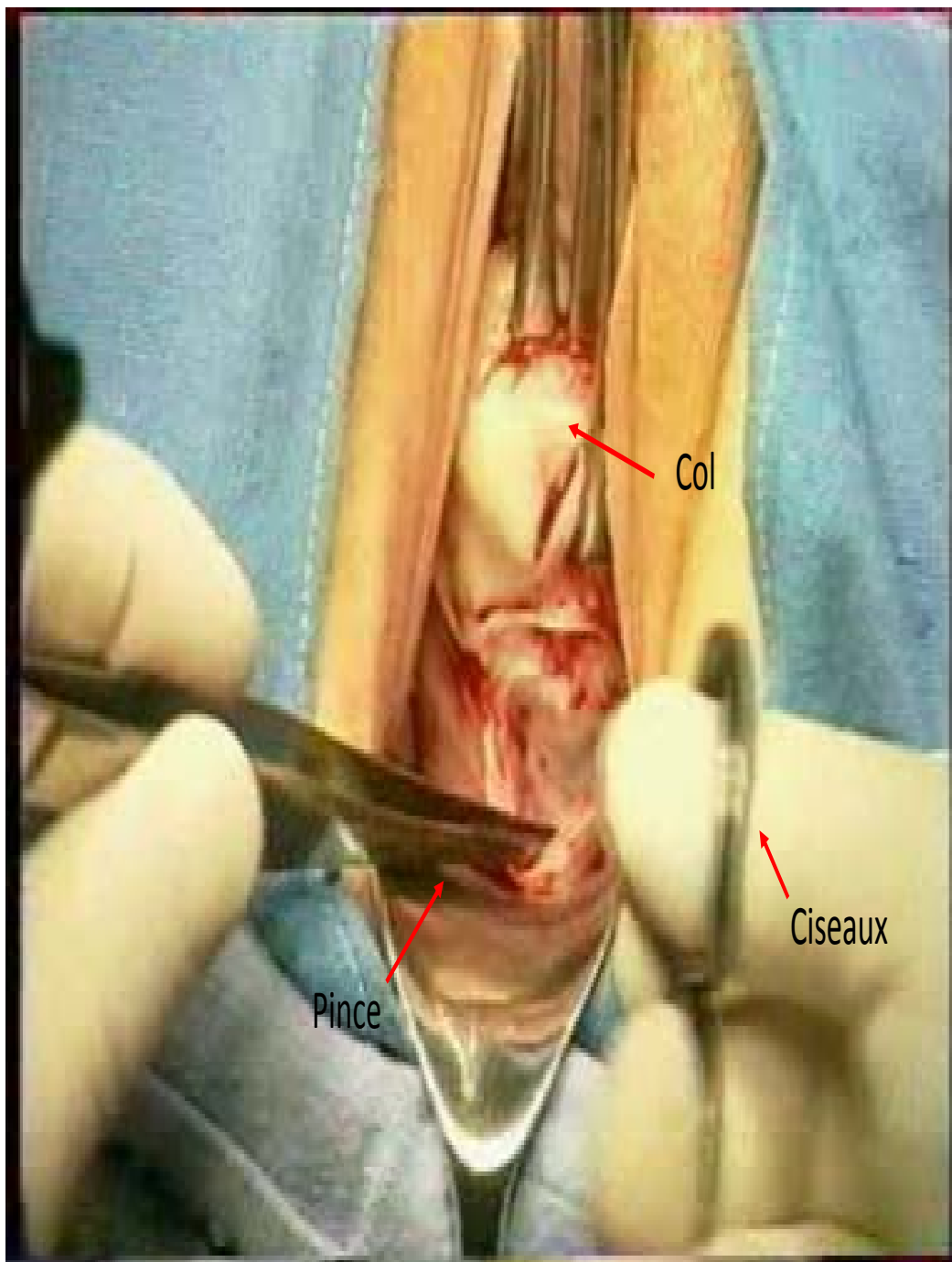
Vue opératoire

Coupe sagittale

T2-Colpotomie postérieure : vue opératoire



T2-Colpotomie postérieure



T2-Colpotomie postérieure

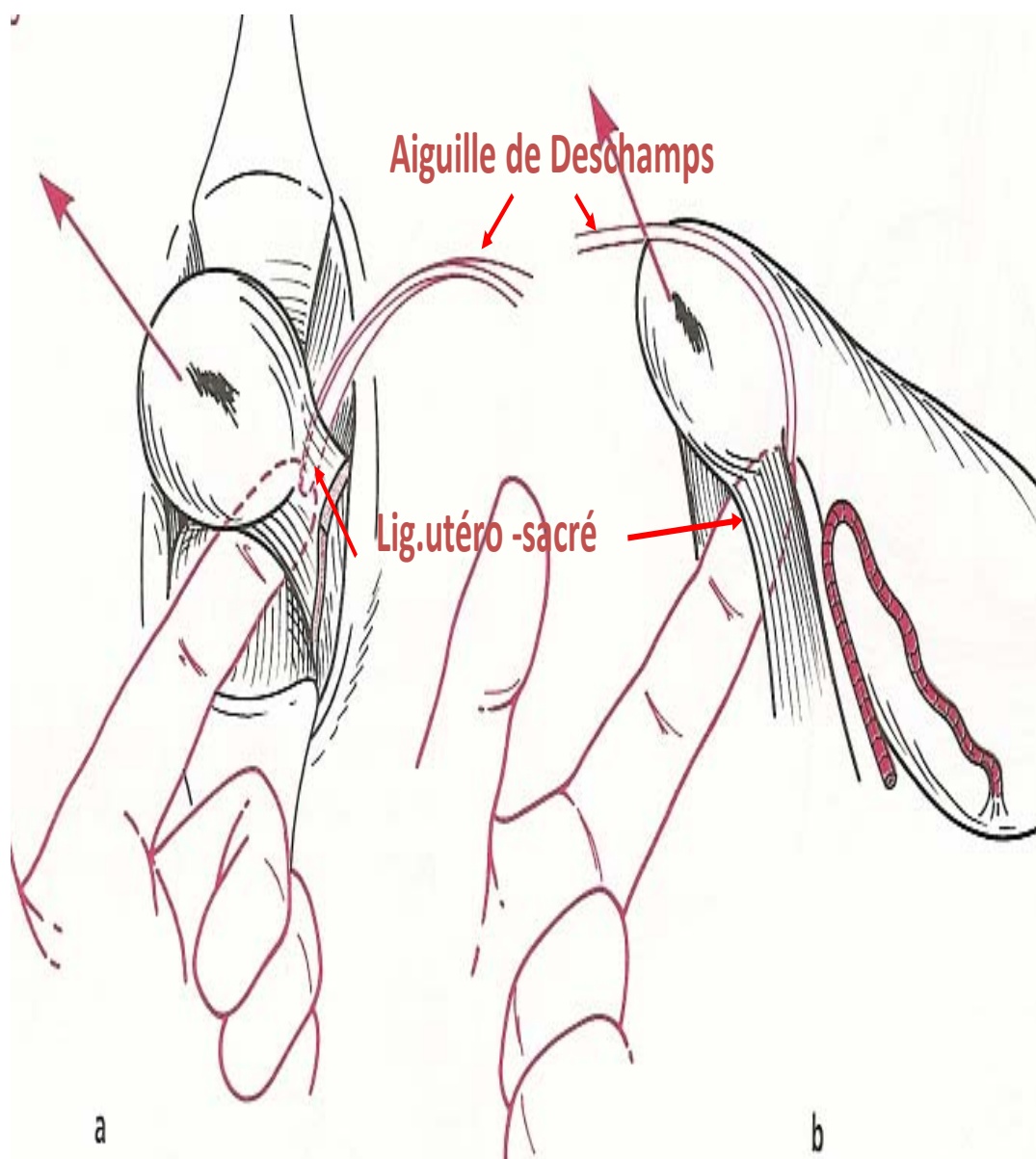


Agrandissement aux doigts

T3-Incision vaginale



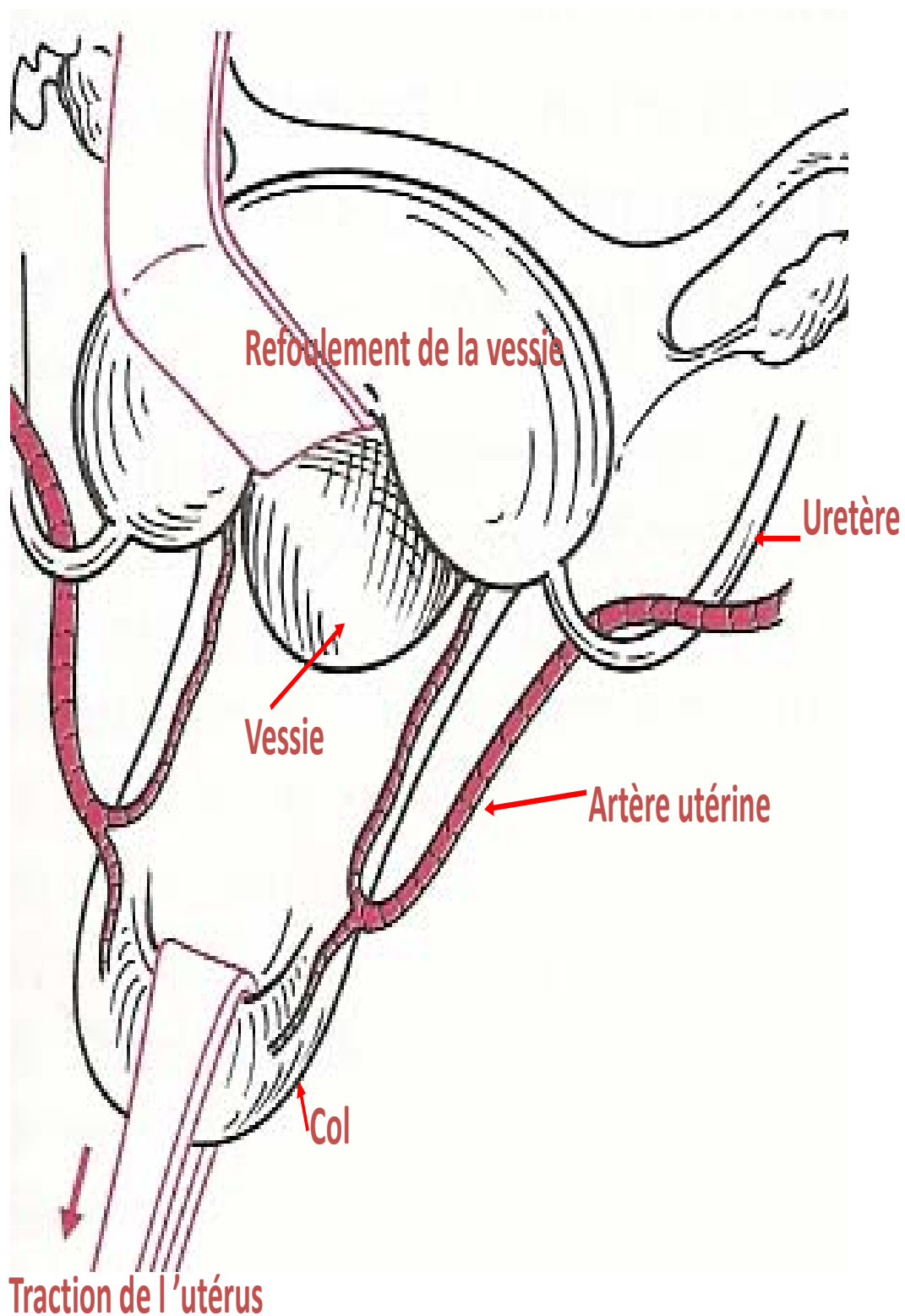
Traitement de lig. utéro-sacrés et art. utérine



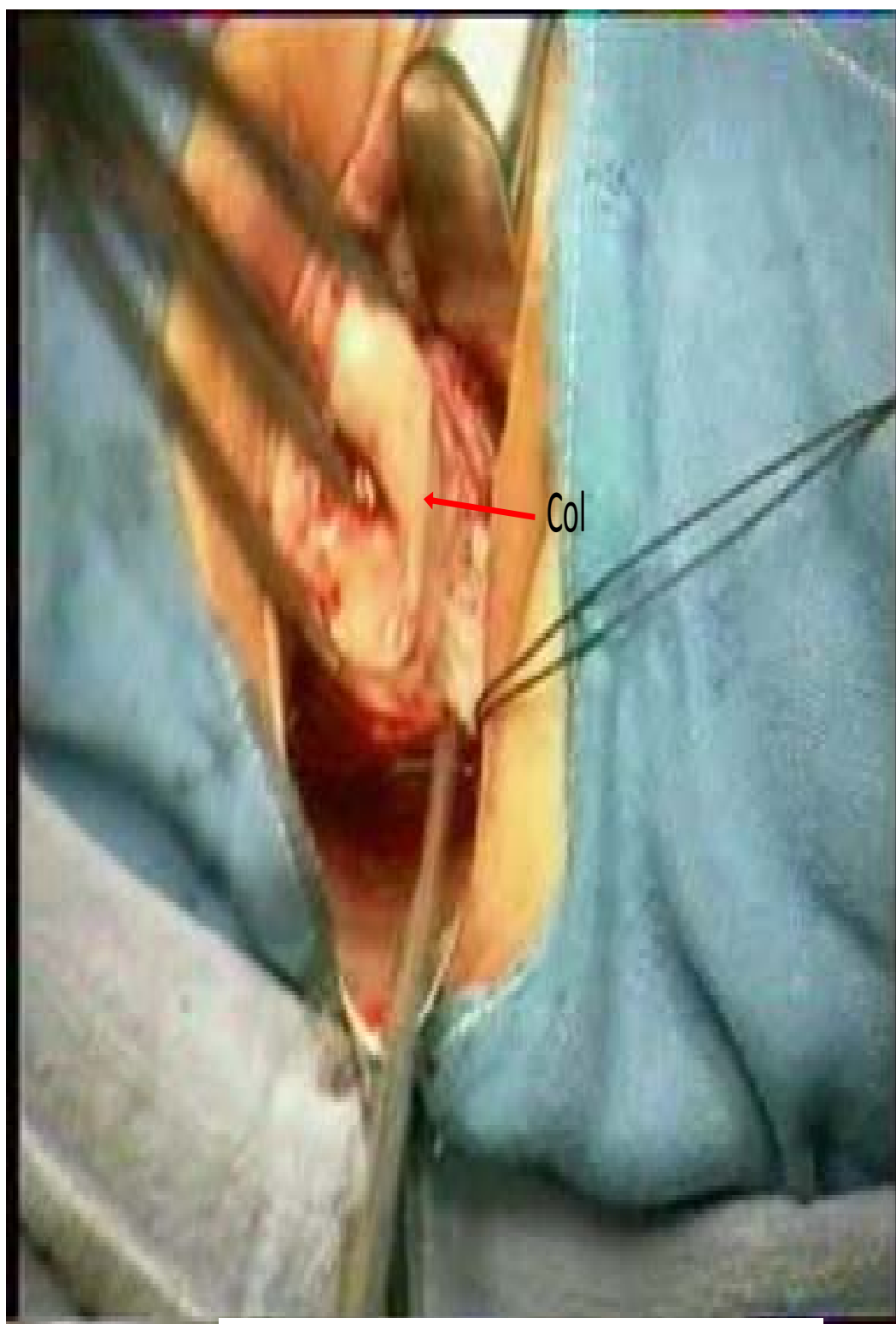
T4- Traitement de lig. utéro-sacrés et art utérine



Traitement des lig.utéro-sacrés

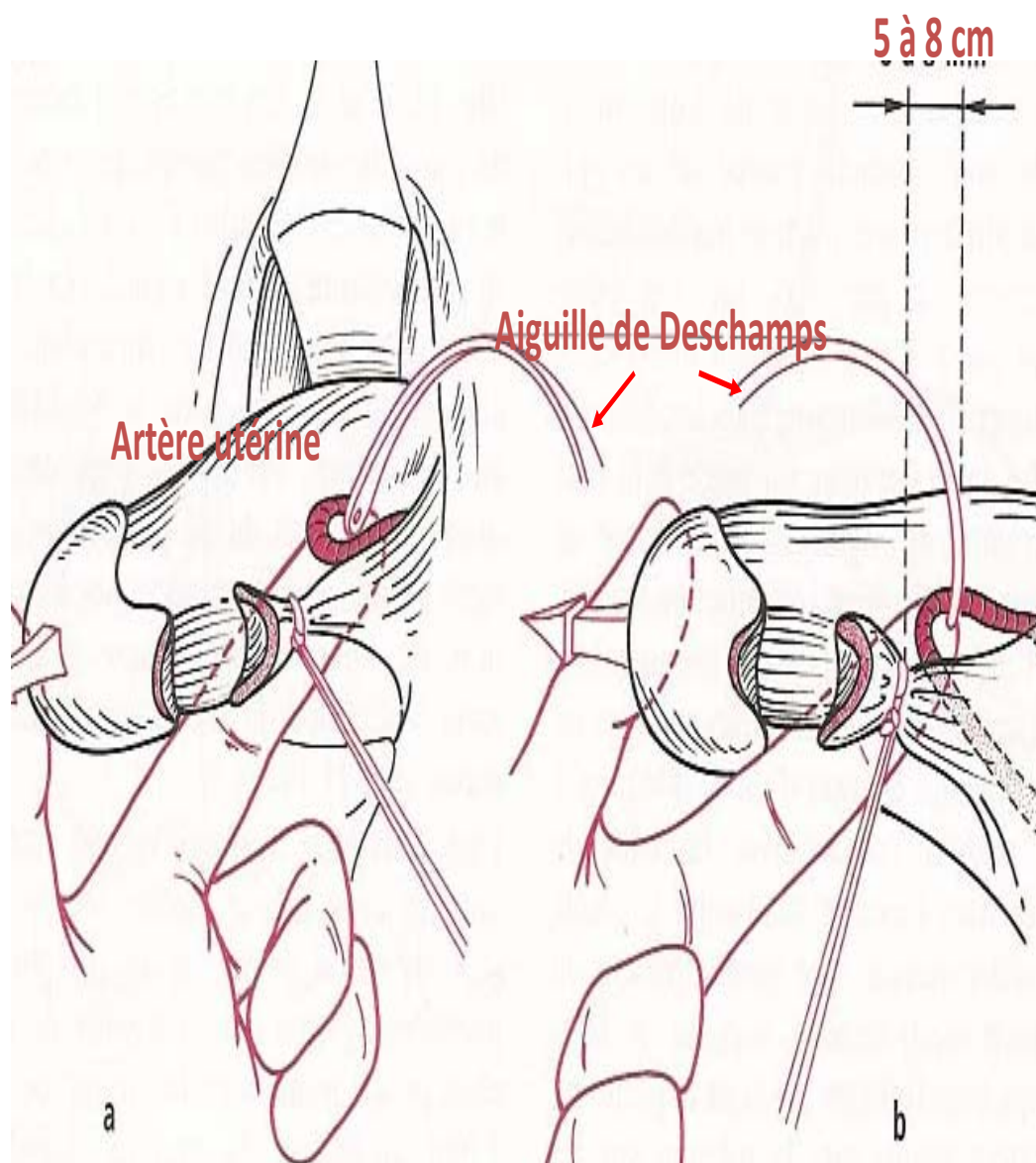


T4-Traitement de lig. utéro-sacrés et art. utérine



Lig. des uréro-sacrés

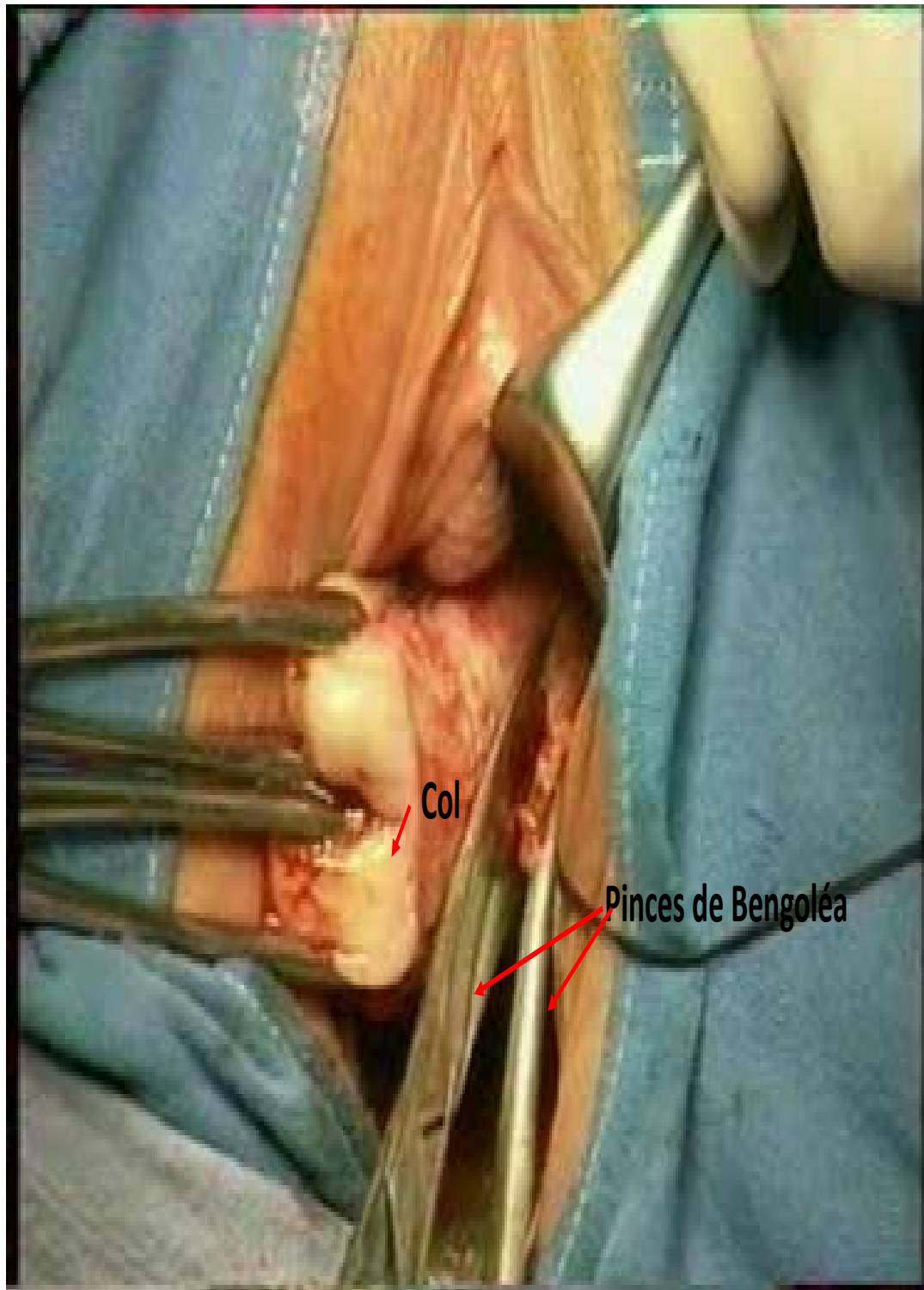
Ligature des art. utérines



T4-Ligature des art. utérines

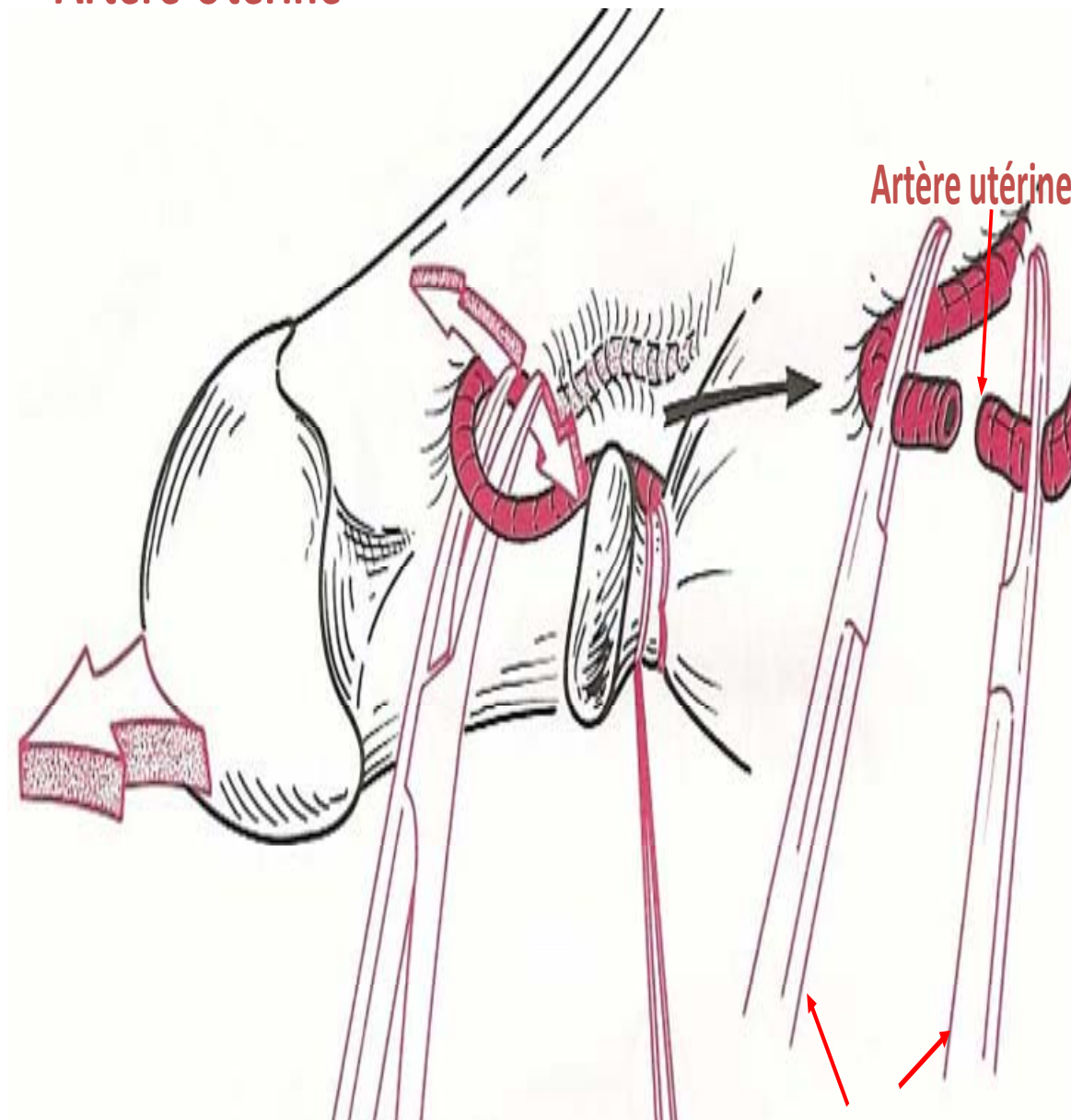


T4-Section des art. utérines



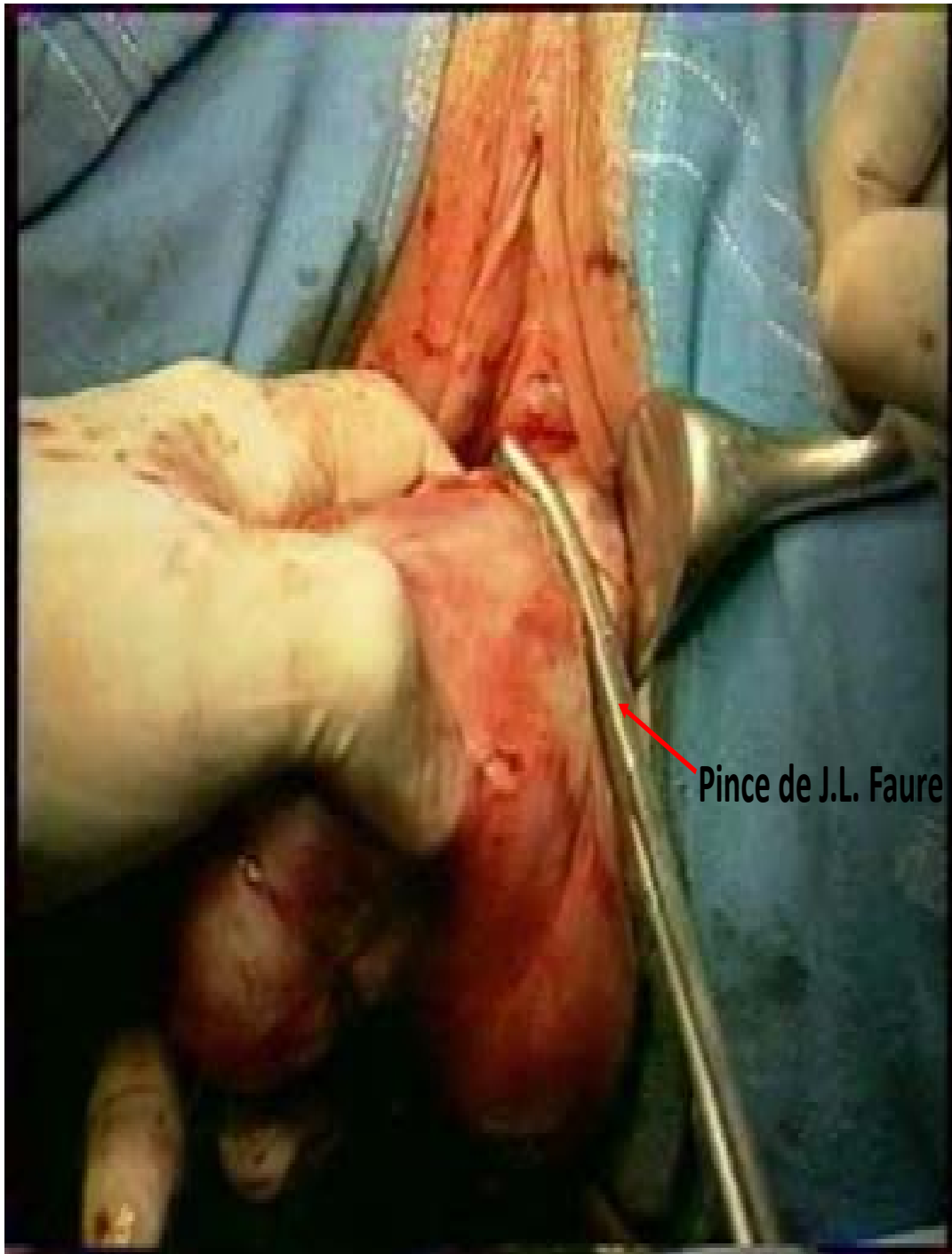
Ligature des art. utérines

- **Artère Utérine**



Pinces de Bengoléa

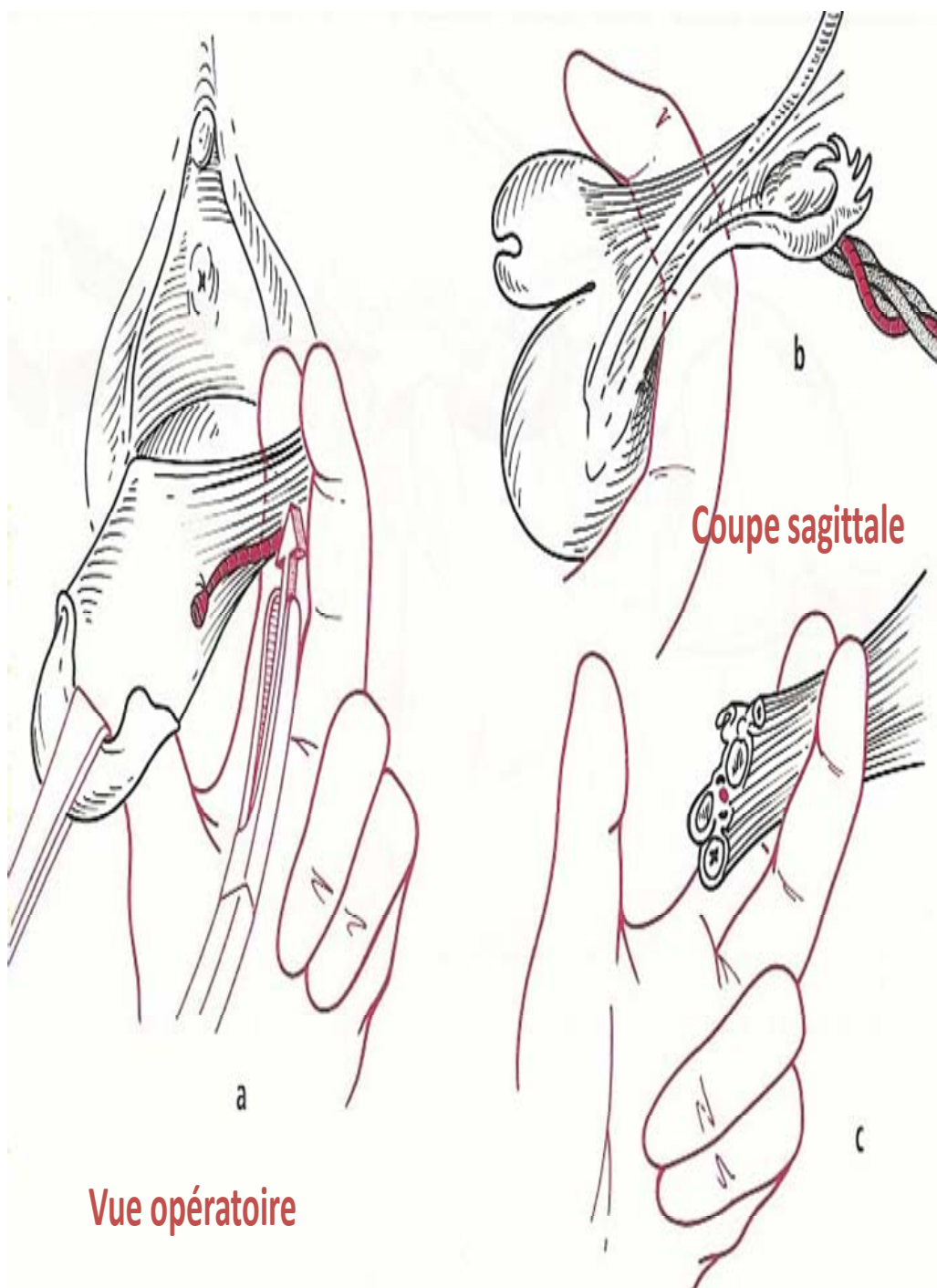
T6-Section du lig. utéro-ovarien



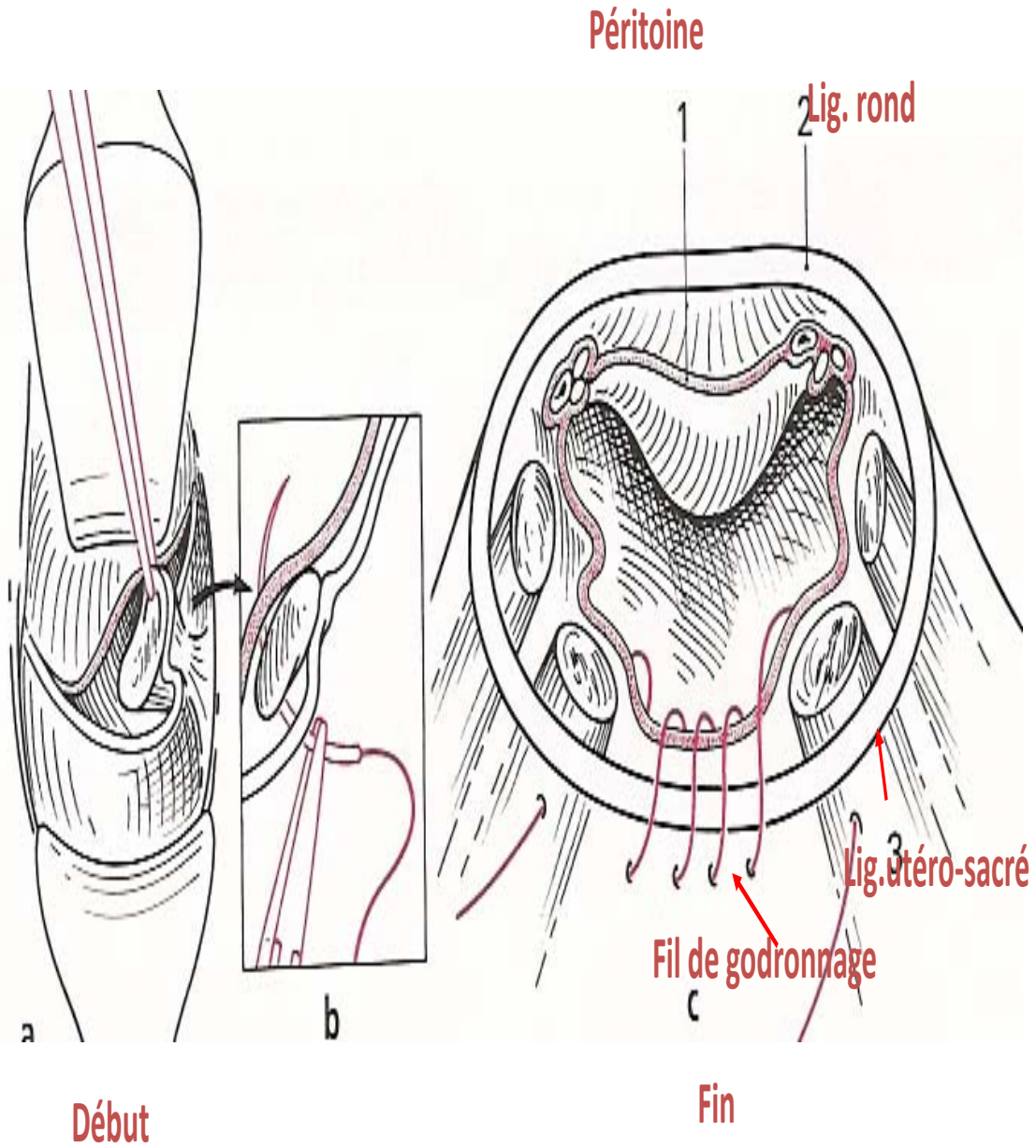
T6-Traitement de lig. utéro-sacrés et art. utérine



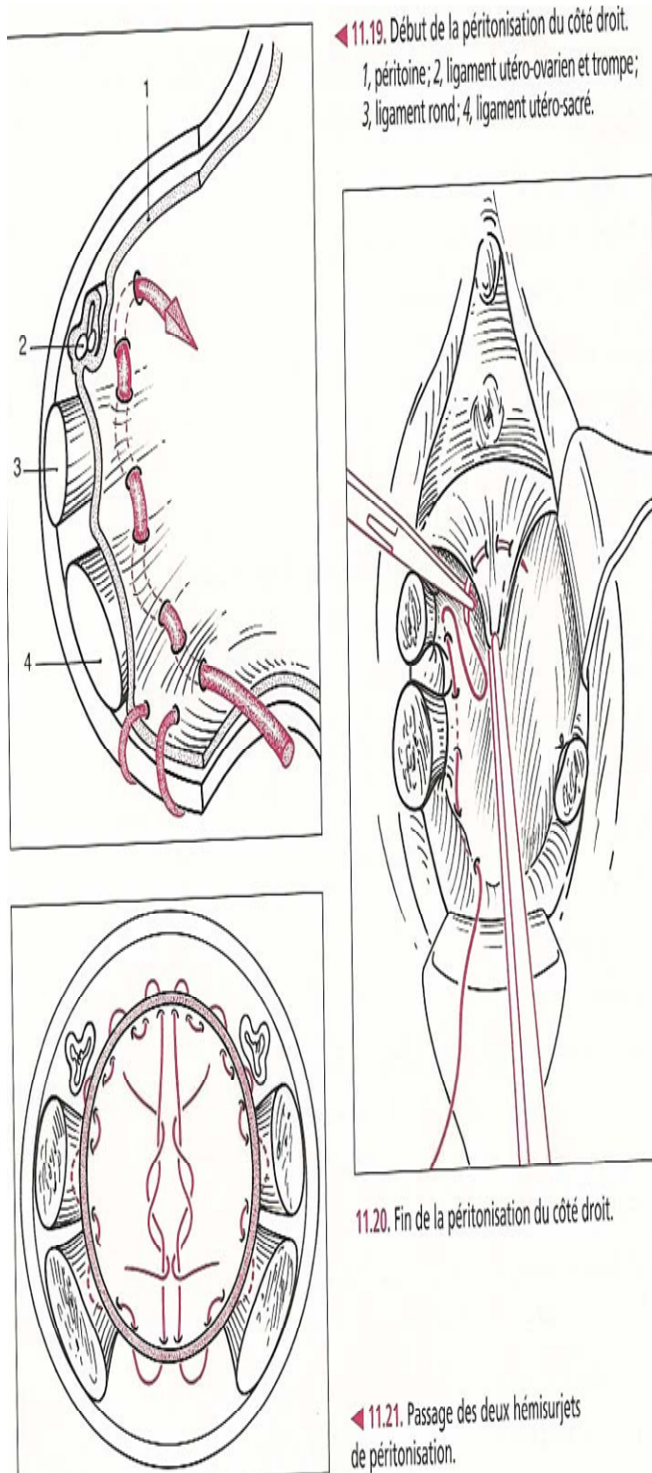
T7-Vérification de l'hémostase



Godronnage de la tranche vaginale postérieure



Péritonisation



2.2 Les variantes et difficultés

2.2.1 Castration

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

2.2.2 Difficultés d'accès au cul de sac de Douglas

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

Une incision supplémentaire vaginale verticale médiane postérieure peut également être réalisée afin de s'éloigner de l'utérus et de bénéficier d'un jour meilleur.

En cas des difficultés persistantes, on peut également réaliser l'hémostase des utérines, voire même débiter une hémisection antérieure ou mieux un évidement sous-séreux sans voir le Douglas qui sera alors ouvert à la faveur de la descente utérine provoquée par ces manœuvres.

2.2.3 Difficultés d'accès au cul de sac vésico-utérin

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

2.2.4 Difficultés d'accès au fond utérin

Observées en cas de volume utérin plus important faisant obstacle du fait d'un accès vaginal insuffisant. Nous décrivons successivement 5 procédés susceptibles de permettre sa réduction :

* L'évidement sous-séreux : il s'agit du procédé de LASH, récemment remis à l'honneur par KOVAC et QUERLEU [24]. Sa technique consiste à inciser circulairement sur une profondeur de 5 mm de l'isthme utérin permettant ainsi d'accéder à un plan séparant la couche plus externe du myomètre de la surface séreuse de la masse utérine. Cette dernière est alors progressivement extraite du pelvis sans léser la couche externe et donc sans danger annexiel ou viscéral. Amorcée au bistouri froid, l'incision est poursuivie aux ciseaux droits forts circonférenciellement et sous la protection de 4 valves situées aux 4 points cardinaux. Ce plan totalement exsangue, toujours bien défini est présenté aux ciseaux par une forte traction sur le col. La masse descend progressivement jusqu'au point où le fond utérin bascule spontanément, ce qui survient souvent avant que l'évidement ne soit complet.

Cette méthode a l'avantage de ne pas ouvrir la cavité utérine et de protéger la surface séreuse du fond utérin dont le chirurgien ne sait pas encore si elle est libre d'adhérences. Elle peut également être conduite même si un des culs de sac péritonéaux n'est pas ouvert.

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

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

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

* La myomectomie première

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

2.2.5 L'épisiotomie

Elle a son utilité toutes les fois que l'étroitesse du vagin pose un problème technique. Cette épisiotomie peut être réalisée d'emblée quand on pressent que

les temps initiaux seront difficiles. Elle peut être faite également au moment de l'extériorisation de la pièce.

La technique est à moduler en fonction des conditions anatomiques.

Si le vagin est étroit sur toute sa hauteur, ce qui est le cas le plus souvent, on a recours à l'épisiotomie médio- latérale.

Si le vagin est rétréci dans son tiers inférieur uniquement, ce qui le plus souvent est la conséquence de la cicatrisation vicieuse d'une déchirure obstétricale ou de la réparation incorrecte d'une insuffisance périnéale, on conseille plutôt l'épisiotomie médiane.

La bride vestibulaire est tendue entre l'index et le médus de la gauche courbé en crochet et écartés l'un de l'autre, on coupe, sur la ligne médiane, au bistouri, le revêtement cutané et le bloc cicatriciel sous- jacent. La suture de l'épisiotomie se fait en fin d'intervention.

2.2.6 Adhérences pelviennes

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

2.2.7 Triple opération périnéale avec hystérectomie :

La triple opération périnéale (TOP) avec hystérectomie est l'opération de choix dans le traitement des formes habituelles du prolapsus génital.

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

- La plastie antérieure ou colporraphie antérieure.
- L'hystérectomie.
- La plastie postérieure ou colporraphie postérieure.

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

2.2.8 L'assistance coelioscopique à l'hystérectomie vaginale

Trois circonstances peuvent être envisagées :

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

- L'hystérectomie coelio-vaginale : cette technique associée à la coelioscopie diagnostique première le traitement per coelioscopique des difficultés gênantes, voire rendant impossible, l'hystérectomie vaginale simple.

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

F- INDICATIONS

*** Systématique pour lésions bénignes de l'utérus**

- Fibrome utérins
- Prolapsus génitaux
- Hémorragies rebelles
- Endométrioses

*** Cancer in situ du col**

*** Cancer de l'endomètre**

*** Et en règle :**

« La voie vaginale doit être préférée toutes les fois que les conditions anatomiques le permettent et toutes les fois que la nature des lésions à traiter ne l'empêche pas » [24].

1. Conditions anatomiques

Les conditions anatomiques qui sont nécessaires pour que l'hystérectomie vaginale puisse être réalisée sont : arcade pubienne ouverte, périnée souple, vagin ample, appareil ligamentaire complaisant.

Ces conditions ne sont en général pleinement remplies que chez les femmes ayant une ou plusieurs fois accouché par les voies naturelles. La multiparité, n'est toute fois une garantie. La nulliparité, à l'inverse, ne présente pas automatiquement une contre-indication.

1.1 Ouverture de l'arcade pubienne

Pour pouvoir opérer confortablement par voie basse, il faut que l'arcade pubienne soit suffisamment ouverte. Le critère sur lequel on se base en obstétrique pour la perméabilité du détroit inférieur s'applique aussi à la chirurgie : quand on peut insérer son poing entre les deux tubérosités ischiatiques, l'espace, a priori, est suffisant. Dans le cas contraire, on peut s'attendre à des difficultés.

1.2 Souplesse du périnée

La souplesse du périnée est indispensable pour pouvoir opérer par voie basse. On apprécie cette souplesse par le toucher en déprimant la fourchette vulvaire.

Quand le périnée se laisse mal déprimer, la contre-indication n'est pas absolu.

La résistance est souvent due à une contraction réflexe des muscles élévateurs et elle cédera sous anesthésie. Si elle ne cède pas, et quand elle est due à une sclérose cicatricielle en particulier, on peut la vaincre en faisant une épisiotomie.

1.3 Amplitude du vagin

Il est indispensable, pour pouvoir accéder au col utérin et en couper les ligaments, que le vagin ait une amplitude suffisante. Le toucher permet d'en juger. Quand l'index et majeur peuvent tout juste être introduits et qu'il n'est pas possible de les écarter franchement, l'hystérectomie sera difficile ou impossible.

Si la sténose ne concerne que le fourreau, l'épisiotomie peut représenter une solution (mais à n'appliquer que dans les cas où toutes les autres conditions sont par ailleurs favorables : éviter de faire une épisiotomie et de se trouver finalement contraint à terminer par en haut).

1.4 Laxité de l'appareil ligamentaire

La laxité de l'appareil ligamentaire (ligaments utéro-sacrés) et ligaments cardinaux) est la plus importante des conditions anatomiques requises pour exécuter facilement l'hystérectomie vaginale.

2- Contres indications

* Volume utérin > taille d'une grossesse de 14 SA

* Adhérences pelviennes sévères:

- Post-endométriosiques
- Post-infectieuses

* Tumeurs de l'ovaire suspectes

* Absence de mobilité à l'examen clinique

* ATCD pexies utérines, promonto-fixation, ligamentopexies

G .Suites opératoires et complications des hystérectomies :

Après une hystérectomie programmée, les suites opératoires sont simples en général.

Cependant, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir :

1. Mortalité

Plusieurs études ont permis de constater la diminution progressive de la mortalité que l'on observe depuis les débuts de l'hystérectomie. La série récente la plus importante concerne celle de WINGO en 1985 reprenant les chiffres par la "commission on Professional and hospitalactivity" de 1979 à 1980 (31).

Toutes indications confondues, on relève 3.1 décès pour 10000 en cas d'hystérectomie vaginale.

2. Incidents et accidents per opératoires

2.1 Hémorragiques

Les séries de la littérature sont difficilement comparables en raison des critères différents retenus afin d'estimer ces hémorragies, au cours des hystérectomies vaginales. Leur fréquence est plus élevée au cours des hystérectomies vaginales pour prolapsus génital où une Colporraphie antérieure et postérieure s'impose. Les grandes hémorragies sont exceptionnelles, elles sont dues au lâchage de la ligature de l'artère utérine ou du pédicule lombo- ovarien.

2.2 Plaies vésicales

Ces complications sont plus fréquentes au cours d'une hystérectomie vaginale. Elles s'observent particulièrement en cas d'antécédents chirurgicaux à type de césarienne. Ce sont le plus souvent des plaies franches d'1 ou 2 cm au niveau du trigone vésical, leur reconnaissance et réparation per opératoire est un élément important afin d'éviter d'éventuelles fistules post opératoires.

2.3 Lésions urétérales

Elles sont rares et peuvent survenir au cours de la ligature des pédicules lombo-ovariens au niveau du croisement de l'uretère avec les vaisseaux iliaques ou lors de la ligature de l'artère utérine.

2.4 Lésions digestives

Recto- sigmoïdienne le plus souvent elles peuvent également concerner l'intestin.

2.5 Citons enfin la décision de changement de voie

D'abord avec passage par voie abdominale qui relève néanmoins plus d'une difficulté opératoire ou d'une erreur d'indication que d'une complication vraie.

2.6 Les suites post opératoires normales

Le premier lever peut se faire le soir même. Dès le lendemain la mèche et la sonde vésicale sont enlevées.

La sortie peut être autorisée dès le 5ème jour après qu'un toucher vaginal aura confirmé l'absence de tuméfaction ou d'infiltration pelvienne anormale.

La convalescence dure 4 à 6 semaines.

3. Complications post opératoires [24]

3.1 Morbidité

Principalement représentée par les fièvres inexplicables supérieures à 38°C après les 24 premières heures suivant l'intervention. Elles sont moins fréquentes en cas d'hystérectomie vaginale simple sans geste urinaire associé. Pour DICKER : 7,2 % Après hystérectomie vaginale.

3.2 Hémorragies post opératoires

Rarement brutales, souvent dues à une infection vaginale ou à un Granulome inflammatoire. Elles seraient deux fois moindres en cas d'hystérectomie vaginale qu'en cas d'hystérectomie abdominale d'après DICKER

3.3 Les complications digestives

Les occlusions intestinales sont très rares, et la durée de la reprise du transit est courte dans les hystérectomies par voie vaginale.

3.4 Les complications thromboemboliques

Il s'agit là du principal avantage des hystérectomies vaginales sur les hystérectomies abdominales en raison de l'incidence directe sur les chiffres de mortalité. Cette réduction pour les hystérectomies vaginales serait liée aux pertes sanguines moins abondantes, à la durée opératoire moindre et aux suites opératoires plus simples, moins algiques, autorisant le lever précoce.

3.5 Les infections urinaires

Observées surtout en cas de geste urinaire associé, leur fréquence serait augmentée en cas de drainage vésical.

3.6 Complications infectieuses

Il s'agit d'après DARGENT, des complications les plus fréquentes des hystérectomies vaginales même si DICKER retrouve une fréquence équivalente en cas d'hystérectomie abdominale.

L'usage de l'antibiothérapie prophylactique pré opératoire semble avoir nettement diminué leur fréquence. Elles regroupent aussi bien l'infection vaginale, l'abcès vaginal, l'annexite, pelvipéritonite, l'abcès pelvien et la péritonite généralisée.

3.7 Hématome vaginal

3.8 Eviscération vaginale : exceptionnelle

3.9 Granulome vaginal : accessible dans l'immense majorité des cas à un simple traitement par nitrate d'argent

3.10 Fistules vésico-vaginales : pouvant survenir en Cas de plaie vésicale passée inaperçue.

3.11 Complications exceptionnelles : prolapsus des trompes au travers du vagin

4. Complications post opératoires tardives :

4.1 Douleurs pelviennes

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

4.2 Troubles statiques

A type de rectocèle ou surtout d'élytrocèle (jusqu'à 8.5 % : FERAZE).

Pathologies vaginales à type de raccourcissement vaginal : coït douloureux, sécheresse vaginale.

4.3 Troubles psychiatriques

La plus part des auteurs décrivent une symptomatologie dépressive, mais également des troubles à type d'insomnie ou d'anxiété. Un traitement par androgènes pourrait s'avérer profitable [24] .

4.4 Carcinome in situ du vagin

S'observe après hystérectomie réalisée pour dysplasie cervicale ou carcinome in situ. Cette indication justifierait la réalisation de frottis tous les 2 ou 3 ans WIENER,

4.5 Grossesse extra-utérine

Pourrait survenir en cas de prolapsus d'une trompe dans le vagin ou de fistule vagino- péritonéale.

4.6 Modifications sexuelles

Elles sont d'exploration difficile et les résultats dans la littérature sont souvent contradictoires [23] . CARUSO [23] retrouve chez 56 % des patientes après hystérectomie une diminution du désir sexuel en fréquence ou qualité contre 4 % d'amélioration.

4.7 Les risques cardio-vasculaires

PUNNONEN retrouve chez des patientes pré ménopausées ayant bénéficié d'une hystérectomie l'apparition des pathologies cardiaques à type de mort brutale,

d'hypertension artérielle ou arythmie. D'après cet auteur, l'utérus présenterait une sécrétion hormonale prévenant les pathologies cardio-vasculaires.

4.8 Complications de la transfusion sanguine

Bien qu'elles ne puissent être attribuées directement à l'acte opératoire, elles font partie des complications liées à l'hystérectomie quand celle-ci entraîne le recours à une compensation transfusionnelle des pertes.

Il n'en demeure pas moins un taux très faible des complications, en particulier les contaminations virales à révélation tardive (hépatites B et C, SIDA).

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service de gynéco obstétrique de l'hôpital du Mali.

Textes régissant l'hôpital du Mali

Hôpital de 3^{ème} référence, situé sur la rive droite du fleuve Niger en commune VI du district de Bamako ; l'Hôpital du Mali est un don de la République Populaire de Chine à la République du Mali. Il a été inauguré en 2010 et équipé en grande partie par le partenaire chinois.

Les infrastructures :

Il comprend essentiellement :

- Un bloc d'admission et administratif comprenant
 - Au rez de chaussée : la consultation externe (médecine, gynécologie et pédiatrie), le bureau des entrées, la pharmacie hospitalière, les urgences, la réanimation et la salle de dépistage du col de l'utérus ;
 - Au premier étage : les bureaux de la direction, les explorations fonctionnelles (endoscopie, échographie), les consultations externes (neurochirurgie, traumatologie, chirurgie thoracique, ORL), service informatique médicale, acupuncture et les bureaux de la mission médicale chinoise

Un bloc technique qui comprend

- Au rez de chaussée : la biologie et l'imagerie médicale.
- Au premier étage : le bloc opératoire, les bureaux des chefs de service (chirurgie thoracique, santé publique et audit Interne, neurochirurgie, le service social, maintenance biomédicale, les bureaux des maîtres assistants), le chef du personnel, de la billetterie et la salle de vidéo conférence ;
- Un bloc d'hospitalisation qui comprend
 - Au rez de chaussée : la pédiatrie, la médecine (endocrinologie, cardiologie) ;
 - Au premier étage : les chirurgies (neurochirurgie, traumatologie, gynécologie et chirurgie thoracique) et la kinésithérapie.
- Autres infrastructures
 - La station d'incinération de déchets biomédicaux ;
 - Les maisons d'astreinte ;
 - Le centre de Radiothérapie et d'Oncologie-médicale.

Les services de l'hôpital du Mali

L'Hôpital du Mali compte sept (7) services de soins médicaux, deux (02) services d'aide au diagnostic et douze (12) services de gestion et de soutien.

Les services de soins médicaux :

- le service de gynécologie ;
- le service de médecine interne ;
- le service anesthésie-réanimation ;
- le service de la chirurgie thoracique ;
- le service de la neurochirurgie ;
- le service des urgences ;
- le service de la pédiatrie.

Les services d'aide au diagnostic :

- le laboratoire d'analyse médical ;
- l'imagerie médicale.

Les services de gestion et de soutien :

- la direction générale ;
- le surveillant général ;
- le service de la pharmacie hospitalière ;
- le service social ;
- le service de santé publique
- le service informatique ;
- l'audit interne ;
- le service de la maintenance ;
- le service administratif et financier (SAF) ;
- l'agence comptable ;
- la comptabilité matière ;
- le bureau des entrées (enregistrements).

En plus de ces services, il existe également cinq (5) unités :

- Kinésithérapie ;
- ORL ;
- Stérilisation ;
- Acupuncture ;
- traumatologie-orthopédie.

Le service de gynécologie comporte :

- deux salles pour les consultations externes
- une salle de dépistage du cancer du col
- quatre salles d'hospitalisations dont une salle VIP ; une salle a deux lits ; a quatre lits ;
- et à huit lits

Le personnel se compose de :

- Trois médecins gynécologues obstétriciens, dont un professeur qui est le chef de service
- Quatre sages-femmes
- Trois infirmières obstétriciennes,
- Trois contractuelles qui assurent la garde

Les activités du service sont programmées comme suit :

- Deux jours pour les consultations gynécologiques et obstétricales : Lundi et Mercredi
- un jour de dépistage du cancer du col : vendredi
- Deux jours d'intervention chirurgicale pour les patientes programmées : Mardi et jeudi
- Une visite quotidienne des malades hospitalisées.

L'hôpital compte vingt neuf (29) médecins dont trois (03) professeurs et quatre (04) maîtres assistants.

L'équipe chinoise

Dans le cadre de la coopération bilatérale entre la République du Mali et la République Populaire de Chine, il existe au niveau de l'hôpital une équipe médicale chinoise composée de trente un (31) agents.

La capacité d'accueil de l'hôpital du mali

L'hôpital du Mali a une capacité actuelle de cent trente-quatre (134) lits d'hospitalisation. Cette capacité doit progressivement atteindre quatre cent (400) lits conformément au Projet d'Établissement Hospitalier et grâce à la possibilité d'extension sur une superficie de plus de quinze (15) hectares disponibles. Ce développement progressif permettra de répondre à la plupart des besoins de référence de l'ensemble des populations du Mali. Il permettra aussi de renforcer les capacités de formation de nos futures professionnels de santé, dans un établissement qui est érigé en Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de fait.

2- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui s'est déroulée au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Mali.

Allant de Février 2014 à janvier 2015

3- Population d'étude :

Les Patientes qui ont bénéficiés une intervention chirurgicale pendant la période d'étude.

4-Echantillons :

L'échantillon a été constitué de toutes les femmes qui ont été opérer pendant la période d'étude.

Critère d'inclusion :

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Mali.

Critère de non inclusion :

Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Mali.

-Toutes les hystérectomies voie abdominale.

- Toute autre intervention au service de gynécologie et d'obstétrique.

Type d'échantillonnage :

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif portant sur toutes les femmes admises pour hystérectomie par voie vaginale dans le service pendant la période d'étude.

5- Support des données :

Un questionnaire a servi de support à la collecte ;

Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes, le registre de compte rendu opératoire.

6- Les variables

Les variables étudiées sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I

Nom de la variable	Type de variable	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative continue	Année	Interview lecture
Statut matrimonial	Qualitative catégorielle	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	Interview
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1=évacuée 2=référée 3=auto référée	Lecture
Ethnie	Qualitative	1=bambara 2=malinké 3=soninké 4=etc.	Interview&lecture
Indication	Qualitative dépendante&indépendante	1= HRP 2=Rupture utérine 3=Hémorragie de la délivrance 4=etc.	Lecture
Parité	Qualitative	1=primipare 2=multipare 3=grande multipare	Interview&lecture
Température	Quantitative discontinue	°C	Examen physique, Lecture
TA	Quantitative discontinue	Cm Hg	Examen physique, Lecture
HB	qualitative	g/dl	Lecture
Type	Qualitative catégorielle	1= H. Total 2= H. Subtotal	Lecture
Coût	Quantitative	Franc CFA	Interview&lecture
Poids	Quantitative	Kilogramme	Lecture

7-Aspect Ethique :

- Nous avons tenu à la préservation de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

- Notre étude n'a porté aucun préjudice aux patients inclus dans l'étude, mais a contribué plutôt à une meilleure connaissance de la technique de l'hystérectomie vaginale pour une meilleure prise en charge.

- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne renfermaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques et pronostiques sur le patient ayant subi l'hystérectomie.

- Un consentement éclairé des patients a été demandé et obtenu avant l'intervention

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

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel SPSS 22.

Les graphiques ont été faits avec Excel 2013.

Le document a été saisi et mis en forme avec Word 2013

9-Préparation de la patiente :

Toutes les patientes ont bénéficié :

- d un examen gynécologique et général
- d un bilan biologique et /ou radiologique
- d une consultation pré anesthésique.

10- Définitions opératoires

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

Prolapsus génital : Toute saillie permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci de toute ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum, ou des culs de sac péritonéaux adjacents ainsi que du fond vaginal solidaire [15] .

Fibrome utérin : Tumeur bénigne du muscle lisse, arrondi dure, élastique limitée par une pseudocapsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est la myomectomie) [15] .

Polype : Fibromes endo cavitaire pédiculisés ou glandulaire dystrophiques localisés de l'endomètre (uniques ou multiples).

V- RESULTAT

A .Fréquence : Au cours de la période d'étude, nous avons pratiqué 37 hystérectomies vaginales sur 519 interventions chirurgicales soit une fréquence de 7,12 % de l'ensemble des interventions colligées dans le service.

Tableau I : Répartition selon le type d'intervention

Intervention chirurgicale	Nombre	Pourcentage
Césarienne	80	15,41%
Polymyomectomie	108	20,81%
Hystérectomie abdominale	20	3,85%
Hystérectomies voie basse	37	7,13%
kystectomie	60	11,56%
Cœlioscopie opératoire	90	17,34%
Cœlioscopie diagnostic	20	3,85%
Séquelles d'excision	30	5,78%
Hystéroscopie	20	3,85%
Cure de cystocèle	54	10,40%
Total	519	100%

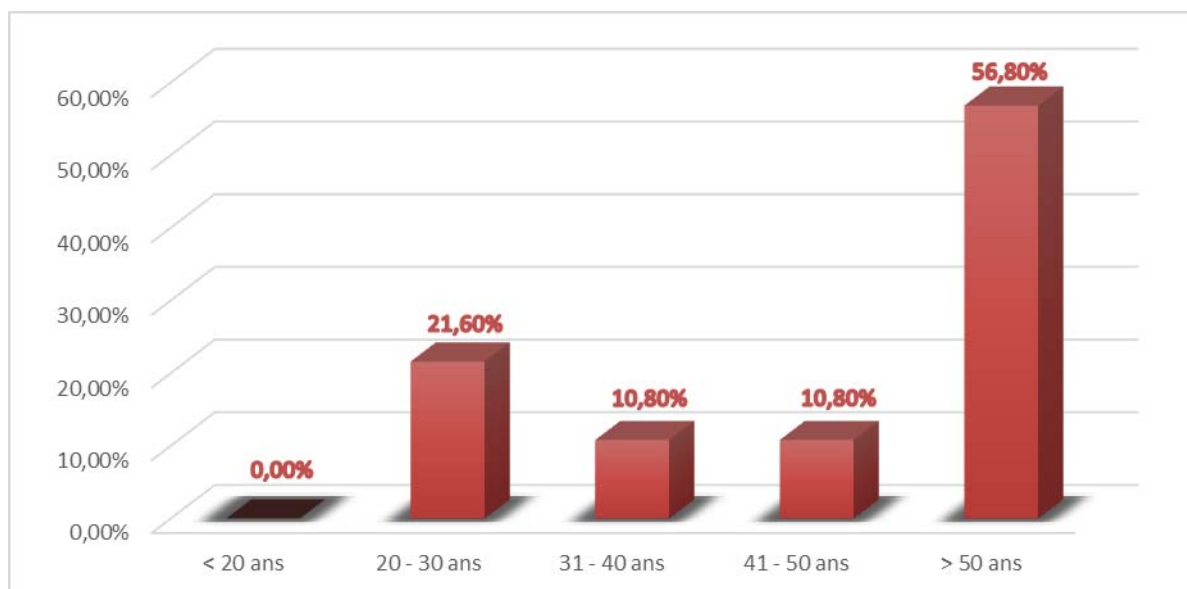


Figure 1 : Répartition en fonction de la tranche d'âge

Tableau II : Répartition en fonction de l'ethnie

Ethnie	Nombre	Pourcentage
Bambara	16	43,2%
Malinké	2	5,4%
Peulh	5	13,5%
Maure	5	13,5%
Sarakolé	2	5,4%
Total	37	100,0%

Tableau III : Répartition en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Nombre	Pourcentage
Mariée polygame	14	37,8%
Mariée monogame	18	48,6%
Célibataire	2	5,4%
veuves	3	8,1%
Total	37	100,0%

Tableau IV : Répartition en fonction de la profession

Profession	Nombre	Pourcentage
Ménagère	32	86,5%
Commerçante	1	2,7%
Fonctionnaire	3	8,1%
Total	37	100,0%

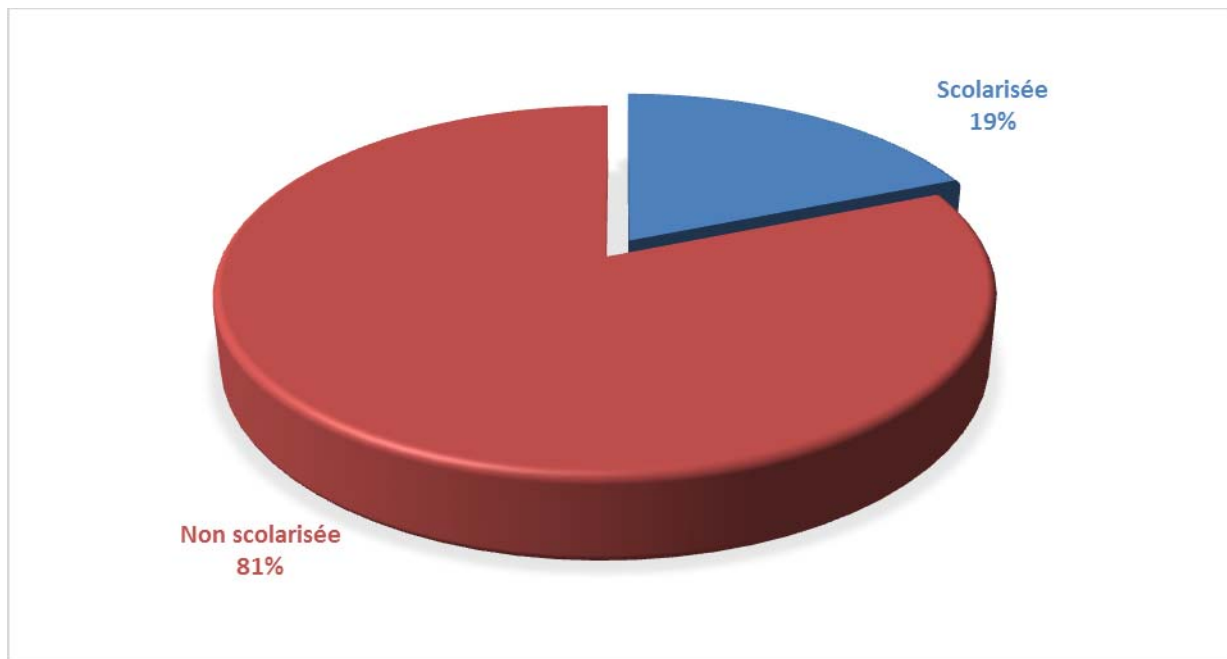


Figure 2 : Répartition en fonction de la scolarité

Tableau V : Répartition en fonction de la provenance

Provenance	Nombre	Pourcentage
Bamako	31	83,8%
Hors Bamako	6	16,2%
Total	37	100,0%

Tableau VI : Répartition en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Nombre	Pourcentage
Venue d'elle même	36	97,3%
Référée	1	2,7%
Total	37	100,0%

Tableau VII : Répartition en fonction du motif de consultation

Motifs de consultation	Nombre	Pourcentage
Douleurs pelviennes	6	16,2%
Métrorragies	4	10,8%
Prolapsus génital	22	59,5%
Sensation de masse pelvienne	4	10,8%
Saignements post coïtaux	1	2,7%
Total	37	100,0%

Tableau VIII : Répartition en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Nombre	Pourcentage
HTA	2	5,4%
Diabète	1	2,7%
Ulcère gastroduodénale	3	8,1%
Aucun	31	83,8%
Total	37	100,0%

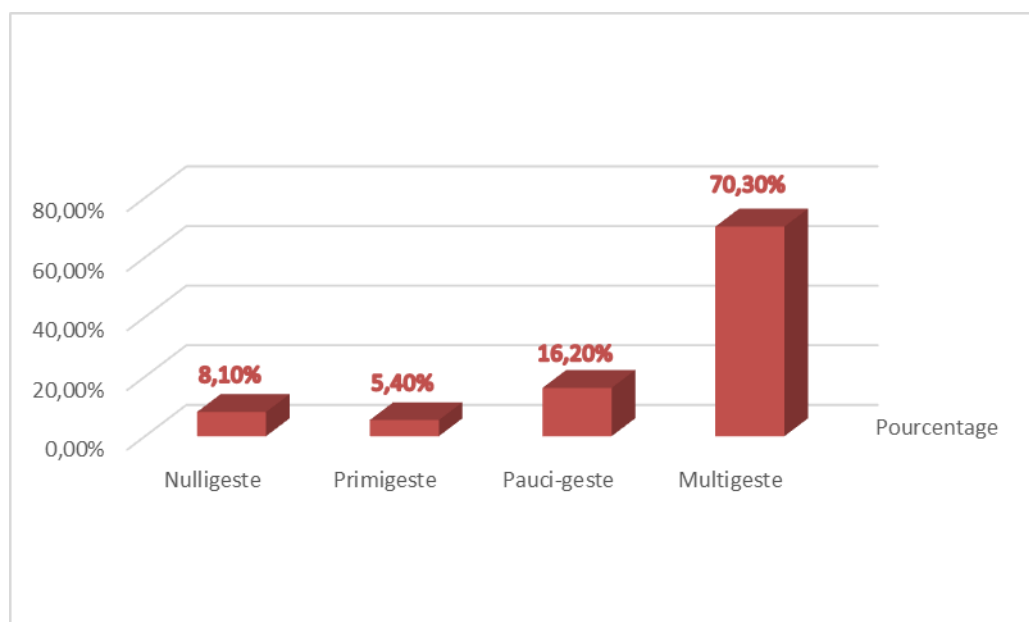


Figure 3 : Répartition en fonction de la gestité

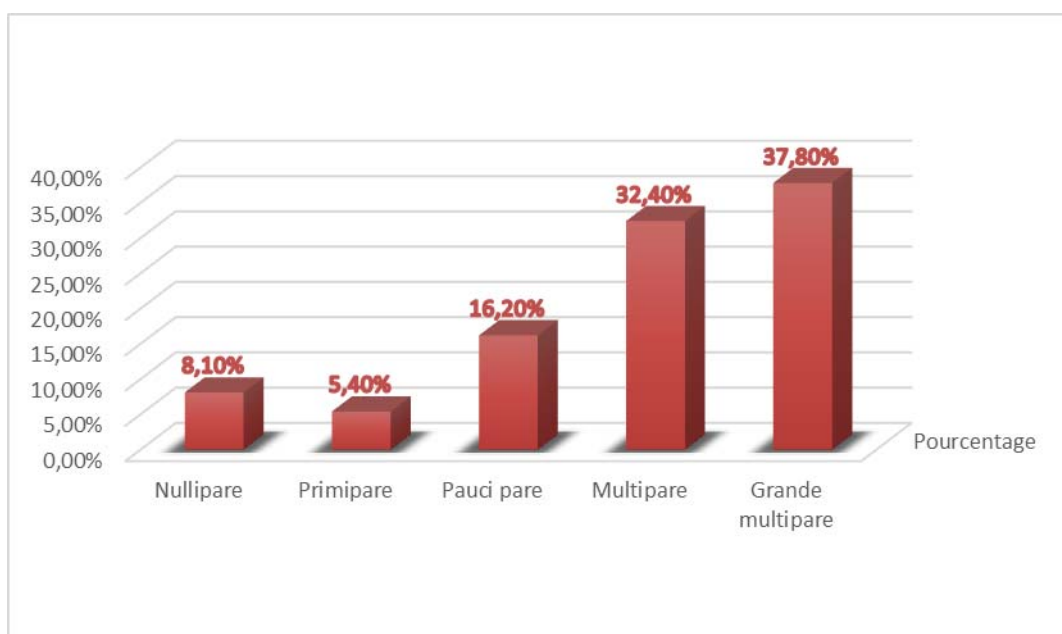


Figure 4 : Répartition en fonction de la parité

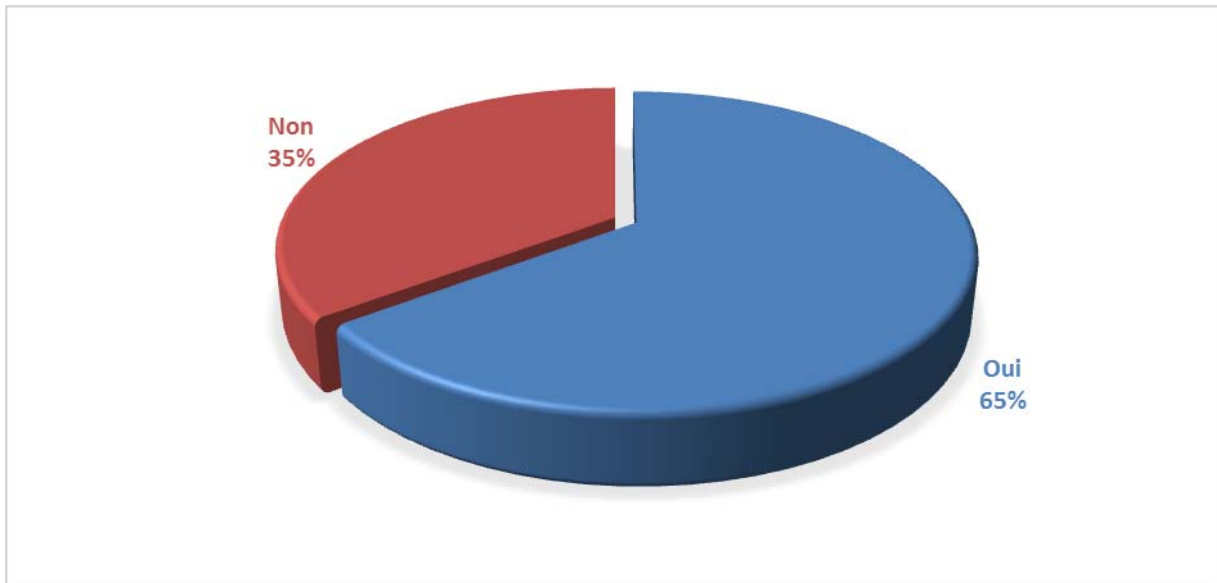


Figure 5 : Répartition en fonction de la ménopause

Tableau IX : Répartition en fonction de l'état général

Etat général	Nombre	Pourcentage
Bon	35	94,6%
Passable	2	5,4%
Total	37	100,0%

Tableau X : Répartition en fonction du diagnostic

Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Fibrome utérin	3	8,1%
Prolapsus utérin	27	73,0%
Meno-métrorragies rébelles	3	8,1%
Néo du col in situ	4	10,8%
Total	37	100,0%

Tableau XI : Répartition en fonction du résultat du test du cancer du col

Test de dépistage	Nombre	Pourcentage
Positif (IVA / IVL)	4	10,8%
Négatif	24	64,9%
Non faite	9	24,3%
Total	37	100,0%

Tableau XII : Répartition en fonction du résultat anatomopathologique de la biopsie

Résultat de la biopsie	Nombre	Pourcentage
Cancer in situ	4	10,8%
Non fait	26	70,3%
Normale	7	18,9%
Total	37	100,0%

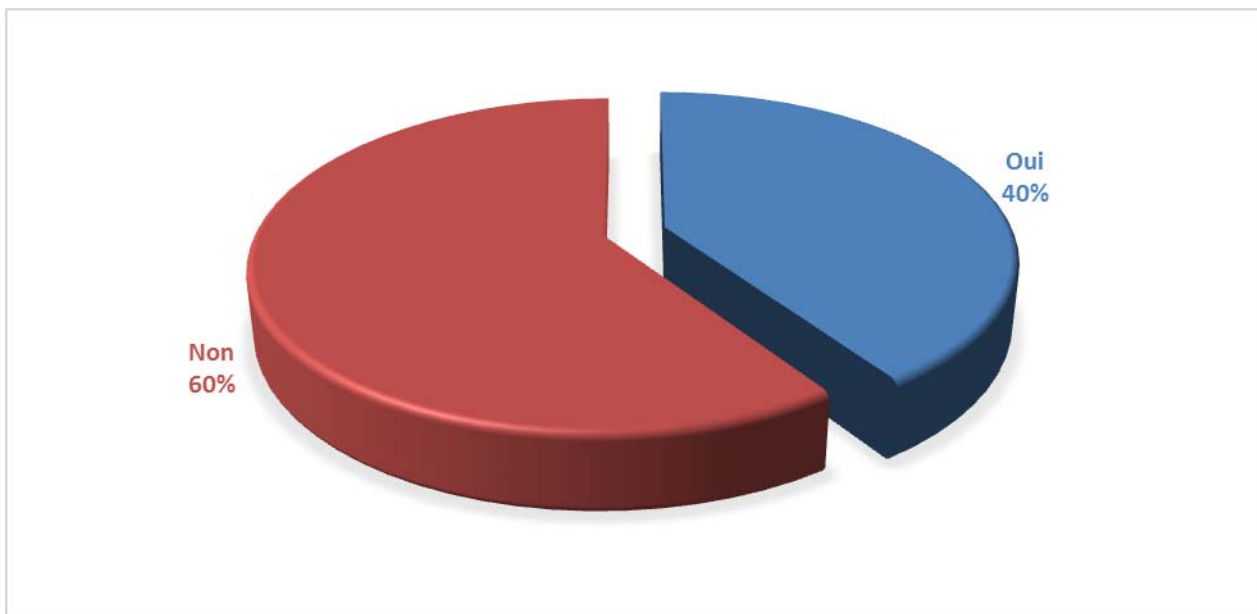


Figure 6 : Répartition en fonction de la réalisation de l'échographie pelvienne

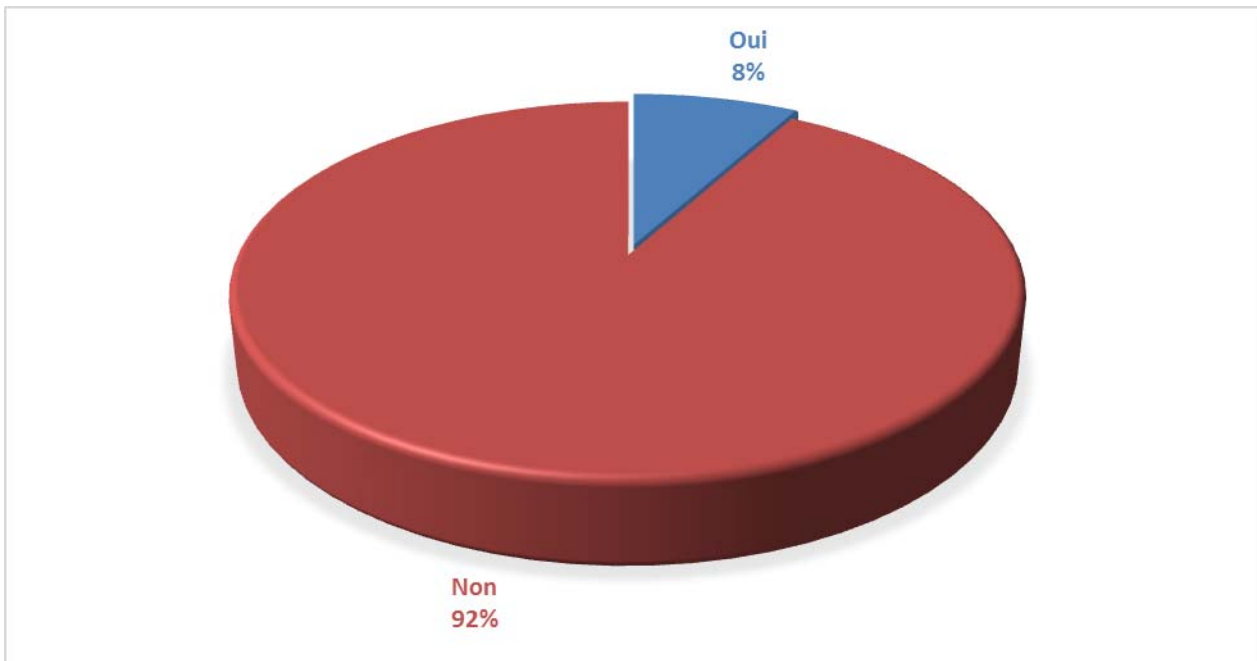


Figure7 : Répartition en fonction de la réalisation de l'hystérosalpingographie

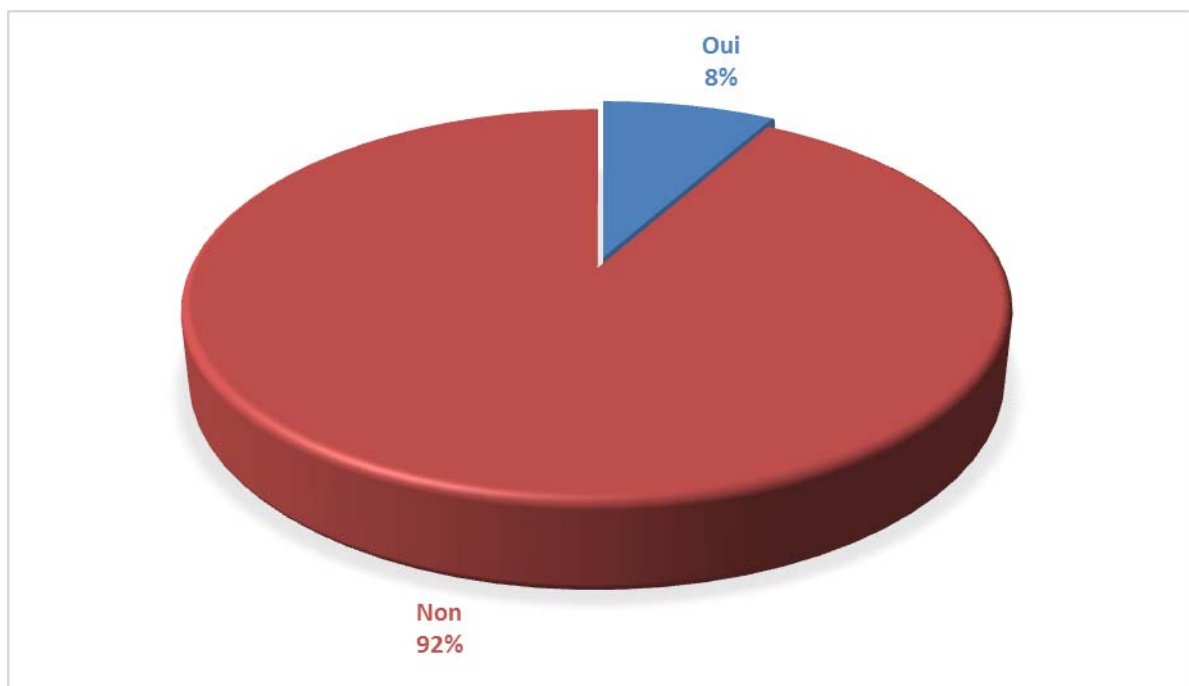


Figure 8 : Répartition en fonction de la réalisation de la radiographie du thorax

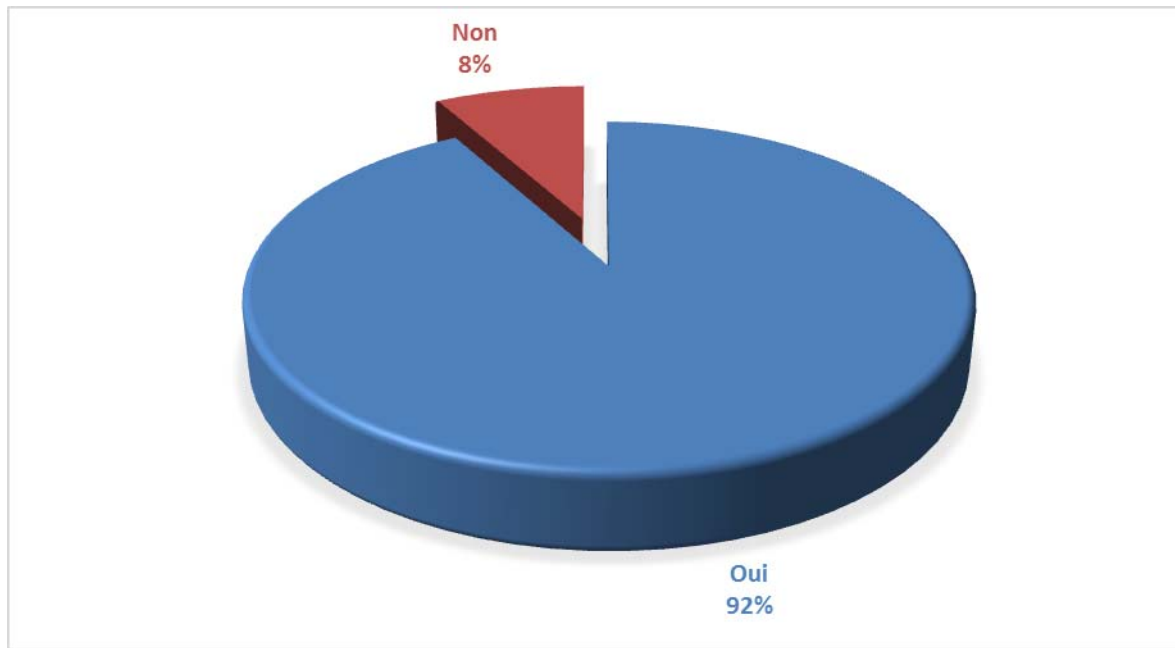


Figure 9 : Répartition en fonction de la réalisation d'une consultation pré anesthésique

Tableau XIII : Répartition en fonction du type d'hystérectomie réalisé

Type d'hystérectomie	Nombre	Pourcentage
Hystérectomie totale avec conservation des annexes	32	86,5%
Hystérectomie avec annexectomie unilatérale	1	2,7%
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale	4	10,8%
Total	37	100,0%

Tableau XIV : Répartition en fonction de la qualification de l'opérateur

Qualification de l'opérateur	Nombre	Pourcentage
Gynécologue Obstétricien	37	100,0%
Chirurgien	0	0,0%
Total	37	100,0%

Tableau XV : Répartition en fonction du type d'anesthésie utilisé

Type d'anesthésie	Nombre	Pourcentage
Loco régionale	36	97,3%
Générale	1	2,7%
Total	37	100,0%

Tableau XVI : Répartition en fonction de la voie utilisée lors l'intervention

Voie utilisée	Nombre	Pourcentage
Vaginale	37	100,0%
Mixte	0	0,0%
Total	37	100,0%

NOUS n'avons enregistré aucune complication

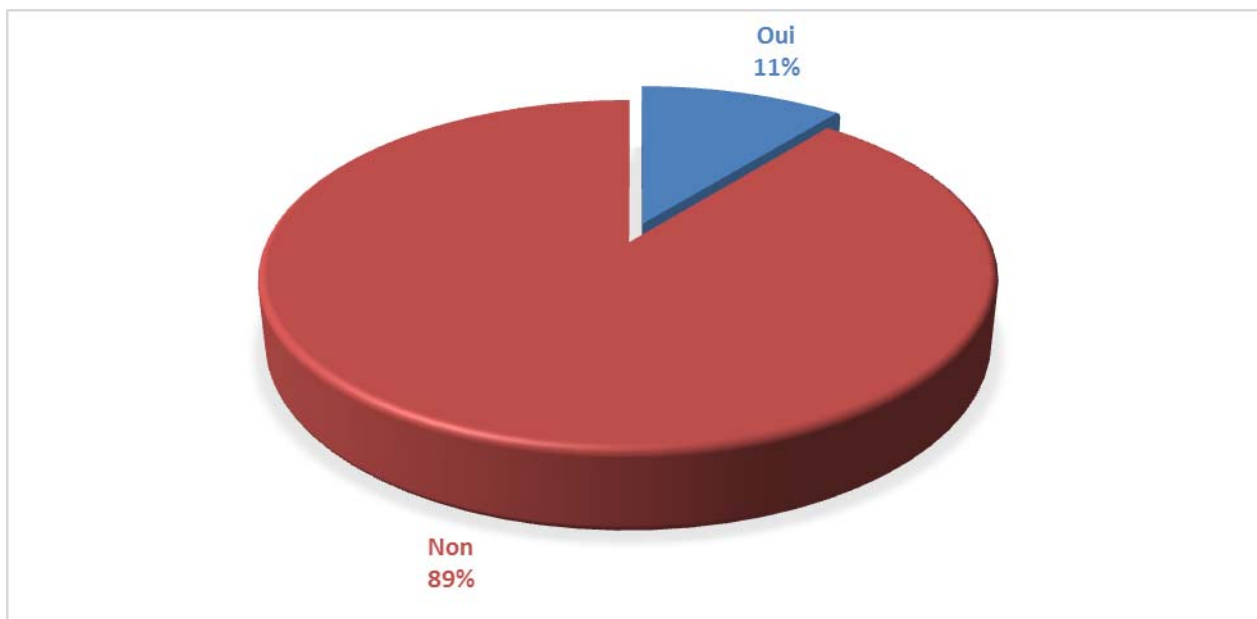


Figure 10 : Répartition en fonction de la réalisation d'une transfusion

Tableau XX: Répartition en fonction de la réalisation d'une antibiothérapie

Antibiothérapie	Nombre	Pourcentage
Oui	30	81,1%
Non	7	18,9%
Total	37	100,0%

Tableau XXI : Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage
< 4 jours	20	54,1%
4 - 5 jours	17	45,9%
Total	37	100,0%

Tableau XXII : Répartition en fonction de l'état à la sortie

Etat à la sortie	Nombre	Pourcentage
Bon	37	100,0%
Mauvais	0	0,0%
Total	37	100,0%

Tableau XXIII : Répartition en fonction de l'opinion

Opinion	Nombre	Pourcentage
Satisfaite	36	97,3%
Inconfort	0	0,0%
Non revu	1	2,7%
Total	37	100,0%

Tableau XXIV : Répartition en fonction du vécu sexuel après l'intervention

Vécu sexuel	Nombre	Pourcentage
Satisfaite	19	51,4%
Pas d'activité sexuelle	18	48,6%
Total	37	100,0%

VI .COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les résultats obtenus dans notre étude ont permis de faire les commentaires et les discussions suivantes :

1-La Fréquence :

Au cours de la période d'étude nous avons pratiqué 37 hystérectomies vaginales sur 57 hystérectomies soit une fréquence de 64,91 % de l'ensemble des interventions colligées dans le service.

Sissoko. S et Mulbah .j ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 25% au Point G de 1995 à 2000 [24] et 22,15% de 2002 à 2004 au CHU Gabriel Toure [6].

Sissoko .S a étudié les hystérectomies vaginale dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du point G sur 5 ans, alors que Mubah J. a fait une étude sur la place de l'hystérectomie vaginale à l'hôpital Gabriel Toure sur 2 ans. Dans ces études la population d'étude était respectivement de 58 cas et 33 cas contre 37 cas pour la nôtre. Cette différence pourrait être due au fait de la durée d'étude et de la taille de l'échantillon.

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

Elle est de 0,53% pour Muteganga et al. [24] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [8] au Sénégal, de 0,07% pour Sosthène Magi-Tsonga et al.

2-Caractéristiques sociodémographiques :

a- Age :

L'âge moyen est de 50 ans dans notre étude avec les extrêmes de 28 et 62ans.

Et la tranche d'âge de 50 à 60 ans a été la plus touchée dans notre étude soit 56,8%.

Par contre chez Sissoko.S la tranche d'âge de 41-50 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 32.5 % et des extrêmes d'âge de 23 et 78 ans Ceci s'explique par le fait que la tranche d'âge 50 à 60 ans correspond à la période ménopausique où la fréquence de prolapsus est souvent exprimée.

b- Niveau socioprofessionnel :

Les ménagères représentaient 86,5%.

3- La parité :

Dans notre étude les grandes multipares représentaient 37,8% et les multipare 32, 4% Par contre chez Sissoko.S les grandes multipares représentaient 69% .Et Mulbah j a trouvé une proportion élevée de multipare soit 60,61% des cas.

Ceci s'explique par le fait que la multiparité joue un rôle important dans la survenue du prolapsus.

4- Caractéristique de la référence :

Toutes les patientes étaient venues d'elles-mêmes.

Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit d'intervention programmée sans caractère d'urgence.

5- motif de consultation :

Dans notre étude, le prolapsus génital a été le principal motif de consultation (59,5%) contre (91,4%) des cas chez Sissoko S [24].

6- antécédents chirurgicaux :

Dans notre série 83,8% patientes étaient sans antécédent chirurgicales contre 93,94% chez Mulbah Ceci s'explique par le fait que les antécédents de chirurgie pelvienne peuvent être déterminants dans le choix de ce type d'intervention

7- l'examen général :

Dans notre étude, presque toutes les patientes avaient un bon état général soit 94,6%. .

8- le diagnostic : Le prolapsus utérin était le plus représenté avec 73% soit 27cas. Ce taux élevé s'expliquerait par les accouchements multiples et laborieux, les gros fœtus qui sont à l'origine des prolapsus dans les pays en développement.

Tous les cas de prolapsus étaient des multipares.

9-Traitement :

a. Traitement chirurgical : L'hystérectomie

Nous avons pratiqué, 37 cas d'hystérectomies par voie basse.

Tous les prolapsus génitaux ont bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale.

Toutes les hystérectomies ont été réalisées avec le consentement des patientes et de leur mari.

b. Traitement médical :

La majorité des patientes n'ont pas été transfusé car les pertes sanguines étaient minimales.

Une antibiothérapie systématique per et post opératoire, un antalgique ont été administrés dans la majorité des cas.

10- Le type d'hystérectomie :

Dans notre étude 86 ;5% patientes ont bénéficié d'une hystérectomie avec conservation des annexes contre 57,2% chez Sissoko.S

Tous les opérateurs étaient des gynéco-obstétriciens.

11- Le type d'anesthésie :

Quant à l'anesthésie ; la locorégionale représentait 97.3 %.

Tous les anesthésistes étaient des D E S sous la supervision d'un anesthésiste réanimateur.

12- Les complications :

Nous avons revu nos patients deux mois après l'intervention.

Nous n'avons pas enregistré de complication. Les pertes sanguines ont été minimes. 11% des patientes seulement ont bénéficiées de transfusion.

Les suites post opératoires ont été simples. Nous n'avons déploré aucun décès et dans 45.9% des cas les patientes sont sorties à j5 post opératoires.

Chez Sidy S. [24] la durée d'hospitalisation était de 7 jours.

13-Etat à la sortie

Étaient bon chez toutes nos patientes dans (100%) des cas.

14- Répercussions psychologiques :

Satisfaisantes chez 97.3% toutes nos patientes.

Et elles ont été informées de l'arrêt brutal des menstruations étant donné que la majorité était déjà ménopause. Certaines étaient satisfaites de ne pas être gêner par le prolapsus.

15- Pronostic :

Dans notre étude les 37 cas d'hystérectomie vaginale ont eu une suite simple. On a enregistré aucune complication ni de décès. Ceci confirme le meilleur pronostic des hystérectomies vaginales par rapport aux hystérectomies abdominales. Témoignant la maîtrise de cette technique.

Le faible taux de mortalité des hystérectomies vaginales, s'expliquerait par le fait qu'elles entrent dans le cadre des interventions programmées, au cours desquelles un certain nombre de bilans complémentaires peuvent être réalisés.

16 .Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne de l'hospitalisation au cours de notre étude a été de 4 jours KOUMA , [13] . et M. Cosson [5] ont respectivement obtenu 6 jours et 4 jours. Elle est de 3 jours en moyenne dans la littérature (6,8) et dépend des complications per et post opératoires, et Certains auteurs américains proposent sa réalisation dans le cadre d'une simple hospitalisation de jour [5]. Dans notre étude la plus courte durée de séjour a été de 3 jours et 5 jours la plus longue durée. Cette longue durée a été observée chez une patiente qui a été opérée à la fin de la semaine.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

L'hystérectomie pose dans notre pays des problèmes d'ordre socio culturel à cause de l'absence des règles et de la stérilité définitive qu'elle entraîne.

Ses indications doivent être pesées. L'introduction des nouvelles techniques thérapeutiques conservatrices de l'utérus sera la bienvenue.

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

2. Les recommandations

A l'issu de notre travail, nous avons formulé les recommandations ci-après à l'endroit :

A la population

Faire des consultations gynécologiques régulières pour toutes les femmes dans le but du diagnostic précoce d'éventuelles pathologies, hautement curables par l'hystérectomie.

Au personnel de santé :

1. Avoir la rigueur dans les indications d'hystérectomie
2. Référer à temps des cas qui le nécessitent.
3. Mettre en place un pool d'excellence dans les interventions voie basse.

Aux autorités :

1. Améliorer le plateau technique des structures de référence
2. Renforcer la compétence du personnel pour la formation continue des personnels de santé surtout dans les structures périphériques.
3. Diminuer le coût de l'hystérectomie.

VIII. LES REFERENCES:

1. AKOTIONGO M et Coll

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

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

2. Bayo A

Les ruptures utérines à propos de 58 cas récentes à l'Hôpital Gabriel Touré ;
Thèse Med. Bamako 1991 n °4.

3. Barclay D-L

caesarean hysterectomy at the charity hospital in New Orleans

Clinobstetgynecol

1969, 12: 635-651.

4. Bloc M

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

Thèse Med. D'Abidjan 1986 n° 714.151P.

5. Cosson M

Hystérectomie passé, présent, avenir.

Thèse Lille 1991.

6. Diallo A-O

Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré ;

Thèse de Med. Bamako 1990.n° 38.

7. Dicko S

Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional

Fousseyni Daou de Kayes : à propos de 160 cas ;

Thèse Med. Bamako 2001, n° 101. 65P.

8. Diouf A et coll

L'hystérectomie obstétricale d'urgence

Contraception fertilité sexualité 1998. 26 (2) 167-172

9. DEZH F

Hémorragies graves en obstétrique : 35ème congrès National

D'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation ;

Paris Masson 1993 : 511-529

10. D'argent D

L'hystérectomie vaginale de l'utérus non prolabé.

J GYN OBST BIOL REPROD 1988;17 : 257-261.

11. Kamina P

Dictionnaire d'anatomie (ATLAS) P-Z

12. Kosary CL. Reis LAG, Miller BA, Hankey BF et coll

Cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs;

1995; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789).

13. Kouma A.

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

Thèse Med. Bamako 2000.n ° 98.

14. Lansac J. Lecomte P

Gynécologie pour le praticien ;

3^{ème} Edition. Novembre 1988, page 13 à 42.

15. Lansac J/ Plecomte

Gynécologie pour le praticien ;

4^{ème} Edition. Mars 1994, page 14 à 56.

Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.

16. Mulbah.J

Place d hystérectomies vaginale dans le service de gynéco obstétriques de L'hôpital Gabriel Toure ;

Thèse Med. Bamako 2002. 2004°

17. Merger R. et Coll

Précis d'obstétrique ;

6 éditions Masson Paris 1995

18. Merger R. Levy Z. Melchior S

Intervention par voie haute: Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique ; Masson 1979-618-27.

19. Muteganya D. Sindayirwana JB. Ntandikiye C. Ntunda B. Rufyikiri Th

Les hystérectomies Obstétricales au CHU de Kamenge. Une Série de 36 cas ;

20.Lansac j.LecomteP.Marret.H

Collection pour le praticien gynecologie.

7^e édition Masson .

21. Lansac J, G. Body G. Magnin G

La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ;
PARIS 1998. Page 23 à 48; 227 à 242.

22. Mariam Niarga Keita

Les hystérectomies d'urgence au service de gynéco-obstétrique au CHU du Point
G à propos de 53 cas ;
Thèse Med. Bamako 2009.n° 15-80.

23 .Mariam Kariba Diakité :

Hystérectomie au service de Gynéco-Obstétrique à l'Hôpital Régional de Kayes à
propos de 37 cas ;
Année 2010 -2011.

24. Sissoko S.

Les hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie obstétrique de
l'Hôpital du Poing G. à propos de 58 cas
Thèse Med. Bamako 2001-2002°

FICHE D'ENQUETE

N° d'ordre.....

Caractéristique sociodémographique

Q1 Nom et Prénom

Q2 Age / ____ /

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

Q3 Ethnie / ____ /

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

Q4 Statut matrimonial: / ____ /

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

Q5 Profession / ____ /

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

Q6 Niveau d'instruction : / ____ /

1. Scolarisée 2. Non scolarisée

Q7 Provenance / ____ /

1. Bamako ville 2. En dehors de Bamako ville 3. Autre

Etude clinique :

Q8 Mode d'admission / ____ /

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

Q9 Si référée ou évacuée provenance / ____ /

1. CS Réf 2. CSCOM 3. Structure privée

Q10 Motif de consultation / ____ /

1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital
4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie intrapartum 6.

Hémorragie post partum immédiat 7. Saignements post-coïtaux 8.
Autres

Q11 Antécédents médicaux / ____ /

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

Q12 Les antécédents chirurgicaux : / ____ /

1. GEU 2. Kystectomie 3. Césarienne 4. Myomectomie 5. Autres

6. Aucun

Q13 Les antécédents obstétricaux :

a- Gestité / ____ /

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

b- La parité : / ____ /

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

c- Nombre d'enfants vivants : / ____ /

1. 1 Enfant vivant 2. 2 Enfants vivants 3. 3 Enfants vivants 4. 4 à 6 Enfants vivants

5. Plus de 6 enfants vivants 6. Aucun

Q14 Est-elle ménopausée ? / _____ /

1. Oui 2. Non

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

Q16 durée d'apparitions du prolapsus utérin ? / _____ /

Q17 Examen général / _____ /

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

Q18 Le Diagnostic : / _____ /

1. Rupture utérine 2. Fibromes utérins 3. Prolapsus utérins

4. Meno-métrorragies rebelles 5. Placenta accreta 6. HRP 7. Tumeur de l'ovaire 8. Autres

C - Les examens complémentaires

a) La biologie :

Q19 La NFS / _____ /

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

Q20 VS / _____ /

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

Q21 Glycémie / _____ /

1 Normale Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q22 Groupe Sanguin rhésus / _____ /

Q23 TCK / _____ /

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q24 TS / _____ /

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q25 Azotémie / _____ /

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q26 Test de dépistage du cancer du col / _____ /

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q27 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie / _____ /

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

b) Imagerie

Q28 Echographie pelvienne / _____ /

1. Oui 2. Non

Q29 Hystérosalpingographie / _____ /

1. Oui 2. Non

Q30 Radiographie du thorax

1. Oui 2. Non

Q31 Consultation pré anesthésique / _____ /

1. Oui 2. Non

Traitement : Hystérectomie

I –traitement chirurgical :

Q32 Hystérectomie / _____ /

Q33 Type d'hystérectomie / _____ /

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

Q34 Gestes secondaires/ _____ /

1. Périnéorrhaphie 2. Aucun

Q35 Qualification de l'opérateur / _____ /

1. Gynéco obstétricien 2. Chirurgien

Q36 Anesthésie / _____ /

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

Q37 Voie utilisé / _____ /

1. Vaginale 2. Mixte

Q38 Diagnostic per- opératoire / _____ /

1. Idem 2. Autres

Q39 Complications immédiates / _____ /

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

Q40 Complications secondaires / _____ /

1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite 4. Eventration 5. Anémie 6. Septicémie 7. Autres 8. Aucun

Q41 Complications tardives/ _____ /

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

Q42 Durée de l'intervention / _____ /

Traitement Médical

Q43 Macromolécules / _____ /

1. Oui 2. Non

Q44 Transfusion / _____ /

1. Oui 2. Non

Q45 PFC / _____ /

1. Oui 2. Non

Q46 Antibioprophylaxie per opératoire / _____ /

1 Oui 2. Non

Q47 Antibioprophylaxie postopératoire / _____/

1 Oui 2. Non

Q48 Si Oui Durée / _____/

Q49 Autre traitement reçu à préciser : -----

Q50 Durée d'hospitalisation / _____/

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

Q51 Etat à la sortie / _____/

1. Bon 2 Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée

Q52 Répercussion psychologique / _____/

1. Satisfaite 2. Inconfort 3. Aucun

Q53 Vécu sexuel / _____/

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

Q54 .Nombretotale dhystérectomies / _____/

1.

Nombred'hystérectomievaginalesurl'ensembledeshystérectomies / _____/

Q55 .Duréed'hospitalisationVoiehaute / _____/

Q56. Coutdel'intervention / _____/

1. Voie basse / _____/

2. Voie haute/ _____/

Fiche signalétique

Nom: MANGARA

Prénom: Fatou Sadio

Titre de la Thèse: Hystérectomie vaginale dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali.

Ville de soutenance: Bamako

Lieu de soutenance : Faculté de médecine et
D'odontostomatologie

Pays d'origine: Mali

Secteur d'intérêt: Gynéco-obstétrique, chirurgie générale.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine et
D'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'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.

Admise 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 les crimes.

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

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

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

Respectueuse 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 confrères si j'y manque.

Je le jure !