

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 UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

THESE

**LES HYSTERECTOMIES : INDICATIONS ET
PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 29/01/2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Abdoulaye FOFANA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**).

Jury

Président : M. Mamadou SIMA, Maître de Conférences

Membres : M. Alassane Traoré, Maître de conférences

M. Ahmadou Coulibaly, Médecin gynécologue

Co-directeur : M. Bakary Abou Traoré, Médecin gynécologue

Directeur : M. Soumana Oumar Traoré, Maître de Conférences

DEDICACE

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

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

À mon père, Ousmane Fofana, papa exemplaire qui nous a éduqué dans le sens du bien, de l'honnêteté et de la persévérance.

À ma mère, Fatoumata Fané, difficile de trouver les mots pour exprimer mes sentiments envers toi. Soyez honorée mère car ce travail est le fruit de ton engagement sans faille à ma réussite par tes encouragements. Je te remercie ma très chère maman, puisse Dieu vous accorder une longue vie. Je t'aime maman.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont :

A tous nos maitres de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako,

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, que je rendrai à vos enfants, « l'instruction que j'ai reçue de leurs pères »

Au médecin chef du CSRéf II

Merci de m'avoir accueilli dans votre Centre et permis de réaliser ce travail.

A mes chers maîtres du service de Gynéco-Obstétrique de la CII:

Pr Dao Seydou Z, Dr Traoré Abou Bakary, Dr Konaté Sakoba, Dr Togo Etienne.

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de ma formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

A mes aînés du service de gynéco-obstétrique du CS Réf de la CII

Dr Dembélé Bakary dit Django, Dr Koné Bakary, Dr Boité Adama, Dr Camara Oumar, Dr Mamadou Traore, Dr Abdoul Aziz Togo, Dr Boré Mamadou, Dr Sangaré Brehima, Dr Ibrahim Dabo.

Merci pour vos conseils et vos encouragements.

A toutes les sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique du CSREF de la CII:

Merci pour votre soutien moral, votre admiration et votre encadrement.

A tous mes collègues internes du CSREF CII:

Alassane Poudiougou, Yaye Camara, Samaté Yekegnou, Santara Moctar, Ali Keitagou, Awa Sy.

Merci pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY:

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY:

Pr Mamadou SIMA

- **Maitre de conférences de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU Point G,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Enseignant chercheur.**

Cher maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maitre de référence. Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect. Qu'Allah vous accorde sa grâce et sa miséricorde. Amen !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Pr Soumana Oumar TRAORE

- **Maitre de conférences de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009;**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leader d’Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**
- **Enseignant chercheur**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Qu’Allah vous accorde sa grâce et sa miséricorde. Amen !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Dr Bakary Abou TRAORE

- **Maître de recherche**
- **Praticien hospitalier,**
- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la
Commune II.**

Cher maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Cher maître, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY:

Pr Alassane TRAORE

- **Maitre de conférences de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital du Mali,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail. Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY:

Pr Ahmadou Coulibaly

- **Maître de recherche**
- **Praticien hospitalier au CHU POINT G.**
- **Gynécologue Obstétricien**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail. Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

Sommaire

ABREVIATIONS	X
LISTE DES TABLEAUX.....	XII
LISTE DES FIGURES.....	XIII
I-INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
OBJECTIFS.....	4
1-Objectif général :.....	4
2-Objectifs spécifiques :.....	4
II-GÉNÉRALITÉS	6
A-HISTORIQUE DE L’HYSTERECTOMIE:.....	6
B- Définition:	6
C. Vascularisation de l’utérus gravide	14
D- Rappel anatomique du vagin.....	16
E- Etude clinique:.....	18
K. Suites opératoires et complications des hystérectomies:[21].....	53
IV-MÉTHODOLOGIE	59
1. Cadre d’étude	59
2. Type et période d’étude.....	60
3. Population d’étude.....	60
4. Les critères d’inclusion	60
5. Les critères de non inclusion	60
N’ont pas été incluses dans ce travail:.....	60
6. Technique d’échantillonnage	60
Nous avons réalisé un échantillon exhaustif	60
7. Variables étudiées	60
8. Les supports de collecte	60
9. Définitions opérationnelles:	61

V-RÉSULTATS	63
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	78
CONCLUSION	82
1-CONCLUSION.....	83
RECOMMANDATIONS.....	85
RÉFÉRENCES.....	87

ABREVIATIONS

a : artère

Col : collaborateur

CHU : centre hospitalier et universitaire

Cm : centimètre

Cscom : centre de santé communautaire

Csref : centre de santé de référence

CII : commune II

DLG : décubitus latérale gauche

FAPH : faculté de pharmacie

Fig : figure

FMOS : faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

FSH : foliculo stimulating hormone

g : gramme

Gynéco : gynécologie

HRP : hématome rétroplacentaire

HSG : hystérosalpingographie

HTA : hypertension artérielle

Hyst : hystérectomie

IVA : inspection visuelle avec acide acétique

IVL : inspection visuelle avec lugol

LH : hormone lutéinique

Lig : ligament

Mm : millimètre

Min : minute

NB : nota bene

N° : numéro

RR : risque relatif

= : égal

° : degré

% : pourcentage

< : inférieur

> : supérieur

≥ : supérieur ou égal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : répartition des patientes selon les tranches d'âge.....	63
Tableau II Répartition des patientes selon le niveau scolaire	64
Table III: Répartition des patients selon le mode d'admission.....	65
Tableau IV: Répartition des patientes selon le motif de consultation	65
Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	66
Tableau VI: Répartitions des patientes selon le nombre d'enfants vivants.	67
Tableau VII: Répartitions des patientes selon les résultats du test de dépistage du cancer du col de l'utérus (IVA/IVL).....	68
Tableau VIII: répartition des patientes selon le diagnostic retenu.....	69
Tableau IX: répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie.	70
Tableau X Répartition des patientes selon le caractère urgent ou pas.....	70
Tableau XI Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.....	71
Tableau XII Répartition des patientes selon le besoin transfusionnel.	72
Tableau XIII Répartition des patientes selon les complications per-opératoires.....	72
Tableau XIV: Répartition des patientes selon les complications post-opératoires..	73
Tableau XV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	73
Tableau XVI: Relation entre le type d'hystérectomies et les complications per-opératoires	74
Tableau XVII Relation entre le type d'hystérectomies et les complications post-opératoires	76
Tableau XVIII Répartition selon les circonstances de décès.....	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Rappel anatomique des organes génitaux internes: (KAMINA.P).	7
Figure 2 vascularisation de l'utérus (Kamina P. – Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique. Eds Maloine, Paris, 2000, 326p).....	16
Figure 3 ligature du ligament rond et incision du cul-de-sac vesico-uterin	24
Figure 4 temps annexiels de l'hystérectomie abdominale	25
Figure 5 Isolement de la vessie, du col utérin et du fornix vaginal	26
Figure 6 : Repérage du col utérin et clampage du pédicule utérin.....	28
Figure 7: 1 pédicule sectionné et clampage du paracervix supérieur 2-ligament utéro-sacral sectionné et lié	30
Figure 8 : hystérectomie totale intrafasciale incision du fascia utéro vaginal	31
Figure 9 : hystérectomie totale prise du pédicule cervical.....	32
Figure 10: 1- lig. Vésico-utérin 2- Tracé de l'incision vaginal 3- Fascia utéro- vaginal incisé et rétracté	32
Figure 11 : 1- Vessie, 2- Vagin, 3- Lig. Vésico utérin, 4- Fosse para-vésicale.....	34
Figure 12 Hystérectomie élargie distale (topographie opératoire des ligaments, vue postérieure).....	37
Figure 13 Colpotomie antérieure.....	40
Figure 14 section des tractus du septum vésico-utérin et décollement vésico-utérin	41
Figure 15 Contrôle du décollement vésico-utérin	41
Figure 16 Colpotomie postérieure.....	42
Figure 17 Ouverture du Douglas 1. Lig. Vesico-utérin	43
Figure 18 section du paracervix droit et ligature du paramètre de l'anse utérin	44
Figure 19 extériorisation du fond utérin et ouverture du cul de sac vésico-utérin	45

Figure 20: clampage et ligature du pédicule des cornes utérines (cartouche)	47
Figure 21: Peritonisation	48
Figure 22 L'hémisection médiane antérieure	49
Figure 23 Annexectomie	50
Figure 24: Répartition des patientes selon le statut matrimonial	64
Figure 25 Répartition des patientes selon la gestité	66
Figure 26: Répartition des patientes selon la parité	67
Figure 27: Répartitions de patientes selon le statut ménopausique	68
Figure 28: Répartition des patientes selon la voie d'abord	71

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation du corps de l'utérus (hystérectomie subtotale), ou en plus du corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale). Les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie) [1].

Elle reste fréquente dans les pays en développement dont le Mali. Le choix de l'hystérectomie est une décision lourde à prendre, tant pour le chirurgien que pour la patiente surtout quand elle est faite chez les femmes jeunes n'ayant fait aucune maternité, ou n'ayant pas eu d'enfants [1].

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephese, il y a plus de 17 siècles. En 1825, Langenbeck fit la première hystérectomie abdominale pour cancer du col, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente (c'est une intervention relativement fréquente) [2].

Au Canada, c'est l'intervention gynécologique la plus réalisée après la Césarienne [2]. Le pourcentage des femmes de 60 ans ayant subi une hystérectomie est de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France [2]. En Occident, Racine et coll, l'évaluent entre 0,013% et 0,722% [2].

En 2014 en Guinée Conakry, Baldé IS et al ont trouvé une fréquence de 4,4% d'hystérectomies toute indication confondue sur l'ensemble des interventions gynécologies obstétricales [3].

A Yaoundé, au Cameroun, 31 cas d'hystérectomies obstétricales d'urgence ont été pratiquées pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4% [4]. A Dakar une étude menée par A Diouf et al. [5] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas d'hystérectomies d'urgence avait une fréquence de 0,45%.

Au Mali, sur un total de 315 hystérectomies réalisées à l'Hôpital National du Point G entre 1990 et 1999, Kouma A, rapporte un taux de 12,4% [6]. Sur un total de 212 hystérectomies réalisées à l'hôpital du Point G entre 1995 à 2000, S Sissoko rapporte

un taux de 37% d'hystérectomies vaginales et 72,6% d'hystérectomies abdominales [7].

A l'Hôpital du Mali entre le 1^{er} Décembre 2017 et le 30 Septembre 2018, soixante-dix cas d'hystérectomies sur 337 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 20,77% [2].

Cependant, l'hystérectomie est une intervention ultime pour garantir la survie maternelle. Elle s'impose surtout dans l'urgence (obstétricale) si le pronostic vital est mis en jeu, ou si l'utérus ne peut être conservé en cas de: placenta accréta, rupture utérine, perforation utérine, et en dehors de toute urgence: (prolapsus génital, cancers du col et de l'endomètre opérables)

L'hystérectomie est un geste chirurgical couramment effectué au Centre de la Santé Référence de la commune II, mais, elle n'a fait l'objet d'aucune étude jusque-là d'où l'intérêt de ce travail avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier l'hystérectomie dans le service de Gynécologie-obstétrique au Centre de Santé de Référence de la commune II.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hystérectomies.
- Etudier le profil sociodémographique des patientes.
- Identifier les indications des hystérectomies.
- Décrire les complications de l'hystérectomie.
- Evaluer le pronostic.

GENERALITES

II-GÉNÉRALITÉS

A-HISTORIQUE DE L'HYSTERECTOMIE:

A-1-Hystérectomie abdominale:

En 1864 en France, Ko Eberle décrit la ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale. En 1853, aux Etats-Unis, Burnham réussit la première hystérectomie totale par voie abdominale. En 1889, Simpson puis Kelly (1891) décrit les ligatures sélectives des pédicules vasculaires. Un peu plus de 100 ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne [2].

A-2-Hystérectomie vaginale:

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 (Péan, Richelet) puis elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée [2].

B- Définition:

Terme issu du grec mus: muscle et métra: utérus, l'utérus est l'organe féminin musculaire creux, en forme de poire renversée. Il mesure 6,5 cm de longueur chez la nullipare et 7 à 8 cm de long pour la multipare. Son poids varie entre 40-50 g (nullipare) et 50-70 g (multipare), sa consistance est ferme et élastique chez la femme vivante. La capacité de la cavité utérine est de 3-4 cc (nullipare), 5-6 cc (multipare) [8]

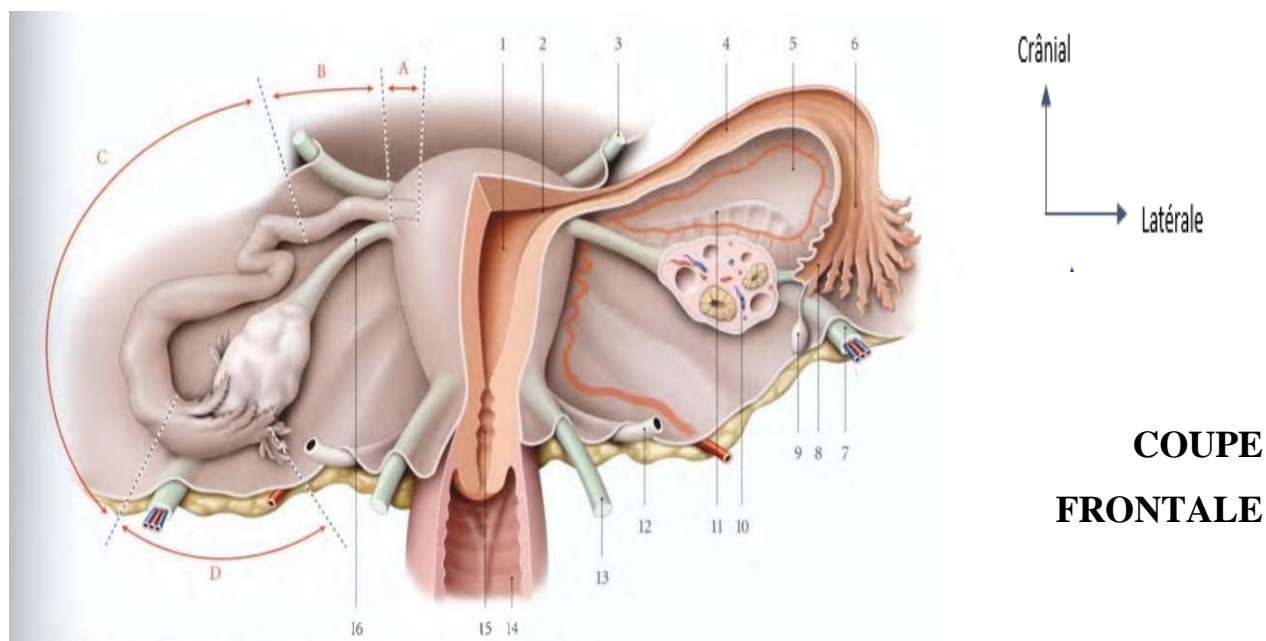


Figure 1 Rappel anatomique des organes génitaux internes: (KAMINA.P) [9].

1- Caractères morphologique de l'utérus non gravide

L'utérus a la forme d'un cône à sommet tronqué inférieur, s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal.

Chez la nullipare, à peu près à égale distance de la base et du sommet, un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les côtés: l'isthme utérin sépare l'utérus en 2 parties:

- Au-dessus, le corps, de forme conoïde, aplati d'avant en arrière;
- Au-dessous, le col, cylindrique, un peu renflé à sa partie moyenne comme un barillet.

Chez la multipare, l'isthme s'efface.

Le corps présente la description suivante:

- une face antéro-inférieure plane ou légèrement convexe;
- une face postéro-supérieure toujours convexe;
- deux bords latéraux épais;

-un bord supérieur ou fundus de l'utérus, fortement convexe dans le sens antéropostérieur, rectiligne transversalement chez la nullipare et convexe chez la multipare;

-Deux angles latéraux ou cornes utérines donnant insertion aux trompes utérines, aux ligaments ronds et aux ligaments propres de l'ovaire [7].

2- Caractères morphologiques de l'utérus gravide:

L'utérus gravide est un utérus contenant le conceptus. A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement: le corps, le segment inférieur et le col. Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont:

-les ventres constitueraient le corps;

-les tendons, le segment inférieur;

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

2.1-le corps utérin:

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

2.1.1- Situation du fundus utérin

En début de grossesse, il est pelvien

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

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

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

- A 4 mois et demi, il répond à l'ombilic;

- A terme, il est à 32 cm du pubis.

2.1.2- Les dimensions:

Elles varient selon le terme de la grossesse

- A la fin du 3ème mois: il mesure 10 à 13 cm de long pour 8-10 cm de large

-A la fin du 6ème mois: il mesure 17 à 18 cm de long pour 18 cm de large;

A terme: sa longueur est de 31 cm et sa largeur est de 23 cm

2.1.3- Forme:

Au cours du 1er mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique.

Mais au 2ème mois, il est sphérique, semblable à une " orange "

Au 3ème mois, il est assimilable à un " pamplemousse ".

Après le 5ème mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grosse extrémité supérieure.

En fait, la forme n'est pas toujours régulière surtout en fin de grossesse, où elle dépend de la présentation et de la parité qui diminue la tonicité de la paroi utérine. Il est asymétrique ou étalé transversalement dans certaines malformations (utérus cordiforme...).

2.1.4- Direction:

Au début de la grossesse, l'utérus habituellement antéversé, peut tomber en rétroversion.

Mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2ème ou 3ème mois.

A terme:

- Sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale.

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

2.1.5- Epaisseur de la paroi:

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4ème mois est de 3 cm.

Puis, elle s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît.

Au voisinage du terme, son épaisseur est d'environ 10 mm sur les faces latérales et de 4 mm au niveau du fundus.

2.1.6- Consistance:

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

2.1.7- Poids: A terme il est de 800 à 1200 g.

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

2.2- Le segment inférieur:

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

2.2.1- Forme:

C'est une calotte sphérique dont la convexité donne insertion au col. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

2.2.2 - Limites:

La limite inférieure: correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col.

La limite supérieure: moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2 cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine.

Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

2.2.3- Dimensions:

A terme, le segment inférieur mesure environ: 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur. Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa minceur permet parfois de sentir le fœtus.

2.2.4- Formation:

Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col, comme le confirme la présence, au niveau du col, de cicatrices de césariennes segmentaires. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6ème mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

2. 3. Le col utérin:

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail.

2.3.1- Situation – Direction:

A partir du 3ème mois, le col se porte progressivement en haut et en arrière. Il est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

2.3.2- Aspect – Dimensions:

Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé avec, dans l'endocol, un bouchon muqueux dense.

Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater.

Par le phénomène d'effacement, l'orifice interne perd de sa tonicité et le canal cervical, s'évasant progressivement, s'incorpore à la cavité utérine.

La dilatation se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe, comme le diaphragme d'un appareil photographique.

Si la succession des deux phénomènes est de règle chez la primipare, il n'en est pas de même chez la multipare, dont l'effacement et la dilatation du col évoluent souvent de pair.

2.3.3- Consistance :

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesse le col devient très mou sur toute sa hauteur: on dit qu'il mûrit.

2.3.4- Etat des orifices du col utérin:

L'orifice externe:

- Chez la primipare, il reste, en général, fermé jusqu'au début du travail.
- Chez la multipare, au contraire, il reste souvent perméable (C'est le col déhiscent de la multipare). L'orifice interne: reste fermé jusqu'au début du travail.

3- Rapports anatomiques de l'utérus gravide

3.1- Les rapports anatomiques du corps utérin:

L'utérus à terme est en rapport avec:

En avant:

La paroi abdominale antérieure: qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

Parfois, le grand omentum et plus rarement, des anses grêles s'y interposent.

En arrière: La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3ème vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

En décubitus dorsal:

- la compression de l'aorte ou de l'artère commune droite par l'utérus gravide se traduit par la diminution du pouls fémoral entre les contractions.

-la compression de la veine cave inférieure par l'utérus relâché provoque parfois un syndrome hypotensif grave: le choc postural ou syndrome de compression cave inférieure.

Les muscles grands psoas, croisés par les uretères.

En haut: Le grand omentum et le colon transverse qui refoule plus ou moins :

* en arrière: l'estomac;

* à droite: le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;

* plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

A droite: Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse. La palpation du cæcum appendice nécessite, chez la femme enceinte à terme, un DLG qui permet à l'utérus gravide de basculer et de libérer le cæcum appendice.

Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

A gauche: Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant.

Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet.

3 .2- les rapports anatomiques du segment inférieur

3.2.1- La face antérieure:

La vessie est le rapport essentiel. Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haut de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel.

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie). La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue.

3.2.2- Face postérieure:

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

3.2.3- Les faces latérales:

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien. L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antérolatérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement segmento-vésical et le refoulement de la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire.

C. Vascularisation de l'utérus gravide

1. Les artères

1.1- l'artère utérine:

– Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Du point de vue histologique, les modifications

essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique externe (Rouvier).

C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son diamètre [2].

-Les branches externes: conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire.

1.2-L'artère ovarienne:

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

1.3- L'artère funiculaire:

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

2. Les veines utérines:

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure I).

Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus

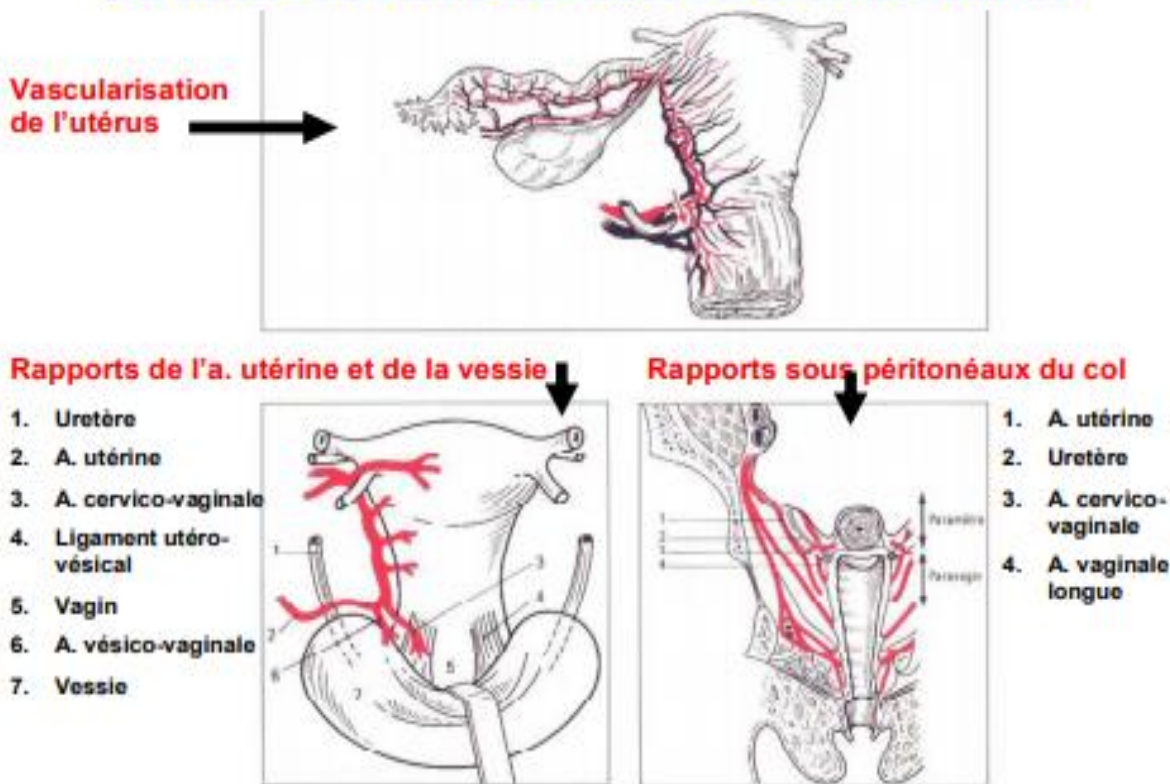


Figure 2 vascularisation de l'utérus (Kamina P. – Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique. Eds Maloine, Paris, 2000, 326p) [6]

3. Les lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

D- Rappel anatomique du vagin

1. Définition:

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

2. 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'écrivant une courbe concave en arrière quand la vessie est vide. Il est long de 7 à 9 cm, et sa paroi antérieure est accolée à sa paroi postérieure sauf à ses extrémités. Les deux tiers supérieurs du vagin sont intra pelviens, et le reste est périnéal. L'extrémité supérieure s'évase en forme de cupule autour de la partie intra vaginale du col utérin (museau de tanche).

L'extrémité inférieure, s'ouvre dans une dépression appelée: vestibule, fermée chez la vierge par l'hymen, qui est un repli muqueux, semi-lunaire, 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.

3. Anatomie microscopique

Le vagin a trois tuniques: Le fascia du vagin: 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 musculuse: Elle est 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 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 tiers distal de la musculuse qui fait des contractions rythmiques.

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.

5. Vascularisation et innervation du vagin

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

5.2 Veines:

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

5.3 Lymphatiques:

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

5.4 Nerfs:

Proviennent du plexus hypogastrique inférieur

E- Etude clinique:

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

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

E-1. Interrogatoire:

Il recherchera:

- L'Age 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, 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).

E-2. Examen physique:

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

E-2.1. Examen général:

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

E-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.

E-2.2-a L'examen au speculum:

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à l'aide d'un speculum 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 speculum 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 speculum qui sera l'entrouvert de façon à examiner les faces antérieures et postérieure du vagin. On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

E-2.2-b Le toucher vaginal combiné au palper abdominal:

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et a 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 la cloison recto-vaginale.

E-2.3. Les examens complémentaires: [10].

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.

E-2.3 a. L'échographie pelvienne: C'est une technique non agressive en plein développement. Elle peut être réalisée par voie abdominale vessie pleine ou par voie vaginale vessie vide. A l'heure actuelle le consensus est fait sur l'examen de première intention devant des métrorragies: C'est l'échographie par voie vaginale. Elle doit

être réalisée au cours de la première partie du cycle; elle permet le diagnostic d'éventuelles pathologies ovariennes à l'origine des métrorragies et également d'apprécier le myomètre: fibromes interstitiels, signes d'adénomyose, qualité de la jonction endomètre-myomètre.

E-2.3 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 iode sous faible pression. Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [10]; par ailleurs elle montre dans 41% des cas un myome saillant sous muqueux pour des myomes analysés comme strictement intra-duraux par l'échographie par voie vaginale [11].

E-2.3 c. L'hystérocopie diagnostique: [12].

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystérocopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérocopie et la hysterosonographie d'apprécier le canal endocervical.

E-2.3 d. La colposcopie:

C'est l'examen du col après mise en place du speculum 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-2.3 e. Le frottis cervico-vaginal:

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

E-2.3 f. Les frottis endometriaux: Ils sont rarement positifs car l'endomètre desquame assez peu.

E-2.3 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.

E-2.3 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 suppose être assez étendu pour que la biopsie ait un minimum de chance de recueillir un échantillon significatif » (ROMAN).

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 sur la poursuite des investigations.

E-2.3 I. Les dosages hormonaux:

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

E-2.3 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.

F- HYSTERECTOMIE ABDOMINALE : [9]

- **Prémices des hysterectomies**

La position est habituellement une position de Trendelenburg modérée.

- **Laparotomie**

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

En cas de difficultés liées au volume et à la fixité de l'utérus et des annexes, des gestes initiaux spécifiques seront pratiqués tels des adhésiolyses, une kystectomie, une myomectomie. Ces manœuvres impératives permettent de restaurer l'anatomie topographique normale de l'utérus et des uretères.

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

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

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

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

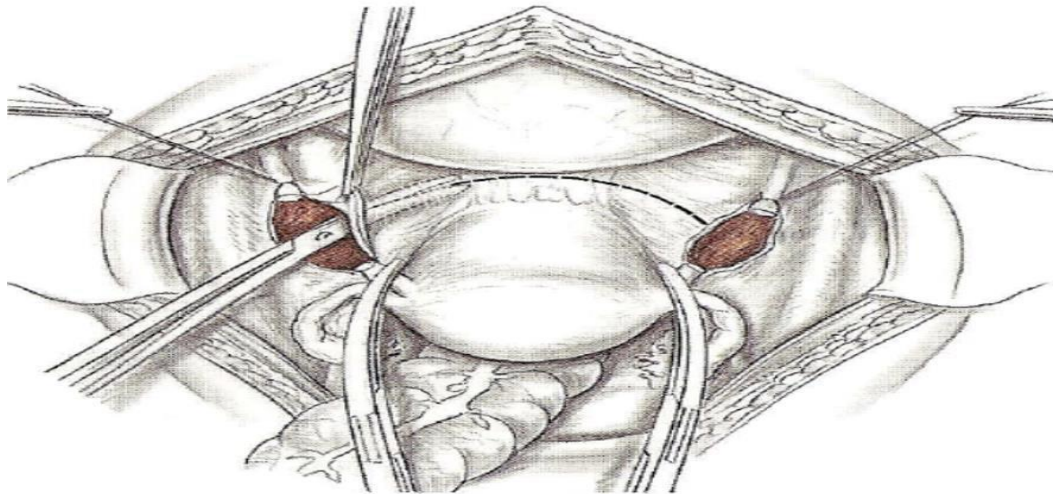


Figure 3 ligature du ligament rond et incision du cul-de-sac vesico-uterin [26].

- **Temps annexiels**

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

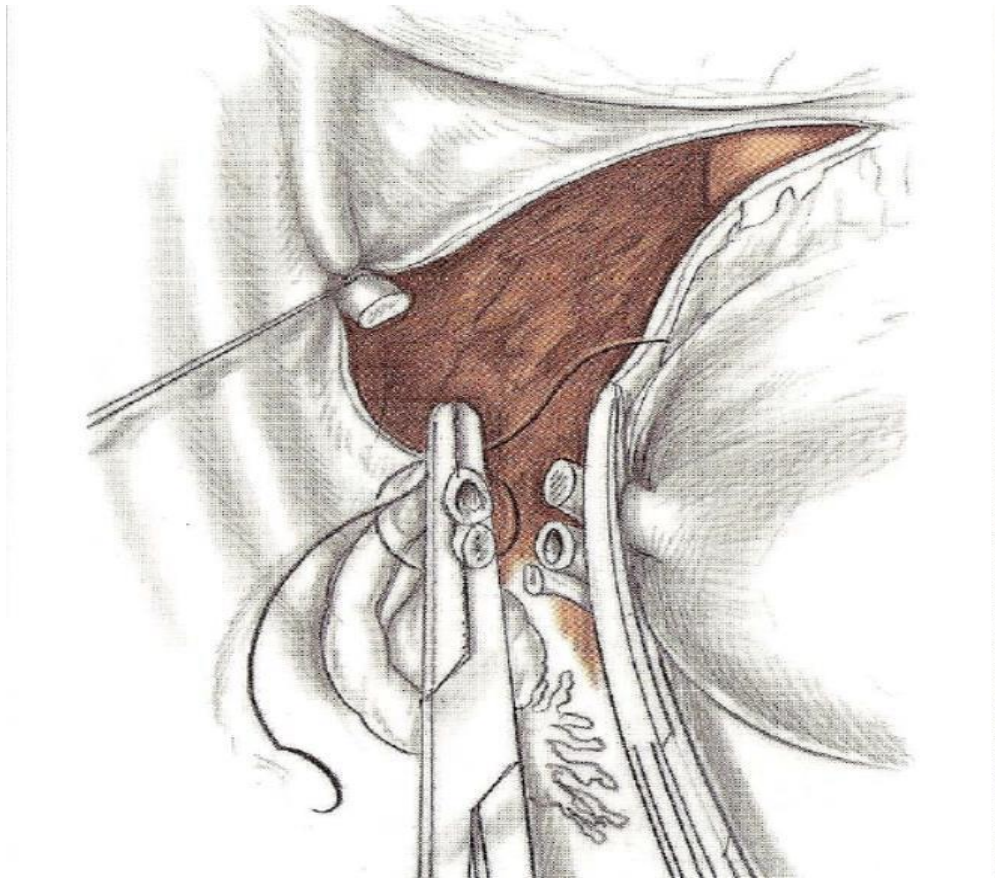


Figure 4 temps annexiels de l'hystérectomie abdominale [26].

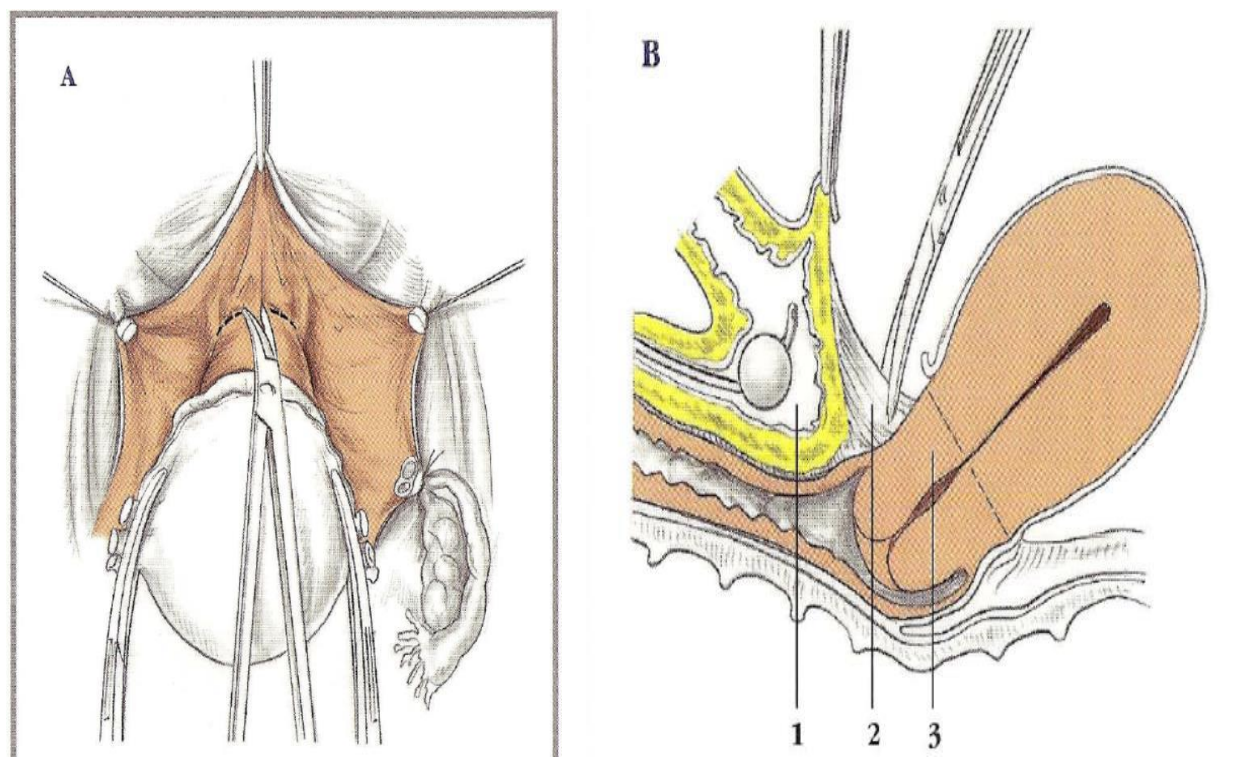
Incision de la lame postérieure du mésomère

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

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

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

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



A. vue opératoire.
B. coupe sagittale.
1. vessie tendue

2. tractus conjonctifs du
septum vésico-utérin
3. col utérin

Figure 5 Isolement de la vessie, du col utérin et du fornix vaginal [26].

Hystérectomie subtotale

- **Caractéristiques anatomiques**

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

- **Séquences opératoires**

- Les préliminaires à toute hystérectomie sont suivis d'un décollement vésico-utérin limité.
- Le clampage de l'artère utérine à l'aide d'une pince forte courbe, type Jean- Louis Faure, est perpendiculaire à l'isthme utérin.
- **La section du mesomètre et du pédicule utérin est oblique et médiale à la pince.**
- Les incisions transversales des faces antérieure et postérieure de l'isthme utérin sont dirigées vers le canal cervical et forment un angle dièdre ouvert en haut.
- La fermeture de la section est réalisée par deux ou trois points en X qui affrontent la surface de section de la partie supravaginale du col. La péritonisation recouvre la surface vaginale.

- **Hystérectomie totale simple**

- **Caractéristiques anatomiques:**

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

- **Hystérectomie totale extrafasciale**

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

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

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

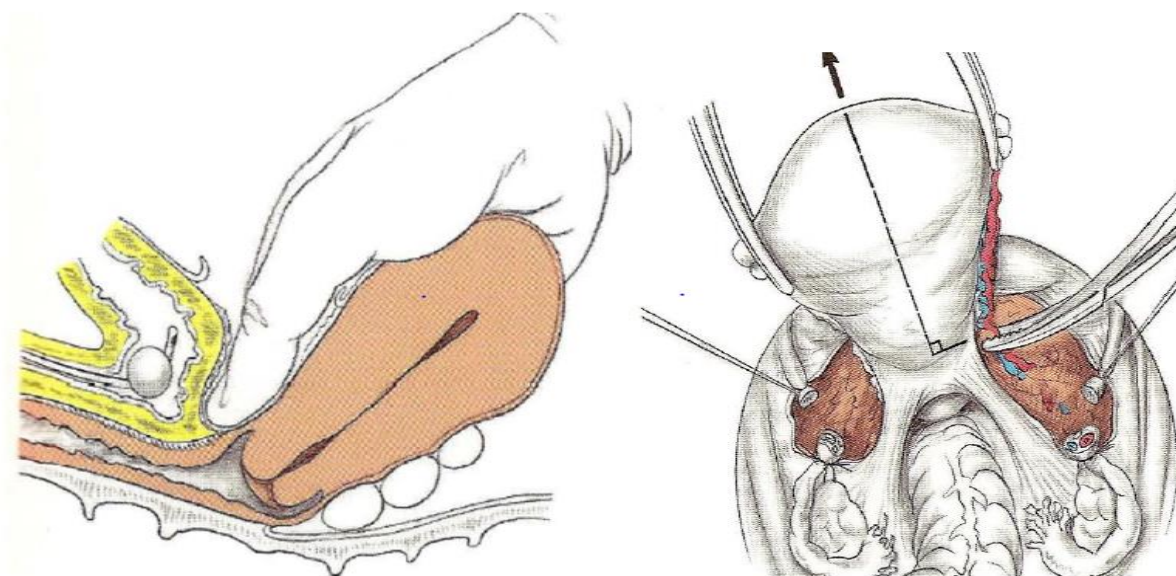


Figure 6 : Repérage du col utérin et clampage du pédicule utérin [26]

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

Après section des vaisseaux utérins et du paramètre, les ciseaux contournent le bec de la pince inférieure au ras de l'utérus, en une courte entaille de 5 mm environ. Double ligature du pédicule utérin.

- L'utérus tendu en avant et en haut, expose les ligaments utéro-sacraux. Le décollement du péritoine utérin postérieur est limité, voire inutile.
- Les ligaments utéro-sacraux sont clampés perpendiculairement à leur axe,

au ras de l'utérus. Leur section et leur ligature facilitent l'ascension de l'utérus.

L'utérus tendu en arrière, en haut et du côté opposé, le noeud utérin est écarté latéralement et en bas par le dos des ciseaux. Le clampage du pédicule cervico-vaginal est effectué à l'aide d'une pince verticale parallèle à l'isthme. Cette pince médiale au pédicule utérin enserre le paracervix supérieur dans le fascia incisé.

- La hauteur du paracervix étant variable, une prise peut être nécessaire après cette ligature ; ce deuxième clamp doit être médial à la ligature précédente.

- Après la section et la ligature du pédicule cervico-vaginal droit, on effectue à gauche les mêmes séquences qu'à droite.

- Après repérage du col utérin, une incision circulaire du fascia est au niveau de l'insertion cervicale du vagin. Sous l'effet de la traction et de la rétraction des fibres sectionnées, l'incision s'étale. Le vagin est ouvert au niveau du sillon inférieur de l'incision.

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

- **Les angles et les bords du vagin sont repérés par quatre pinces.**

- **Après désinfection du fornix, le vagin est fermé par deux ou trois points en U** horizontaux qui solidarisent les ligaments utéro-sacraux au fornix vaginal. Les angles du fornix vaginal sont solidarisés avec les ligaments ronds et une peritonisation est effectuée, surtout au-dessus du fornix vaginal.

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

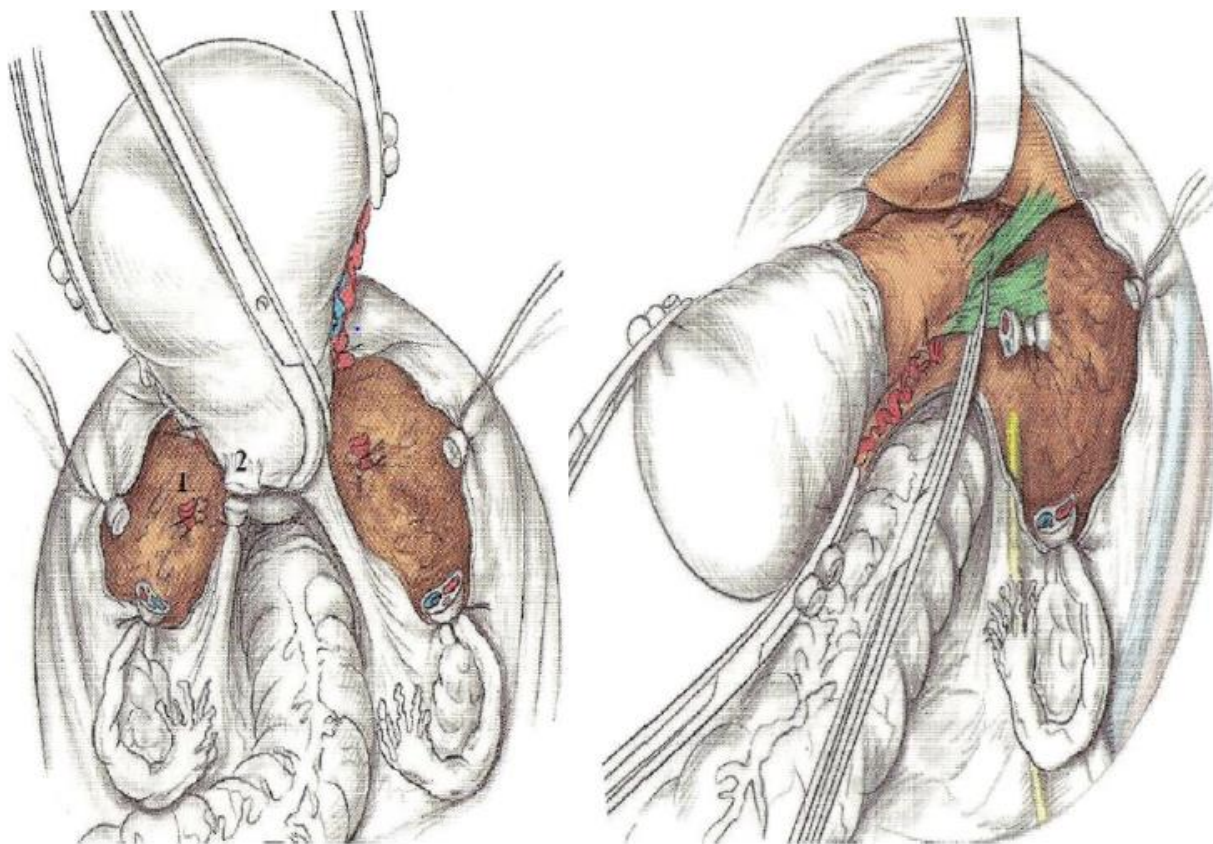


Figure 7: 1 pédicule sectionné et clampage du paracervix supérieur 2-ligament utéro-sacral sectionné et lié [26].

- Hystérectomie totale intrafasciale

Elle est indiquée pour les lésions uniquement bénignes et lorsqu'il existe une sclérose conjonctive rendant les clivages difficiles. Les lésions urétériques et vésicale sont exceptionnelles mais l'intervention est plus longue et les hémostases plus fréquentes.

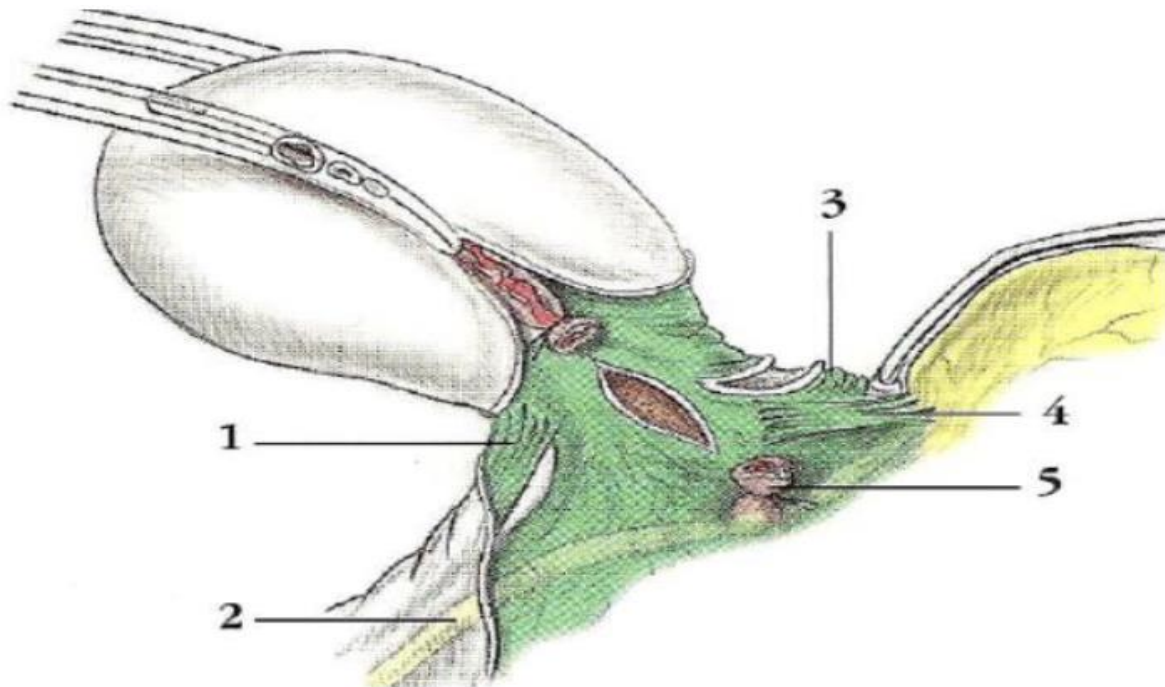
- Après un décollement vésico-utérin, on procède à la ligature et la section des pédicules utérins, puis à celle des ligaments utéro-sacraux.

- Une incision arciforme à concavité supérieure du fascia antérieur, est placée au niveau de l'insertion vaginale.

- Le pédicule cervico-vaginal est clampé à l'aide d'une pince verticale, dont le mors antérieur est situé dans l'incision fasciale et le mors postérieur, médial au pédicule

utérin. La section et la ligature du pédicule permettent une légère ascension de l'utérus.

- Une incision circulaire, placée dans le sillon inférieur de l'incision fasciale, sectionne les myofibres vaginales qui se rétractent. Une deuxième, voire une troisième incision, est placée, toujours dans le sillon inférieur. La muqueuse vaginale attente émet un tympanisme. Quelques petites hémostases sont parfois nécessaires.



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

Figure 8 : hystérectomie totale intrafasciale incision du fascia utéro vaginal [26].

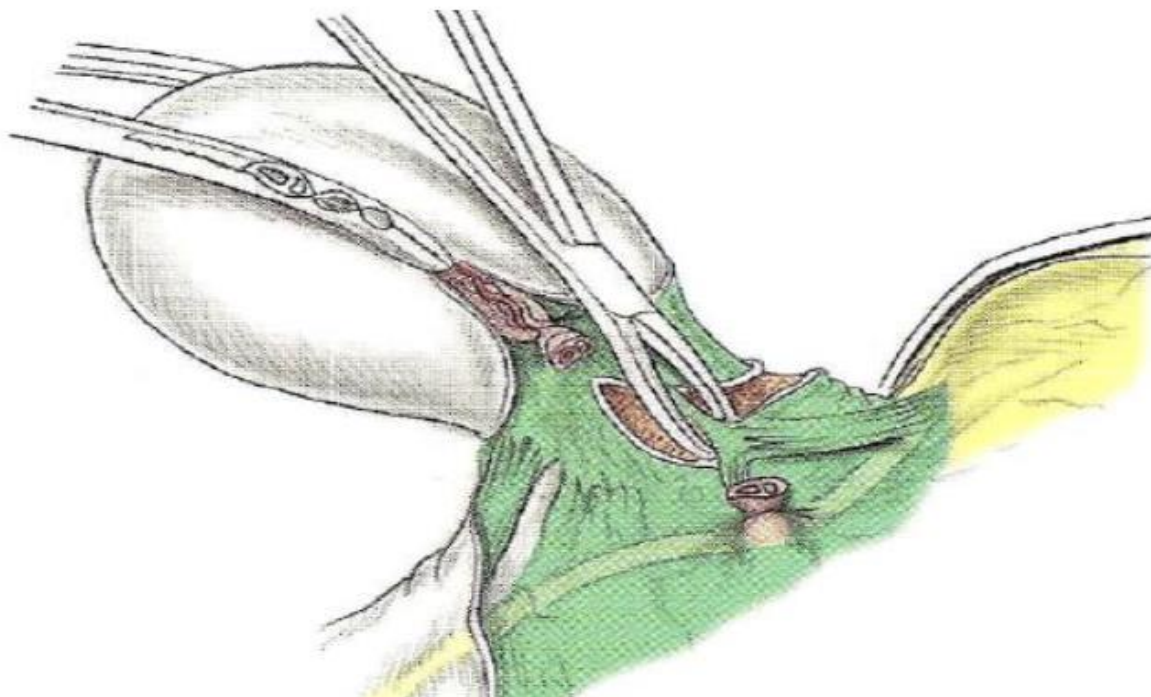


Figure 9 : hystérectomie totale prise du pédicule cervical [9].

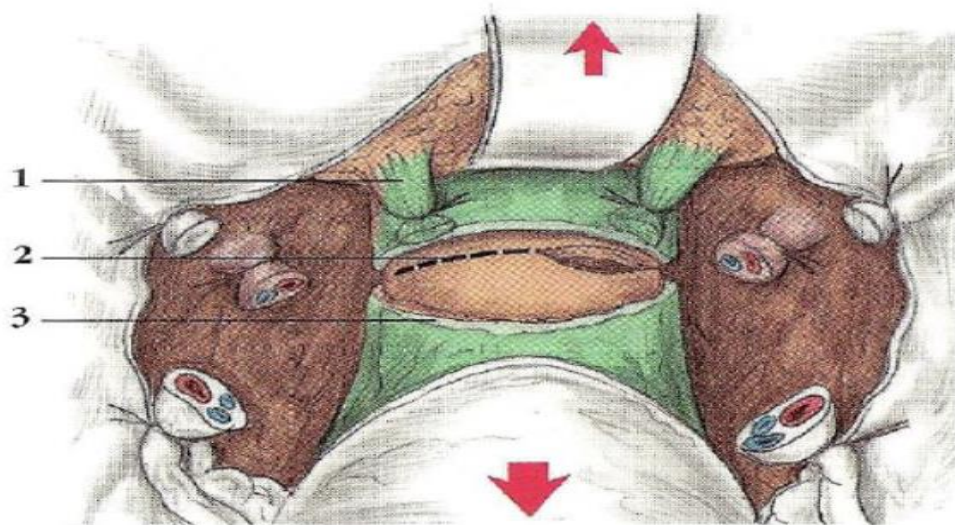


Figure 10: 1- lig. Vésico-utérin 2- Tracé de l'incision vaginal 3- Fascia utéro-vaginal incisé et rétracté [9].

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

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

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

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

a- Les caractéristiques anatomiques

- **Les paramètres et les paracervix sont liés près de l'utérus et du vagin.**

- L'ablation du tissu conjonctif pelvien, peu étendue, emporte cependant les lymphatiques para-utérins ; la vascularisation de l'uretère est préservée.

- **La résection de la collerette vaginale mesure environ 2 cm.**

b- Les séquences opératoires

- L'exploration abdomino-pelvienne comporte : le prélèvement du liquide péritonéal pour examen cytologique, la palpation des noeuds lymphatiques lombaires, du foie et des reins, l'appréciation de la mobilité utérine, et du degré d'infiltration des paramètres, et l'identification de l'uretère pariétal.

- Les temps initiaux sont communs à toute hystérectomie : les annexes sont soit enlevés, soit transposées.

- Le décollement vésico-utérin doit être initial, car c'est de lui que dépend le choix de la poursuite de l'intervention.

- La libération de l'uretère retroligamentaire sur 2 cm est suivie de la dissection du paramètre et du décroisement de l'uretère intraligamentaire droit

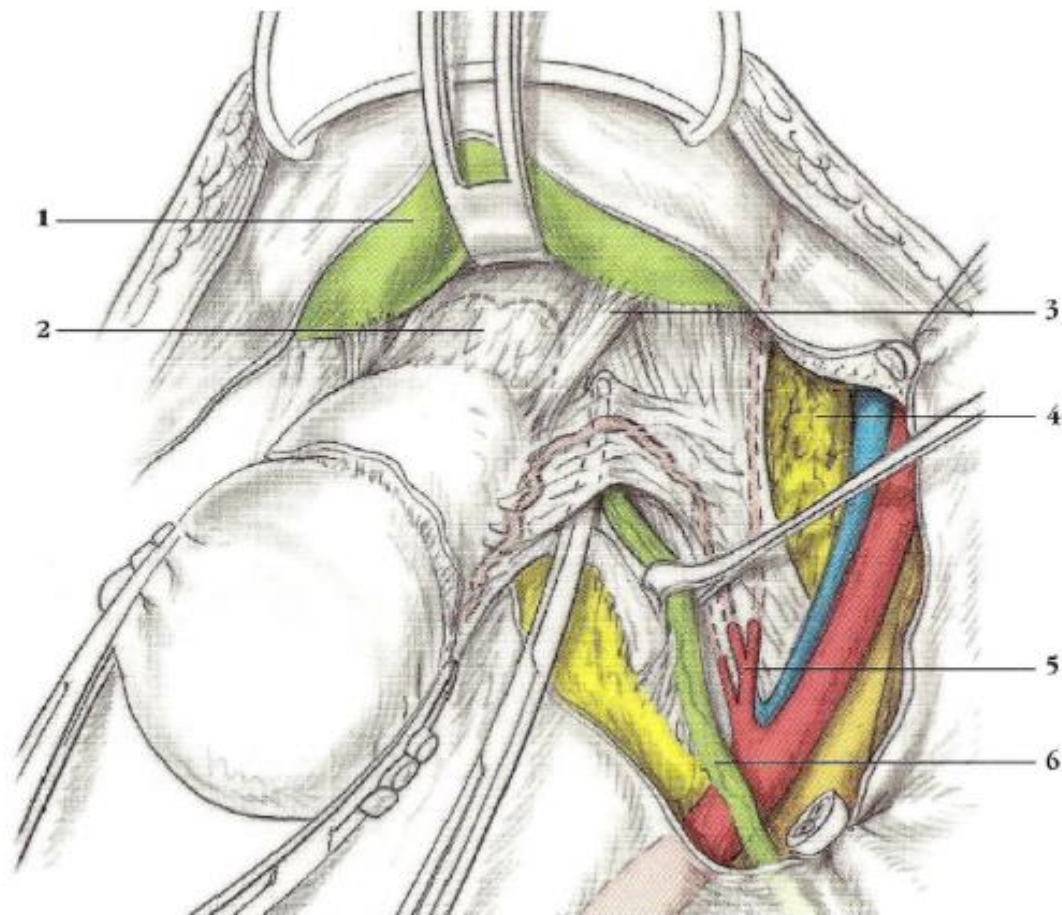


Figure 11 : 1- Vessie, 2- Vagin, 3- Lig. Vésico utérin, 4- Fosse para-vésicale [26].

5- Tronc artériel ombilico-utérin, 6- uretère [26].

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

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

Les branches écartées du dissecteur facilitent le clampage du pédicule utérin et du paramètre à l'aide de deux pinces. La section entre les pinces et le contrôle de

l'uretère sous-jacent sont suivis de la ligature simple du bout médial, et double du bout latéral.

La libération de l'uretère retro vésical. Le dissecteur au contact du bord médial de l'uretère, est introduit transversalement sous le ligament vésico-utérin, au contact de l'utérus. Il ressort dans l'espace vésico-utérin médial. La ligature et la section du ligament vésico-utérin permettent de mobiliser et de refouler vers le bas l'uretère et la vessie. Le fornix vaginal antérieur est ainsi libéré.

- Le décroisement et la libération de l'uretère gauche sont effectués.

- L'exposition du cul-de-sac recto-utérin de Douglas par une traction du rectum en arrière et une traction de l'utérus en avant, permet l'ouverture du Douglas. Elle est suivie du clampage et de la section des ligaments utéro-sacraux, puis de la dissection du septum recto-vaginal.

- L'uretère étant maintenu latéralement, le paracervix est clampé entre deux pinces dirigées obliquement en avant, parallèles à l'axe vaginal. La section entre deux pinces, est suivie de ligatures appuyées.

- La manoeuvre identique, effectuée du côté gauche, est suivie de la section du vagin.

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

a- Les caractéristiques anatomiques

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

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

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

b- Les séquences opératoires

Les préliminaires sont communs à toute hystérectomie abdominale.

- L'ouverture de la fosse paravésicale est effectuée entre l'artère ombilicale et la veine iliaque externe.

L'artère ombilicale repérée contre la vessie est tendue et disséquée pour remonter à l'origine de l'artère utérine, qui est liée sans section. Le fil est gardé un peu long comme repère (Novak).

Si la lymphadenectomie iliaque précède l'hystérectomie, l'identification des artères ombilicale et utérine sera plus facile.

- La libération de l'uretère retro ligamentaire, puis la tunnellation de l'uretère intra ligamentaire, permettent la ligature et la section de l'anse utérine. En tirant sur le bout médial de l'artère utérine maintenu par une pince, et sur l'extrémité d'origine liée, on voit se tendre l'artère utérine, et le paramètre. La résection du paramètre emporte le segment de l'artère utérine.

- La libération de l'uretère retro vésical procède comme ci-dessus.

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

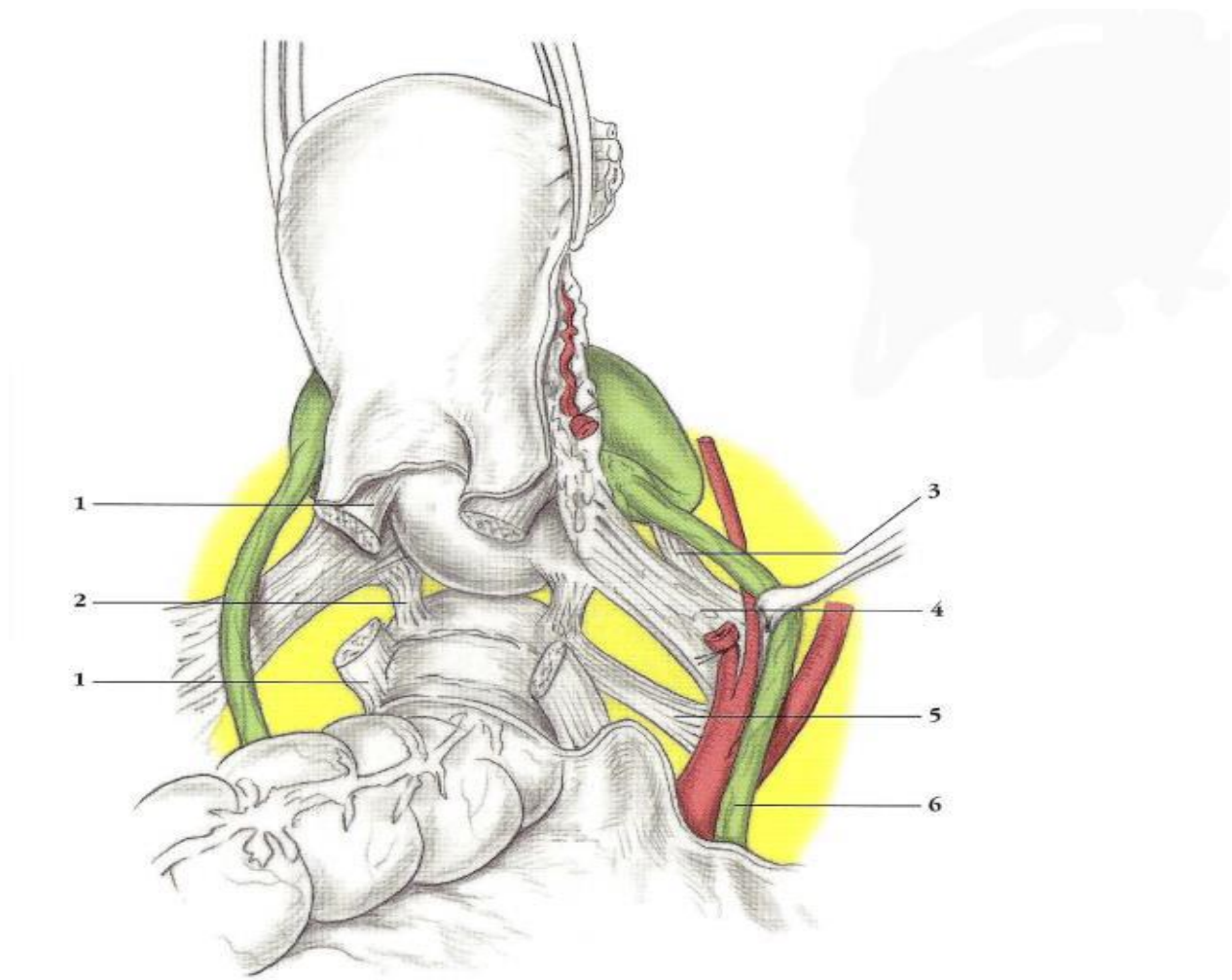


Figure 12 Hystérectomie élargie distale (topographie opératoire des ligaments, vue postérieure) [26].

1.Lig utero-sacral sectionné
2.Lig recto-vaginal

3.lig latéral de la vessie
4.Paracervix

5.Lig lateral du rectum
6. Uretère

L'ouverture de la fosse pararectale est effectuée entre l'uretère médial, et l'artère iliaque interne, latérale. L'uretère maintenu médialement, le paracervix est clampé en masse à l'aide de deux pinces le plus loin de son insertion vaginale, près de la paroi pelvienne. On procède à la section et à la ligature du bout pariétal du paracervix.

- Le bout viscéral du paracervix, est glissé, et décroisé sous l'uretère,**
- Récliné vers le sacrum pour tendre le ligament latéral de la vessie.

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

G - HYSTERECTOMIE VAGINALE [9]

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

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

- **Principes opératoires**
 - **Objectifs**
- Désolidariser l'utérus de ses rapports viscéraux, en clivant les septums et en maintenant éloignés de l'utérus la vessie, l'urètre et le rectum.
 - **Mobiliser l'utérus tout en assurant l'hémostase par la ligature des ligaments.**
 - Restituer la cavité abdomino-pelvienne en laissant en particulier les annexes intrapéritonéales.

- Rendre au fornix vaginal sa topographie et sa fonction de soutènement.

- Prémices opératoires

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

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

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

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

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

- Colpotomie antérieure

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

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

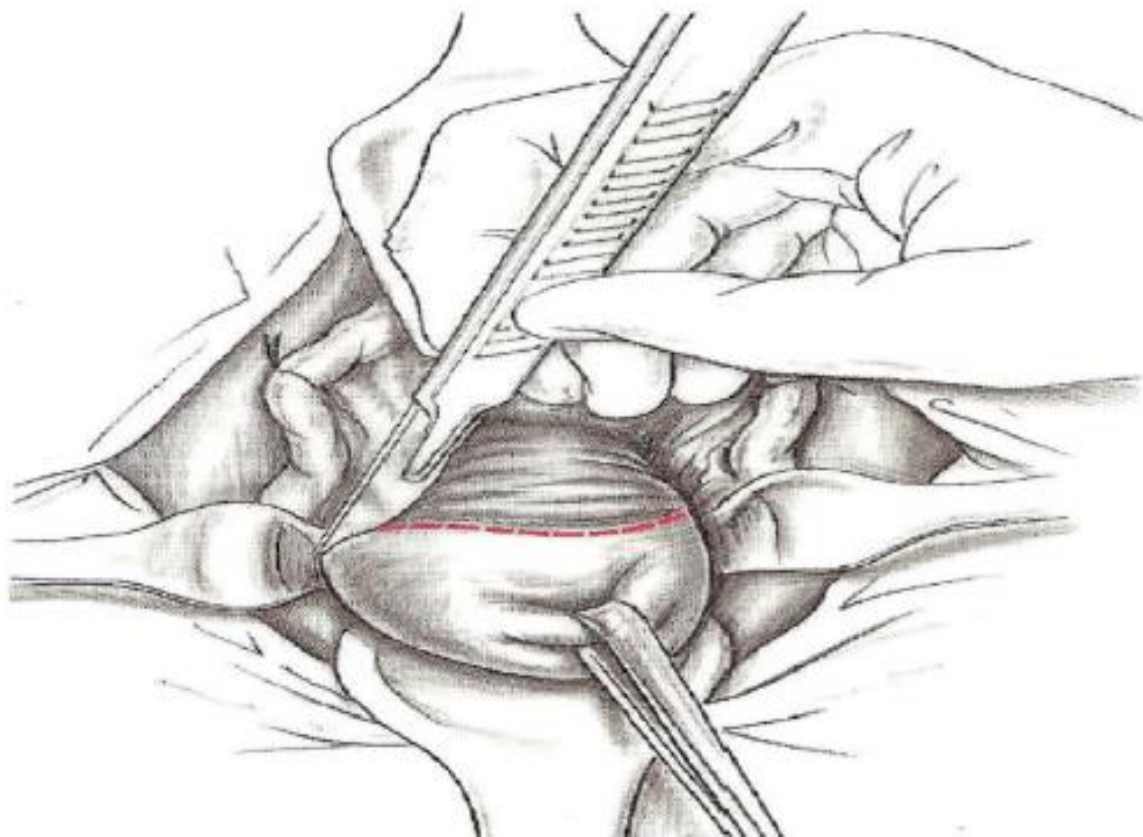


Figure 13 Colpotomie antérieure [9].

- Clivage du septum vésico-utérin

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

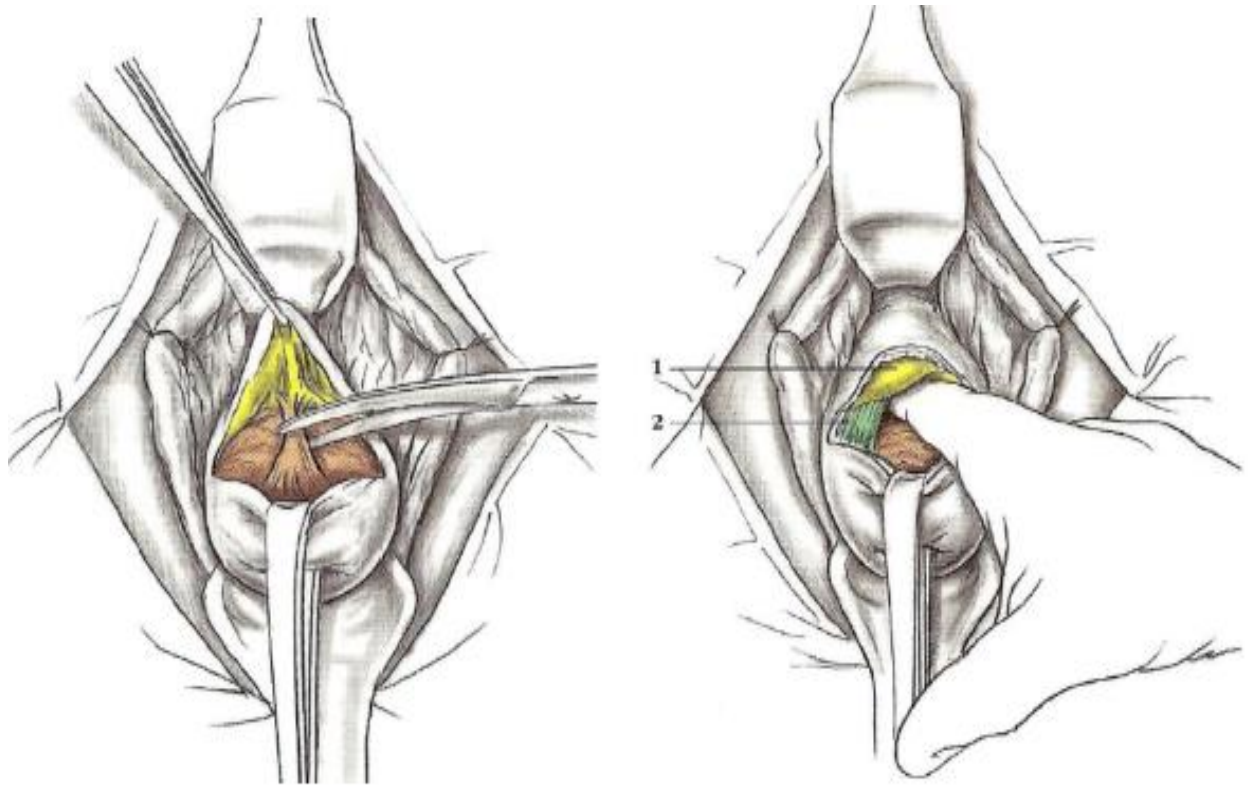


Figure 14 section des tractus du septum vésico-utérin et décollement vésico-utérin [9].

1. Vessie 2. Lig. Vésico-utérin

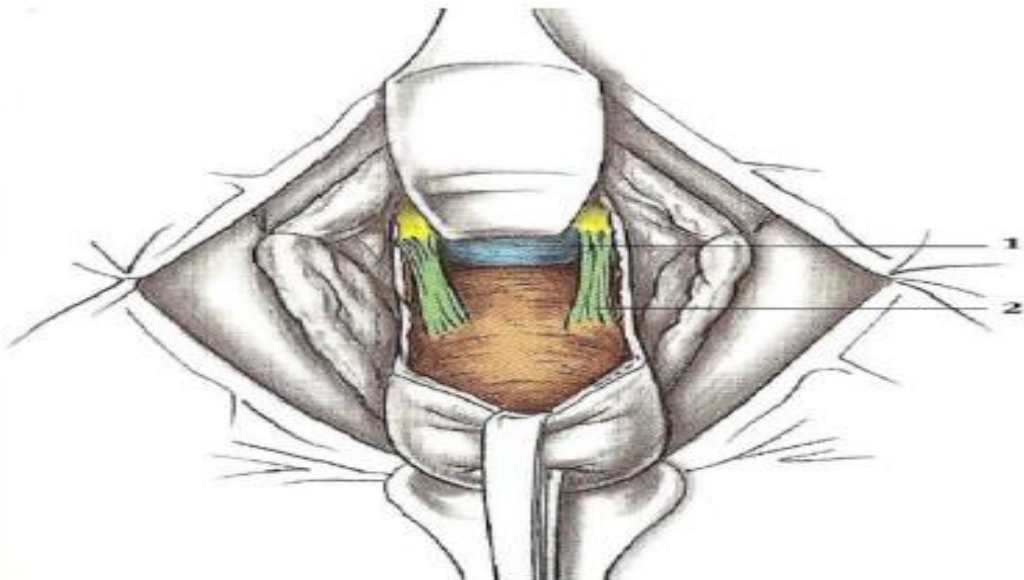


Figure 15 Contrôle du décollement vésico-utérin [9].

1. cul de sac vésico-utérin

2. Lig. Vésico-utérin

- Colpotomie postérieure :

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

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

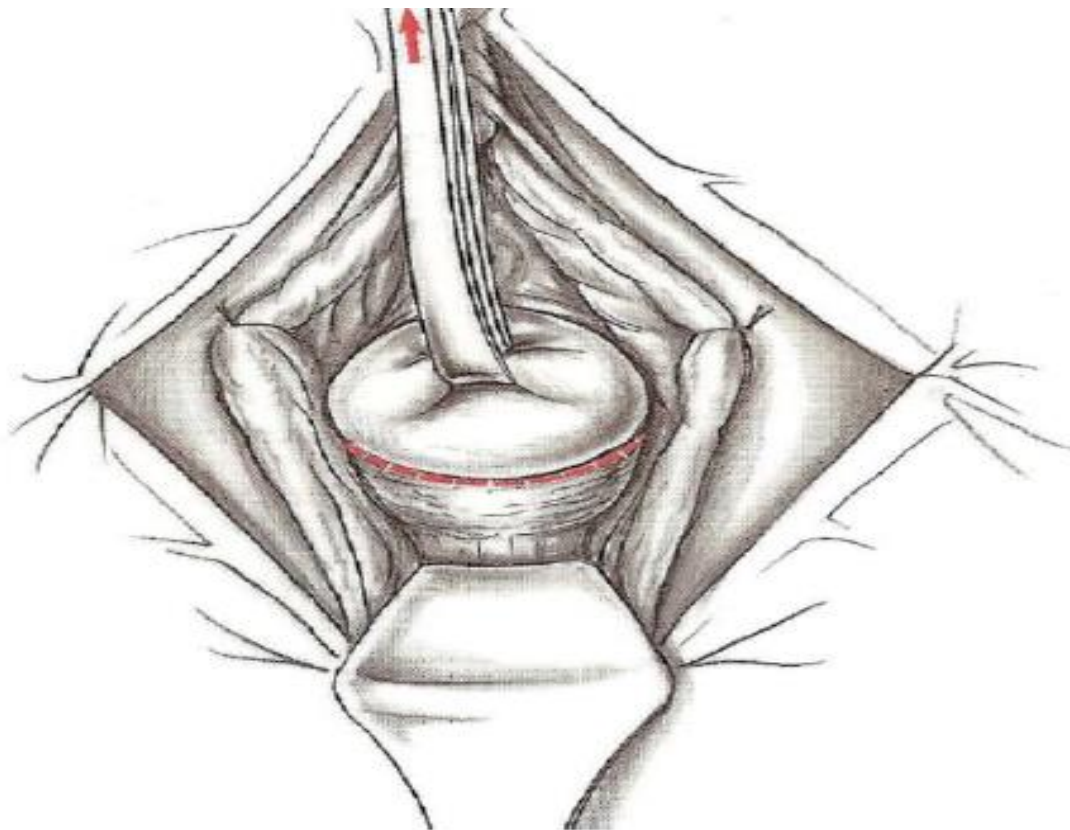


Figure 16 Colpotomie postérieure [26].

- Ouverture du cul-de-sac de Douglas

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

La brèche péritonéale est agrandie au doigt ; le pelvis est exploré. La valve postérieure, introduite par la brèche, est appliquée sur le rectum. Ce temps critique

peut être le premier geste, si l'on soupçonne des difficultés, le renoncement à la voie basse pouvant être décidé à temps.

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

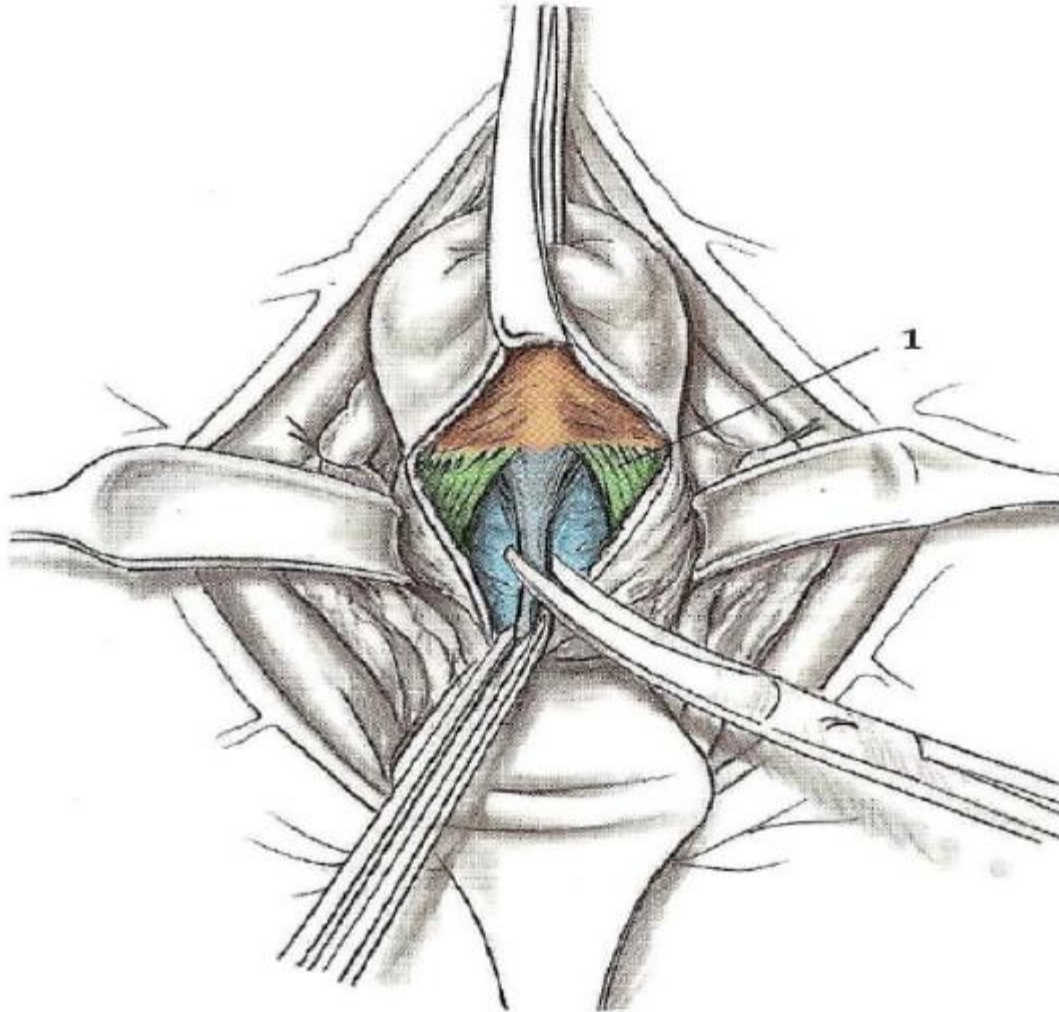


Figure 17 Ouverture du Douglas [26] 1. Lig. Vesico-utérin

- Ligatures des pédicules utérins gauches :

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

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

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

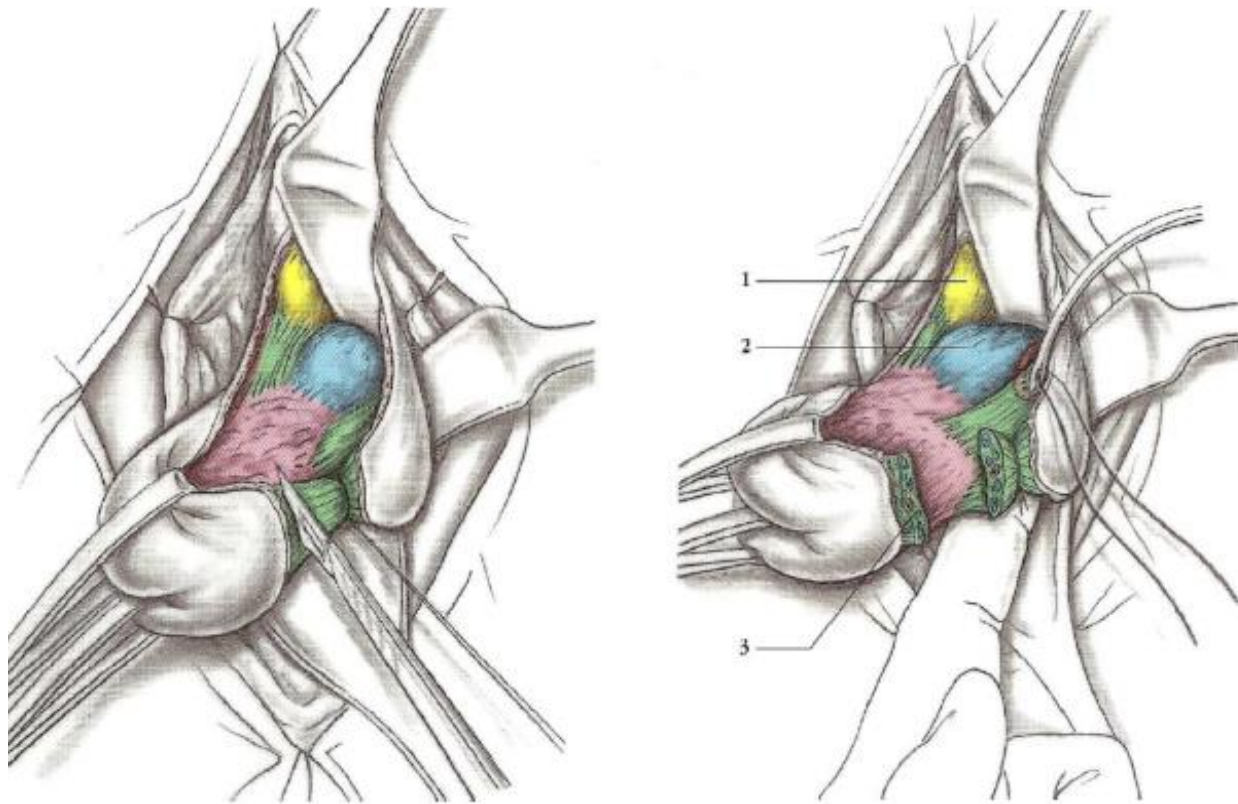


Figure 18 section du paracervix droit et ligature du paramètre de l'anse utérin [26].

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

- Extériorisation du fundus utérin.

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

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

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

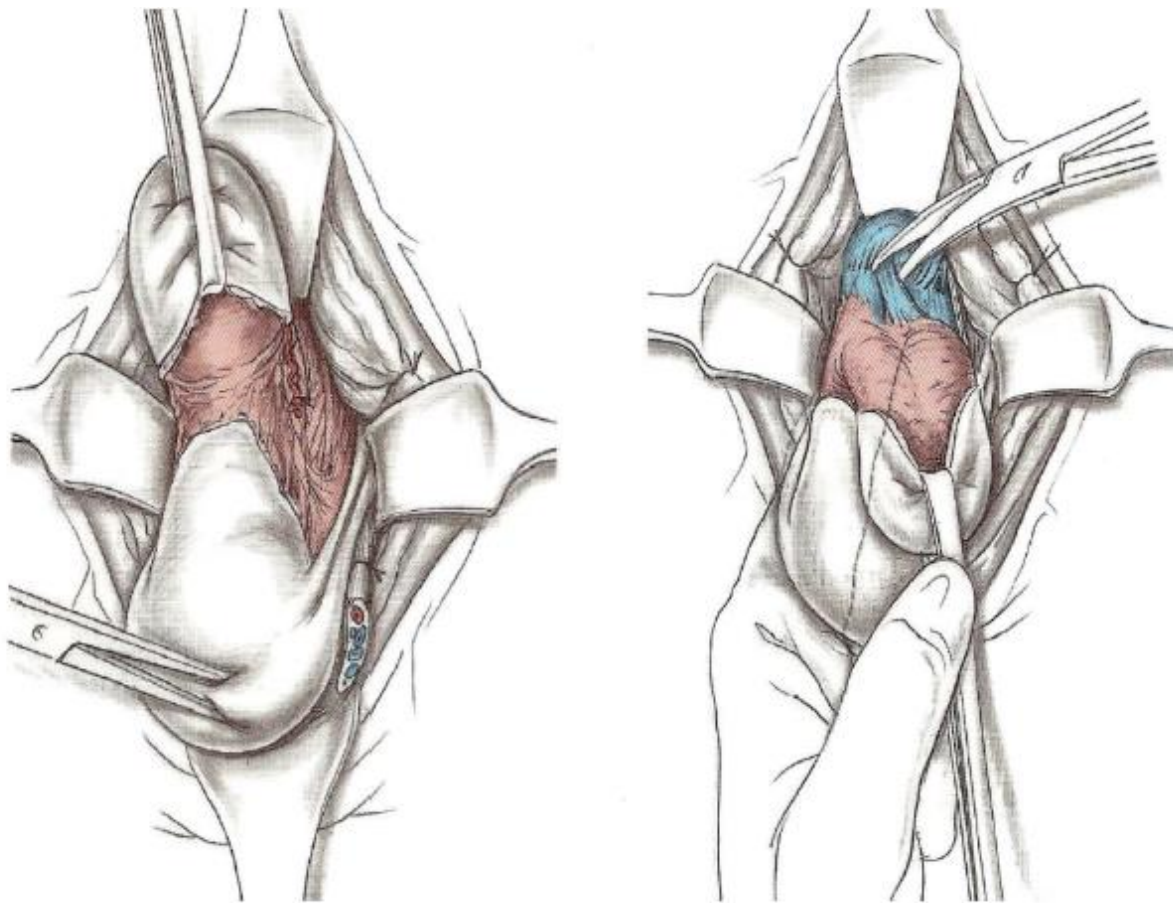


Figure 19 extériorisation du fond utérin [9] et ouverture du cul de sac vésico-utérin [9].

- Ligatures des pédicules des cornes utérines :

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

- Peritonisation :

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

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

Temps vaginal

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

Dans une étude randomisée, Cruikshank n'a pas trouvé de modification, subjective ou objective, de profondeur du vagin, quel que soit le type de suture, transversale ou sagittale. Par contre, la solidarisation du fornix vaginal aux ligaments utéro-sacraux, et au paracervix en particulier, rétablit la statique normale du vagin. L'intervention se termine par un tamponnement vaginal de 24 heures. Celui-ci constitue une contre pression aux contraintes de poussées réflexes postopératoires éventuelles.

Variantes :

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

La fermeture du péritoine est réalisée par deux points péritonéaux médiaux. Chaque point est ensuite solidarisé au moignon annexiel correspondant.

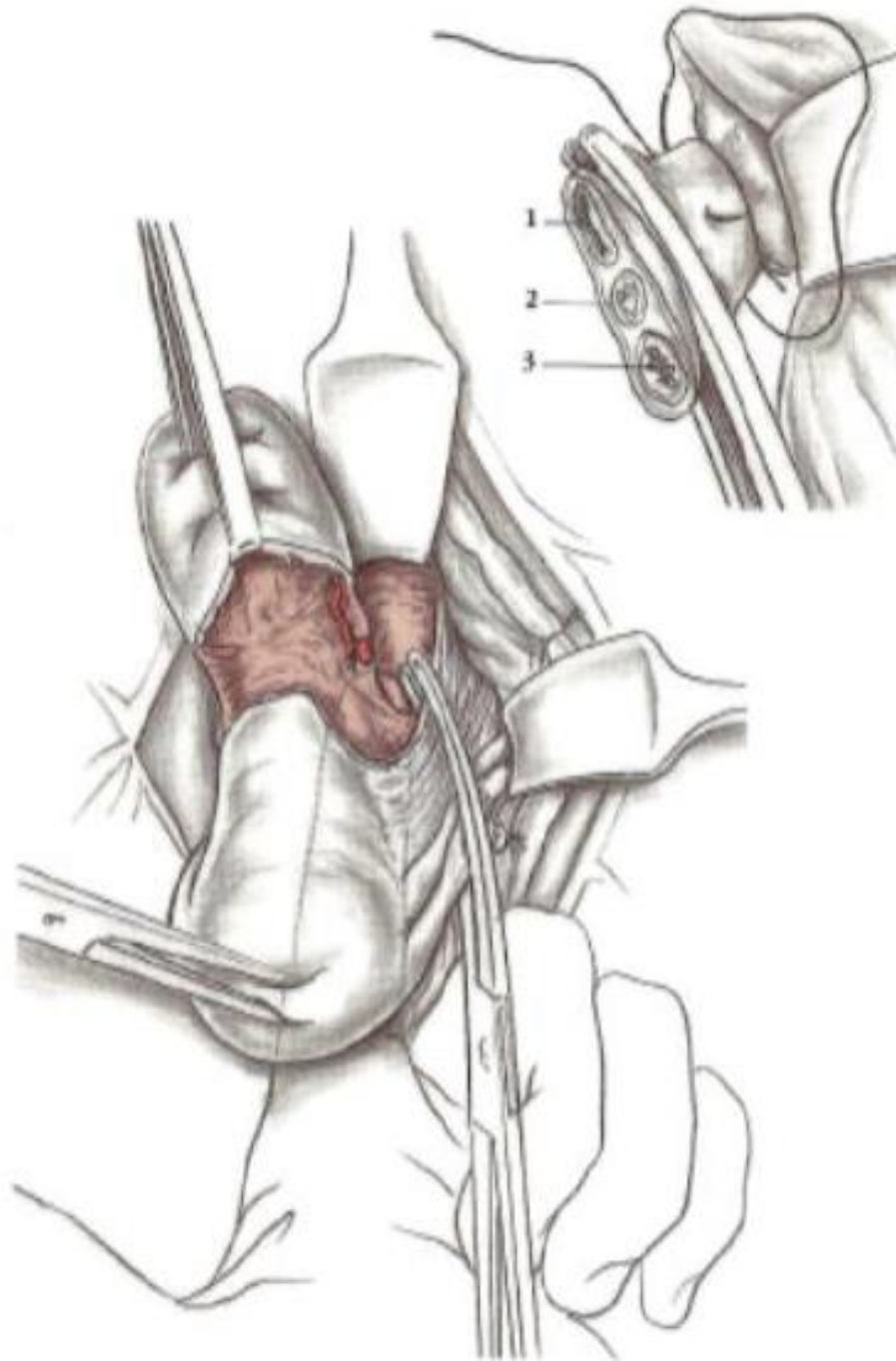


Figure 20: clampage et ligature du pédicule des cornes utérines (cartouche) [26].

1. lig. rond de l'utérus

2. lig. Propre de l'ovaire

3. Trompe utérine

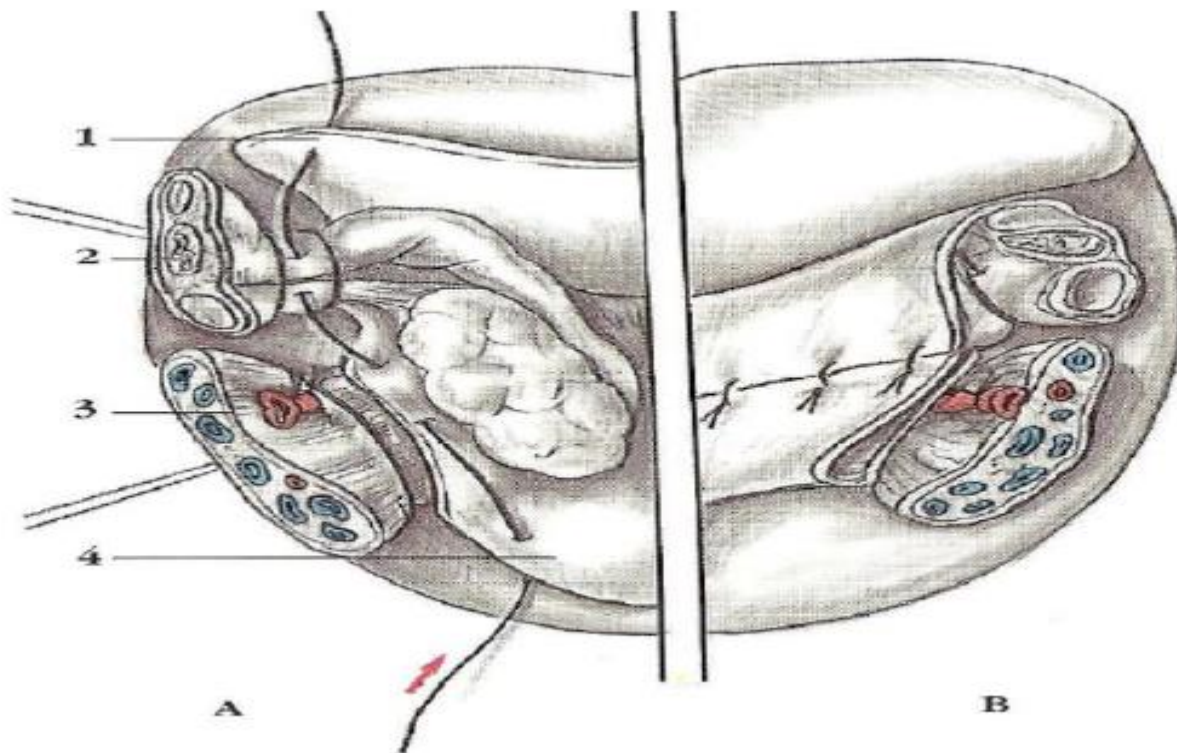


Figure 21: Peritonisation [26].

- **Difficultés**

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

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

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

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

Elle relève d'une ou de plusieurs solutions suivantes :

- a- **L'hémisection médiane antérieure** : sera précédée de l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. La traction du col sera caudale

- b- **L'hémisection médiane postérieure** : Une traction ventrale du col est exercée par deux pinces de Museaux fixées sur les commissures du col.

c- L'hémisection médiane part du col vers le corps. Une nouvelle prise peut être nécessaire en cas d'échec. Elle sera placée plus bas, sur les lèvres de l'hystérotomie. La traction divergente des lèvres facilite l'extériorisation du fundus.

d- **L'amputation du col** : permet le refoulement retro pubien de l'isthme et facilite la bascule postérieure du fundus utérin.

e- **La myomectomie** : après hémisection cervico- isthmique et le morcellement par résection en tranche d'orange permettant de réduire le volume utérin.

L'adhésiolyse assure la libération de l'utérus. L'accès de la face libre de l'utérus permet lorsque l'utérus est petit de libérer les adhérences sous le contrôle de la vue.

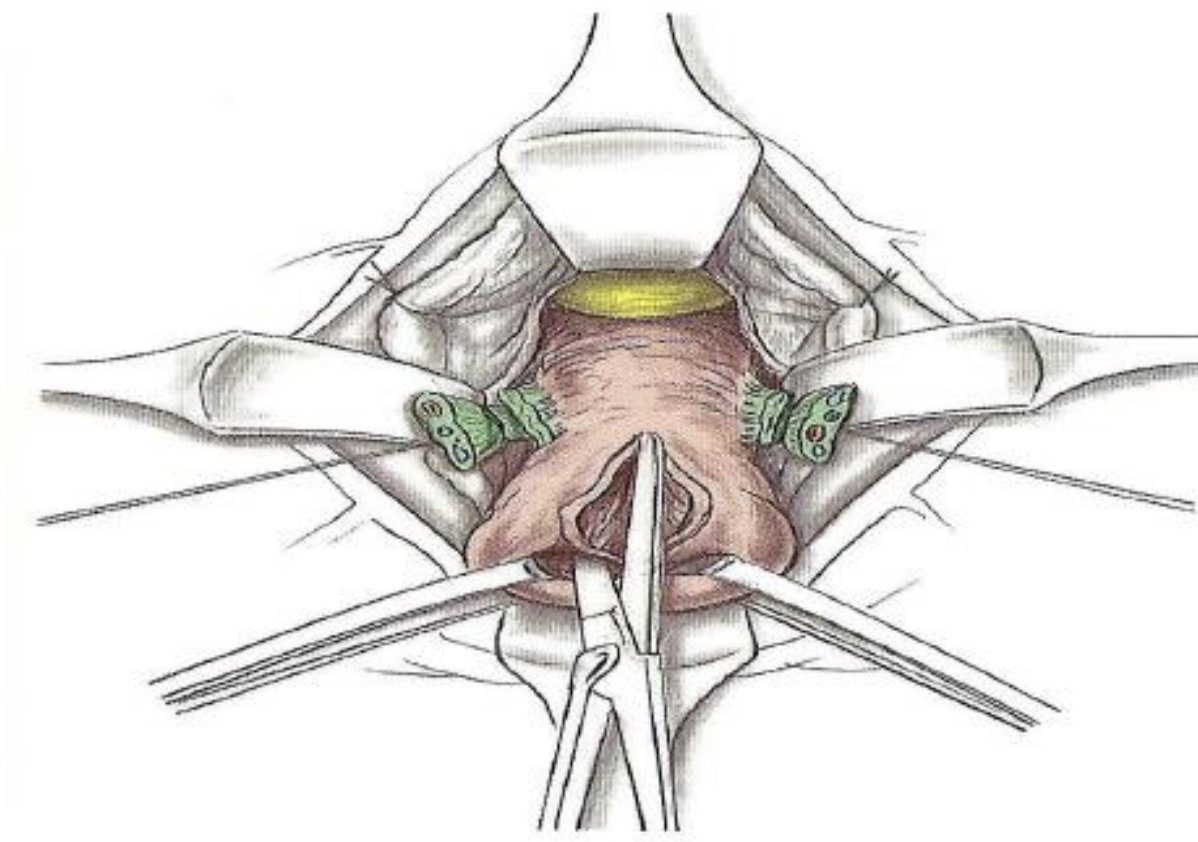


Figure 22 L'hémisection médiane antérieure [26].

H-Annexectomie

Elle est aisée lorsque l'annexe est mobile avec un ligament suspenseur de l'ovaire souple. Elle sera donc souvent difficile après la ménopause. Après section du pédicule de la corne utérine, celui-ci est tendu, pour permettre l'identification du ligament rond. Le ligament rond est clampé et dissocié sur quelques centimètres.

Sous contrôle de la vue, avec éloignement de la vessie, l'ovaire et l'infundibulum tubaire sont saisis ensemble dans une pince. Le clampage du ligament suspenseur de l'ovaire s'effectue à l'aide d'un dissecteur.

Une double ligature assure une hémostase de sécurité, et le ligament est sectionné.

Restaurer l'anatomie pelvienne

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

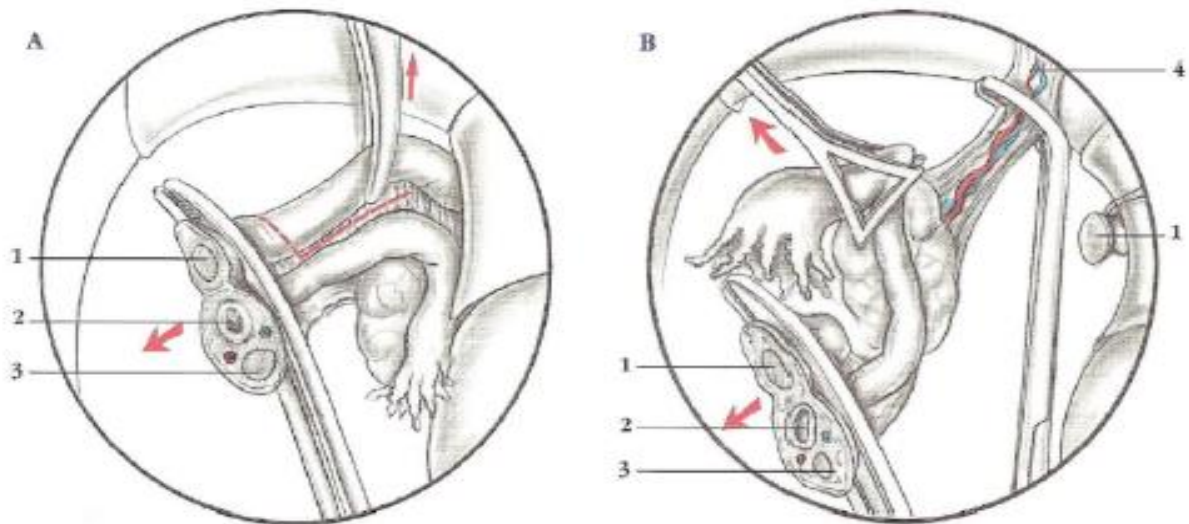


Figure 23 Annexectomie [9].

A. section du lig. Rond et libération des annexes B. clampage du lig. Suspenseur de l'ovaire

1. lig. Rond, 3. Lig. Propre de l'ovaire,
2. Trompe utérine, 4. Lig. Suspenseur de l'ovaire.

I. Indications: [16,17,18 ,19]

I. Gynécologiques:

Prolapsus génital : C'est une entité anatomoclinique correspondant à une défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme, qui font issue à l'orifice vulvovaginal

Myome utérin : Est une tumeur bénigne, formé par une prolifération des tissus conjonctifs et musculaires auxquels s'adjoignent des fibres collagènes qui sont des protéines.

Néoplasies : utérine, de l'ovaire, endomètre : adénomyose Int, endométriose, néo du col sont des indications d'hystérectomie au stade avant les métastases.

Métrorragie rebelle et algies pelviennes chroniques : Après l'échec des traitements médicaux, on fait recourir à une hystérectomie Endométriose ...

J. Obstétricales

Rupture Utérine

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine.

Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

Urgence obstétricale des plus graves, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le choc hypovolémique et par celui de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention:

Les indications de l'hystérectomie sont: la rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue accompagnée de lésions

vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible inter annexielle (conservation des ovaires).

La suture utérine: Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable: section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions de voisinage. Intervient aussi dans la décision: l'âge de la femme, la parité le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire: l'infection potentielle.

Hématome rétro-placentaire

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser la cause de l'hématome retro-placentaire n'est pas connue avec précision.

Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, en fait la diminution de la fréquence de la toxémie gravidique ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'HRP (hématome rétroplacentaire) et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP, les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta prævia.

Les formes qui débutent par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématomèse

Les formes moyennes: fréquences, dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

Les formes latentes: peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

Les formes traumatiques: versions par manœuvres externes ou accidents, les plus souvent de la voie publique.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications: en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase

Hémorragies après accouchement

Les hémorragies du post-partum immédiat:

Les hémorragies obstétricales graves conduisent à une hystérectomie d'hémostase après échec des traitements médicaux: révision utérine, massage utérin, injection syntocinon ou de prostaglandines, tamponnement utérin voire embolisation et des gestes chirurgicaux: la ligature élective selon Tsirolnikow, la ligature des vaisseaux hypogastriques.

Celles de la délivrance ont une partie du sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général. Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier de soins dans un centre obstétricaux - chirurgical avec service de réanimation

K. Suites opératoires et complications des hystérectomies:[21].

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

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

K-1. Les complications per opératoires:

- ✓ Les hémorragies au cours de l'interventions,
- ✓ Les blessures des organes de voisinage,
- ✓ Complications de la transfusions sanguine s'il y a lieu

K-2. Les complications postopératoires:

- Eviscération vaginale: exceptionnelle
- Fistules vésico-vaginales: pouvant survenir en Cas de plaie vésicale passée inaperçue.
- Douleurs pelviennes
- Troubles statiques:
- Complications de la transfusion sanguine s'il y a lieu
- Les complications infectieuses
- Les complications urinaires
- Les abcès de parois
- L'hématome profond infecte
- Les complications hémorragiques: ligature des uretères
- Les hématomes pariétaux
- Les complications thromboemboliques
- La paralysie du nerf crural
- Anémie post-opératoire par spoliation sanguine
- Digestives

3. Les complications urologiques:

- Les plaies vésicales représentent 1 à 3% des hystérectomies. Elles doivent être suturées immédiatement en deux plans au Vicryl 3 serti. En cas de doute, il faut faire

injecter du bleu de méthylène dans la vessie par la sonde de Foley. La sonde vésicale est laissée 6 à 8 jours.

-Les blessures urétérales sont rares.

Elles se voient en deux endroits, au niveau de la ligature des ligaments lombo-ovariens et au niveau de la ligature des artères utérines. L'essentiel devant une plaie urétérale est de s'en apercevoir. Le champ est en général envahi par les urines, facile à reconnaître. L'uretère blessé devient flasque, et ne répète plus. Il suffit de le suivre pour repérer la plaie ou la section. En cas de doute, il faut ouvrir la vessie pour monter une sonde urétérale et repérer l'uretère plus facilement ou faire injecter en intraveineuse de l'indigo carmin qui colore rapidement la fuite.

-En cas de ligature, il faut bien examiner l'uretère. Une zone contuse ou ischémie doit être réséquée.

-En cas de section, il faut soit faire une suture termino-terminale sur sonde double J si on est au niveau du détroit supérieur et si les deux extrémités une fois libérées sont bien vascularisées et viennent au contact sous traction, soit faire une réimplantation si on est situé bas vers le croisement avec l'artère utérine. Si la réparation immédiate s'avère trop difficile ou trop risquée, il est préférable de réaliser une dérivation provisoire par urétérostomie cutanée. Une plaie réparée n'est rien, la méconnaître est grave. Il ne faut pas hésiter en cas de besoin de demander aide à un collègue urologue.

4.1- Les complications infectieuses:

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

4.1.2-Les abcès de parois: Représentent 6 à 7, 8% des complications (De Meeus). Le risque augmente avec la durée de l'intervention (RR= 1.25 si la paroi fait plus de

30mm d'épaisseur), mais diminue si on utilise une antibioprophylaxie (Shapiro). Là encore la prévention reste une asepsie et hémostase correcte

4.1.3-L'hématome profond infecté: Il s'agit d'un hématome qui se constitue au niveau de la cicatrice vaginale, sous la péritonisation qui s'infecte. Cette complication se rencontre dans 1,4% des hystérectomies. L'hématome infecté se manifeste par la fièvre au quatrième cinquième jour de l'intervention à 38.5 ou 39°C avec des décharges. Cette fièvre s'accompagne de douleurs pelviennes associées parfois à des signes rectaux type ténésme, épreintes. Au toucher vaginal, il existe une masse située au-dessus du vagin, douloureuse ; on la sent mieux au toucher rectal. L'échographie pelvienne montre une collection remplie d'un liquide épais échogène. Le traitement est simple. Il se fait sous anesthésie générale et consiste à ouvrir avec le doigt ou la pointe du ciseau, la cicatrice vaginale. Il s'écoule du pus franc que l'on prélèvera pour examen bactériologique. Les logettes de l'abcès sont effondrées avec le doigt et la cavité lavée avec du sérum bétadiné

4.2- Les complications hémorragiques:

4.2.1- Les hématomes pariétaux: Sont les complications les plus fréquentes dans les incisions de Pfannenstiel, allant jusqu'à 4% (Rème, 1988). L'héparinothérapie n'a aucune influence sur la survenue de ces hématomes. Une reprise n'est nécessaire que si leur volume soit important (supérieur à 6cm). Ils favorisent l'apparition d'abcès de parois.

4.2.2- Les hémorragies vaginales: Sont rares (0.9%). Elles cèdent en général au tamponnement vaginal. Il s'agit en général d'une artériole vaginale qui n'a pas été prise dans les points de fermeture de l'angle du vagin et s'est invaginée dans la cavité vaginale sous le nœud. L'importance du saignement est appréciée par le dosage de l'hémoglobine. Le plus souvent un traitement martial suffit. La transfusion n'est nécessaire que pour des taux d'hémoglobines inférieurs à 7ml supportés. Le taux de transfusion est de l'ordre de 10% (Rème, 1988).

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

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

METHODOLOGIE

IV-MÉTHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune II de Bamako.

Elle est limitée :

Au nord par la colline du Point G ;

Au sud par le fleuve Niger ;

A l'est par le marigot de Korofina ;

A l'ouest par le Boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (, Bakaribogou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura Bagadadji, Missira, Niaréla, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'Gomi)

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement et d'un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et obstétricales qui fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens quatre jours par semaine (lundi au jeudi).

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides-soignantes.

Une équipe de garde permanente travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux étudiants thésards, de deux sages-femmes, de deux infirmières obstétriciennes, d'un infirmier anesthésiste réanimateur, de deux manœuvres et d'un chauffeur d'ambulance.

Un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente minutes où l'équipe de garde effectue le compte rendu des prestations. Ce staff est dirigé par les gynécologues obstétriciens.

2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique rétrospective allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021, soit 5ans.

3. Population d'étude.

Notre population d'étude regroupait toutes les patientes qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale gynécologique ou obstétricale.

4. Les critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes qui ont subi une hystérectomie par voie haute ou basse dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF CII pendant la période de l'étude.

5. Les critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans ce travail:

- Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie du CSREF CII.
- Toute autre intervention différente d'une hystérectomie au service de gynécologie.

6. Technique d'échantillonnage

Nous avons réalisé un échantillon exhaustif

L'échantillon a été constitué des femmes qui ont été opérées d'hystérectomie pendant la période d'étude.

7. Variables étudiées

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

8. Les supports de collecte

Un questionnaire a servi de support à la collecte des données.

Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes, le registre de compte rendu opératoire, les registres d'admission du service, les dossiers d'anesthésie.

9. Définitions opérationnelles:

- **Venue d'elle-même:** Patientes admises directement dans le service sans passer par un autre centre.
- **Référée:** Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.
- **Evacuée:** Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.
- **Hystérectomie totale:** est l'ablation de l'ensemble du corps et du col de l'utérus.
- **Hystérectomie gynécologique:** Toute hystérectomie réalisée en dehors de toute notion de grossesse.
- **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.
- **Rupture utérine :** Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus siégeant entre le fond utérin et le segment inférieur.
- **Hystérectomie d'hémostase :** est une ablation chirurgicale de l'utérus afin d'assurer l'hémostase en cas de l'hémorragie du post partum.

RESULTATS

V-RÉSULTATS

Du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2021, nous avons enregistré 60 cas d'hystérectomies sur 3612 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 1,66%.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : répartition des patientes selon les tranches d'âge.

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquences (%)
20 – 29 ans	9	15
30 – 39ans	14	23,3
40 – 49ans	23	38,3
50-65ans	14	23,3
Total	60	100

La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 40 et 49 soient 38,3% avec une moyenne de 45,65ans.

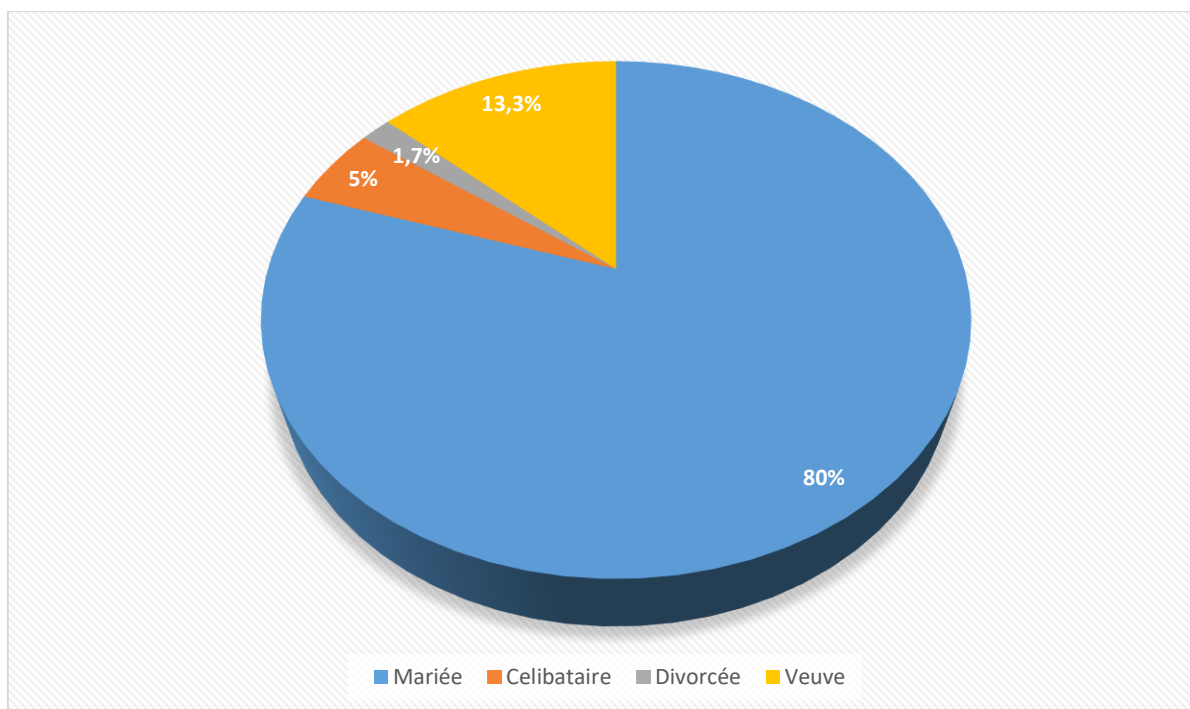


Figure 24: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les patientes mariées étaient les plus représentées soit 80%.

Tableau II Répartition des patientes selon le niveau scolaire

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquences (%)
Non scolarisée	31	51,7
Primaire	11	18,3
Secondaire	14	23,3
Supérieur	4	6,7
Total	60	100

La majorité des patientes était non scolarisées avec 51,7% des cas

Table III: Répartition des patients selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectifs	Fréquence (%)
Evacuée	8	13,3
Venue d'elle même	52	86,7
Total	60	100

Les patientes venues d'elle -même étaient les plus représentées soit 86,7%.

Tableau IV: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Fréquences (%)
Douleur pelvienne	2	3,3
Métrorragie	27	45
Sensation de boule dans le vagin	4	6,4
Sensation d'une masse pelvienne	7	11,7
Hémorragie intra -partum	1	1,7
Hémorragie post-partum	6	10
Travail d'accouchement	5	8,3
Césarienne prophylactique	8	13,3
Total	60	100

Le motif fréquent de consultation était dominé par les métrorragies soit 45%.

Tableau V: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Fréquences (%)
Salpingectomie	1	1,7
Césarienne	13	21,7
Appendicectomie	2	3,3
Myomectomie	4	6,7
Kystectomie	5	11,5
Cure de prolapsus génital	3	1,8
Aucun	32	53,3
Total	60	100

La majorité des patientes était sans antécédents chirurgicaux soit 53,3%

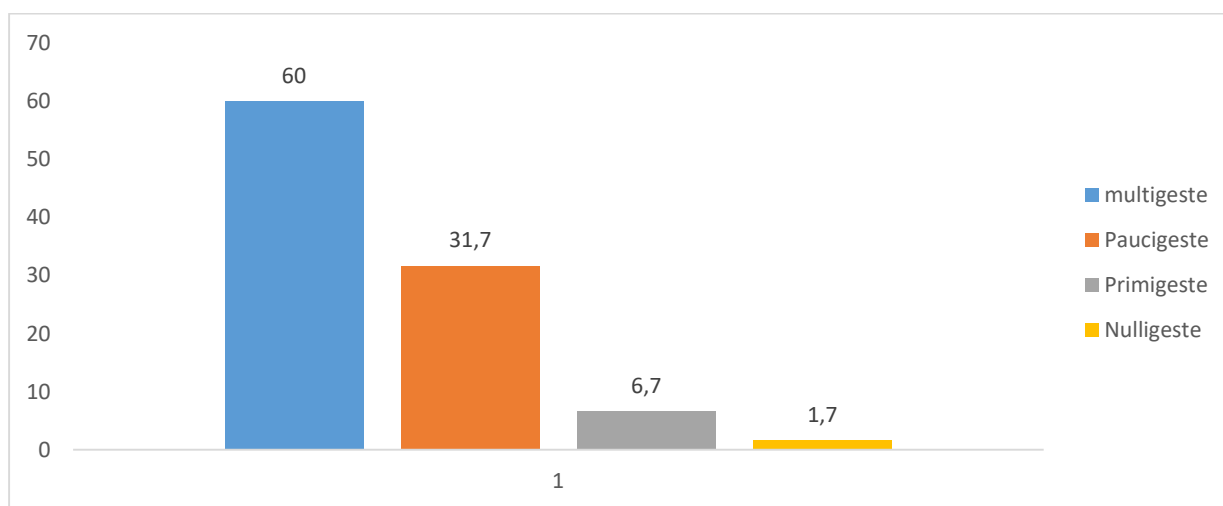


Figure 25 Répartition des patientes selon la gestité

Les multigeste étaient les plus représentées soit 60%

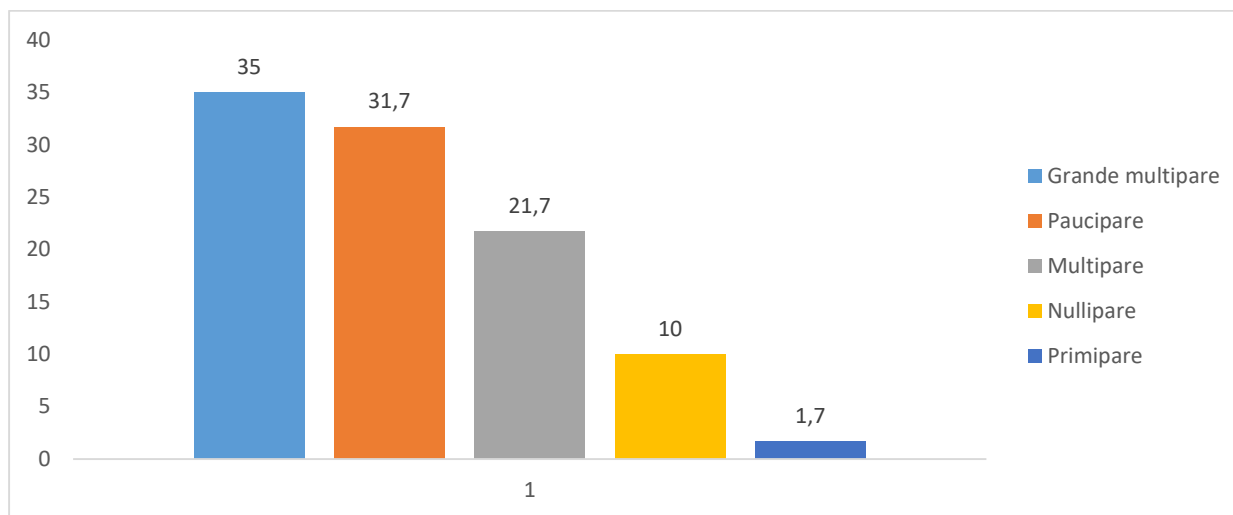


Figure 26: Répartition des patientes selon la parité

Les grandes multipares ont représenté 35% des patients

Tableau VI: Répartitions des patientes selon le nombre d'enfants vivants.

Nombres d'enfants vivants	Effectifs	Fréquence (%)
Aucun	7	11,7
1-3	22	36,7
≥ 4	31	51,7
Total	60	100

Les patientes ayant 4 enfants et plus étaient les plus représentées soit 51,7%.

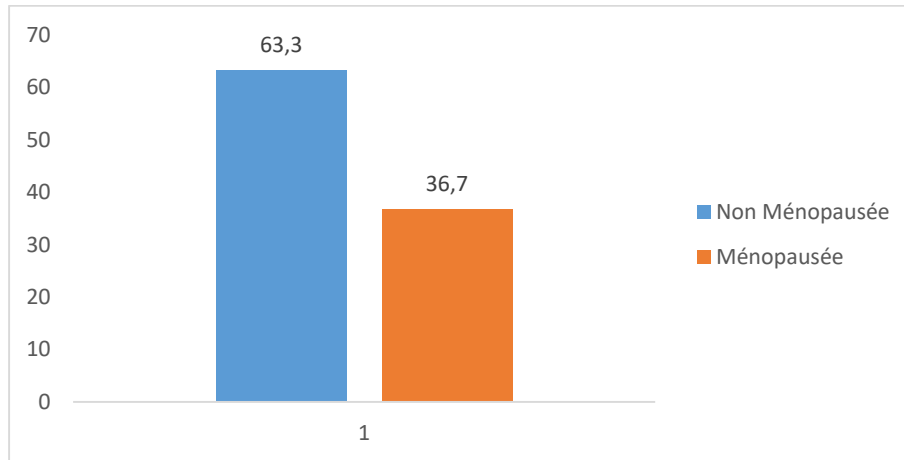


Figure 27: Répartitions de patientes selon le statut ménopausique

Les patientes non ménopausiques représentaient plus de la moitié soit 63,3%.

Tableau VII: Répartitions des patientes selon les résultats du test de dépistage du cancer du col de l'utérus (IVA/IVL).

Résultat du test de dépistage du cancer du col (IVA/IVL).	Effectifs	Fréquence (%)
Positif	4	6,7
Négatif	21	35
Non fait	35	58,3
Total	60	100

La majorité des patientes n'ont pas réalisé le test de dépistage du cancer du col soit 58,3% pour manque de sensibilisation.

Tableau VIII: répartition des patientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectifs	Fréquence (%)
Rupture utérine	3	5
Fibrome utérin	20	33,3
Prolapsus utérin 3 ^e dégré	5	8,3
Lésion précancéreuse	1	1,7
Cancer de l'endomètre	4	6,7
Hémorragie du post-partum	19	31,7
Adénomyose	4	6,7
Cancer du col	4	6,7
Total	60	100

Le fibrome est le plus représenté soit 33,3%.

Tableau IX: répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie.

Indication de l'hystérectomie	Effectifs	Fréquence (%)
Prolapsus utérin	5	8,5
Lésion pré cancéreuse	1	1,7
Cancer de l'endomètre	4	6,7
Adénomyose	4	6,7
Hystérectomie d'hémostase	21	35
Utérus polomyomateux	21	35
Cancer du col	4	6,7
Total	60	100

L'indication d'hystérectomie majoritaire était représentée par l'hystérectomie d'hémostase et utérus polomyomateux soit chacun 35%.

Tableau X Répartition des patientes selon le caractère urgent ou pas.

Caractère urgent ou pas	Effectifs	Fréquence (%)
Urgence	22	36,7
Programmée	38	63,3
Total	60	100

Les patientes programmées étaient majoritaires soient 63,3%.

Tableau XI Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectifs	Fréquence (%)
Generale	14	23,3
Loco-regionale	46	76,7
Total	60	100

L'anesthésie loco-régionale était la plus utilisée soit 76,7%.

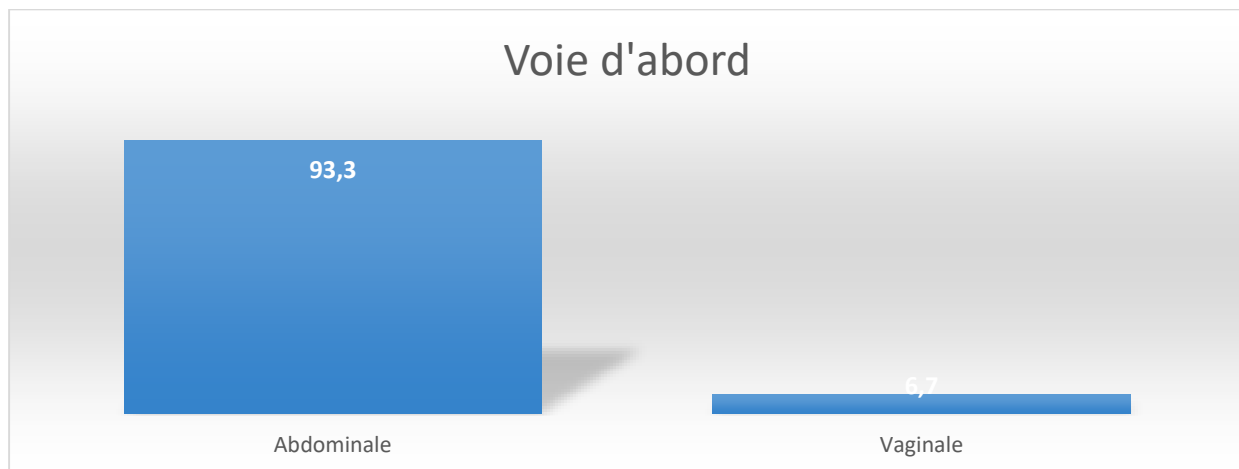


Figure 28: Répartition des patientes selon la voie d'abord

La voie abdominale était la plus fréquente avec une fréquence de 93,3%.

Tableau XII Répartition des patientes selon le besoin transfusionnel.

Transfusées	Effectifs	Fréquence (%)
OUI	29	48,3
NON	31	51,7
Total	60	100

Les patientes non transfusées ont représenté plus de la moitié soit une fréquence de 51,7%.

Tableau XIII Répartition des patientes selon les complications per-opératoires.

Complications per-opératoire	Effectifs	Fréquence (%)
Lésions vésicales	4	6,7
Difficultés d'hémostase	20	33,3
Aucune	36	60
Total	60	100

Les complications per-opératoire étaient dominé par les difficultés d'hémostase soit 33,3% des cas.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les complications post-opératoires.

Complications post-opératoires	Effectifs	Fréquences (%)
Suppurations pariétales	1	1,7
Anémie	16	26,7
Trouble de la coagulation	13	21,7
Aucun	30	63,8
Total	60	100

Les complications post opératoires étaient dominées par les troubles de la coagulation avec 13 cas décès soit 21,7%.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Fréquence (%)
< 5 jours	31	51,67
5 jours et plus	16	26,67
Patientes décédées dans les 6 premières heures.	13	21,66
Total	60	100

Selon la durée d'hospitalisation, 66% de nos patientes ont fait moins de cinq jours.

Tableau XVI: Relation entre le type d'hystérectomies et les complications per-opératoires

Type d'hystérectomie	Complications per-opératoire			Total
	Lésions vésicales	Difficultés d'hémostase	Aucun	
Hystérectomie Totale Inter-annexielle	0	5	6	11
Hystérectomie Totale+annexectomie bilatérale	4	6	26	36
Hystérectomie Subtotale	0	13	0	13
Total	4	24	32	60

Il existe un lien statistiquement significatif entre les complications per-opératoires et le type d'hystérectomie ($p < 10^{-3}$; $X^2 = 28,022$ avec correction de Yates).

Tableau XVII Relation entre le type d'hystérectomies et les complications post-opératoires

Type d'hystérectomie	Complications post-opératoire				Total
	Suppurations pariétales	Anémie	Aucun	Décès	
Hystérectomie Totale Inter-annexielle	0	3	4	4	11
Hystérectomie Totale+annexectomie bilatérale	1	6	26	3	36
Hystérectomie Subtotale	0	7	0	6	13
Total	1	16	30	13	60

Il existe un lien statistiquement significatif entre les complications post-opératoires et le type d'hystérectomie ($p=10^{-3}$; $X^2=17,642$ avec correction de Yates).

Tableau XVIII Répartition selon les circonstances de décès.

Décédés	Effectifs	Fréquence (%)
Rupture utérine	2	15,4
Hémorragie du post-partum	11	84,6
Total	13	100

La majorité des décès étaient dus à une hémorragie du post-partum soit une fréquence de 84,6%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus dans notre étude ont permis de faire les commentaires et la discussion suivants.

1. Fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons effectué 60 hystérectomies sur 3612 interventions chirurgicales soit une fréquence de 1,66 % de l'ensemble des interventions chirurgicales dans le service.

La fréquence des hystérectomies gynécologiques (39) sur l'ensemble des 3612 interventions au cours de la période d'étude est de 1,07% et celle des hystérectomies obstétricales (21) est de 0,58%.

La proportion des hystérectomies obstétricale était de 0,13% sur l'ensemble des accouchements (15285), elle était supérieure à celle rapportée par Camara D et al qui était de 0,11% [20]. C'est une intervention qui est capitale car souvent elle est le dernier recours du praticien pour sauver la vie de la patiente, particulièrement les hystérectomies d'urgence dans les pays en développement. Guirou A et Guindo A. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 9,16% en 2013 à Mopti [21] et 20,77% en 2019 à l'hôpital du Mali [22]. Cette différence pourrait être due à la durée d'étude et à la taille de l'échantillon.

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre. Nous avons réalisé 21 hystérectomies d'urgence soit 0,58%.

Notre taux d'hystérectomies d'urgence est supérieur à celui de Mathlouthi N et al.[23] en Tunisie ; Sy T et al à Conakry [24] et Diouf et al.[4] au Sénégal qui avaient rapporté respectivement 0,075% ; 0,16 % et 0,45% des cas et inférieur à ce Nayama et al. Au Niger [24] qui est de 1,25%.

Cela pourrait être dû à la différence d'organisation d'un pays à l'autre, le niveau de vie des populations et la population d'étude.

2.Caracteristique socio-démographiques

L'âge moyen est de 45,65ans dans notre étude avec les extrêmes de 30 et 66 ans. Malle S a trouvé 44,23 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 19 et 73 ans.

La tranche d'âge de 50 ans était la plus touchée soit 12,76 %. Malle S dans son étude a trouvé un taux de 30,2%. Ceci est dû au fait que les principales indications des hystérectomies gynécologiques touchent surtout les femmes d'âge avancé en période de pré ou de ménopause.

Les femmes mariées représentaient 31 cas soit 80%, non scolarisée 51,7%. Guindo A. [22] avait trouvé un taux de 47% des patientes non scolarisées, témoignant toujours la problématique de la non scolarisation des filles.

Dans notre étude les multipares représentaient 21,7% contre 46,5% dans l'étude de Malle.

Ces taux sont inférieurs à ceux de Guindo A. [22] qui a trouvé une proportion plus élevée soit 58,57%. Le taux des nullipares était de 10%, ce taux est supérieur à celui de Malle S [17].

Ces différences de parité pourraient s'expliquer par la différence du taux de natalité qui dépend du niveau d'instruction, du développement économique des pays qui peut affecter le comportement procréateur des femmes et l'utilisation des méthodes contraceptifs.

Dans notre étude les antécédents les plus fréquents étaient les césariennes, les myomectomies, et les appendicectomies avec un taux respectivement de 21,7%,6,7%, et 3,3%. Ce taux est nettement supérieur à celui de Malle S [17] qui a trouvé un taux de césarienne de 8,1% et 1,2% d'appendicectomie.

Les patientes venues d'elle même représentaient 86,7% ;13,3% avaient été référées. Cela montre que les patientes étaient majoritairement programmées pour prolapsus et utérus polomyomateux.

Le principal motif de consultation était les métrorragies soit 45%, ce résultat est similaire à celui de Guirou A. [21] qui a trouvé une fréquence de 40,5%.

3. Donnée relatives à l'hystérectomie :

L'utérus polomyomateux était la pathologie la plus représentée soit 35%.

Nous avons pratiqué 21 hystérectomies obstétricale, 39 hystérectomies gynécologiques et 56 cas d'entre elle ont été effectués par la voie abdominale contre 4 par la voie basse. Cela était lié au fait que l'utérus polomyomateux représentait la principale indication d'hystérectomie dans notre étude.

Dans notre étude nous avons enregistré 29 cas soit un taux de transfusion de 48,3% contre 25,6% dans l'étude de Malle S. [16] Aucune complication post transfusionnelle n'a été enregistrée

L'antibiotique, l'analgésie, et traitement martial ont été administrées chez chaque cas.

Les hystérectomies totales inter annexielles et les hystérectomies subtotaux représentaient 18,3% et 21,7% chacune, et les hystérectomies totales avec annexectomies bilatérales 36%. Ce résultat est contraire à celui de Malle S [16] qui a trouvé une fréquence de 58,1% d'hystérectomies totales inter annexielles.

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 76,7% et 23,3% sous anesthésie générale. Nous avons enregistré 8 cas de rachianesthésie convertie en anesthésie générale a cause de la prolongation du temps d'intervention liée à des difficultés d'hémostase.

5. Pronostic

Nous avons enregistré comme complications per opératoire 4 cas de lésions vésicales soit 6,7% ; 20 cas de difficulté d'hémostase soit 33,3% ; 60% étaient sans complications.

Les complications post opératoires étaient marquées par 1 cas de suppuration pariétale soit 1,7% ; 16 cas d'anémies soit 26,7% et 63,8% étaient sans complications.

Plus de la moitié de nos patientes ont fait moins de 5 jours avec 31 cas soit une fréquence de 51,7%. Les patientes transfusées ont fait plus de 5 jours.

Nous avons enregistré 13 cas de décès durant ces 5 années de notre étude suite au trouble de coagulation compliqué d'état de choc soit 21,7%. Par contre Guirou A [20] dans son étude a rapporté un taux de décès maternelle à 3,5% et celui de Malla S [16] à 1,3%. Cette différence pourrait être due à la durée d'étude et à la taille de l'échantillon.

CONCLUSION

1–CONCLUSION

L’hystérectomie reste une intervention chirurgicale couramment réalisée au CSREF CII, occupant la 2^{ème} place après la césarienne.

Hystérectomies totales bilatérales, hystérectomies totales inter-annexielle, hystérectomies subtotaux avec respectivement comme fréquence 60%,18% et 22%. Mais elle demeure une intervention à risque élevé avec les complications que nous avons rencontrées.

Les décès survenus dans notre étude sont plutôt en rapport avec les indications d’hystérectomies.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre travail, nous formulons les recommandations ci-après à l'endroit:

2.1. Aux autorités politiques et sanitaires:

- Doter le service des matériels adéquats de l'hystérectomie (boîtes d'hystérectomie).
- Faciliter l'accès au produits sanguins et dérivés.
- Rendre disponible les examens anatomo-pathologiques.

2.2. Aux personnels de santé:

Informé, éduquer la population pour le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses.

Remplir correctement les dossiers.

Encourager le don de sang.

Prévoir du sang avant toute intervention chirurgicale.

2.3. Aux populations:

Fréquenter le service de dépistage du cancer du col.

Consulter à temps pour des problèmes gynécologiques, notamment :

- Saignement après la ménopause.
- Saignement suite aux rapports sexuels.
- Quand les règles deviennent prolongées et abondantes.

REFERENCES

RÉFÉRENCES

1. Lansac J, Body G, Magnin G. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. Elsevier-Masson, 2011. 160-87p.
2. Lah B. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire « mère-enfant » le Luxembourg. Thèse n°66, FMOS-USTTB, Mali.
3. Balde IS, Diallo BS, Sy T, Diallo Y, Mamy MN, Diallo MH, et al. Les hystérectomies au CHU de Conakry, caractéristiques sociodémographiques et cliniques, types, indications, voies d'abord et pronostic. Med Santé Trop 2014; 24:379-382.
4. Dongmo R, Kouam L, Doh AS, Ngassa P, Wamba Temgoua M. Hystérectomie obstétricale d'urgence : à propos de 31 cas au CHU de Yaoundé. Edited by Aldo Campana. Cameroun ; 2023 ; 3(1) : 2-11.
5. Diouf A. L'hystérectomie obstétricale d'urgence, Contraception fertilité, sexualité à propos de 35 cas. Thèse Med. Dakar 1998,172p
6. Kouma A. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas. Thèse n° 98, FMOS-USTTB, Mali. 84p
7. Sissoko S. Hystérectomie vaginale dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital du point" G" à propos de 58 cas. Université de Bamako, Mali ; 2002 ; 58p.
8. Traoré A, Coulibaly MB, Traoré SO, Sissoko A, Diani N, Mangara FS et al. L'Hystérectomie Vaginale dans le Service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali. The journal of medicine and Biomedical sciences, health sciences and disease. 2020; 21 (11); 45-47.

9. Kamina P. Anatomie clinique. 2^{ème} Edition, Tome 3 : Thorax et abdomen. Paris : Maloine 2007. 378p.
10. Sentilhes L, Scmitz T, Lansac J. Obstétrique pour le praticien. 7^{ème} éd. Issy-les moulineaux: Elsevier-Masson; 2022.
11. Lansac P. Gynécologie pour le praticien, 4eme Edition. Mars 1994, page 14 à 56. Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.
12. Diakité KM : Hystérectomie au service de Gynecologie-Obstetrique à l'Hôpital Régional de Kayes à propos de 37 cas ; Année 2010 -2011,102p
13. Pelage JP, Laissy JP. Prise en charge des hémorragies graves du post-partum immédiat et technique de l'embolisation artérielle. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004; 33(8): 93-102.
14. Sidibé M. Etude épidemio-clinique et pronostique des hystérectomies d'hémostase dans le service de gynecologie-obstetrique du CSREF de la commune I du District de Bamako. Thèse n°237 FMOS-USTTB, Mali. 113p
15. Subtil D, Cosson M, Vinatier D. Epidémiologie des Hystérectomies. Hystérectomies pour pathologies bénignes. Masson, Williams & Wilkins, Paris-France,1997: 151-9.
16. Malle S. Hystérectomies dans le service de gynéco-obstétrique de L'Hôpital de Sikasso. Thèse Med ; 2022.98p
17. Goro M. Les Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako à propos de 107cas.Thèse Med. Bamako 2015. N°304. 98p.
18. Lambaudie E, Boukerrou M, Cosson M, Querleu D. « Hystérectomie pour lésions bénignes : complications per-opératoires et postopératoires précoces » Annales de chirurgie 2000 ; 125 : 340-345.
19. Lansac J, G. Body, G. Magnin. La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. PARIS : Masson; 1998. Page 23 à 48; 227 à 242

- 20.** Camara D, Kone J, Sidibe A, Bocoum A, Sissoko H, Traore S, et al. Hystérectomies d'Hémostase à Bamako: Aspects Épidémiocliniques et Pronostic Maternel. *Health Sci.* 2018 ;19(3).
- 21.** Guirou A. Etude épidémiologique et clinique des hystérectomies à L'Hôpital Somine Dolo de Mopti á propos de 57 cas. Thèse Med.Bamako.2013.119p
- 22.** Guindo A. L'hystérectomie dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali à propos de 70 cas. Thèse Med.Bamako.2019.87p
- 23.** Mathlouthi N, Trabelsi H, Sonia Z, Amouri H, Dhouib M, Chaaben K et al. Hystérectomie d'hémostase : indications et pronostic. *La tunisie medicale* 2012 ; 90 (8 , 9) : 625-62.
- 24.** Sy T, Leno DWA, Conte I, Camara MK, Diallo AB, Bah IK, Hamadou MA, Tolno J, Hyjazi Y, Keïta N. Hystérectomie obstétricale : trois ans d'expérience à la Maternité Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. *Journal de la SAGO.* 2017 ;18(1) : 22-26.
- 25.** Nayama M, Moulaye AA, Djibril B, Garba M, Idi N, Boukerrou M. Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipés : un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. *Gynecol Obstet Fertil* 2006 ; 34 : 900-5.
- 26.** Kamina P. Anatomie opératoire : Gynécologie et Obstétrique. Paris : Maloine 2000. 325p.

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 Statut matrimonial:/_____/ 1. Mariée polygame 2. Mariée monogame 3. Célibataire. 4. Veuves

Q4 Profession /_____/ 1. Ménagère 2. Commerçante 3. Elève/Etudiante 4. Fonctionnaire 5. Autres

Q5 Niveau d'instruction : /_____/ 1. Scolarisée 2. Non scolarisée

Etude clinique :

Q6 Mode d'admission /_____/ 1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Evacuée

Q7 Motif de consultation /_____/ 1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital 4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie intra partum 6. Hémorragie post-partum immédiat 7. Saignements post-coïtaux 8. Césarienne

Q8 Antécédents médicaux /_____/ 1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Asthme 5. Autre 6. Aucun

Q9 Les antécédents chirurgicaux : /_____/ 1. GEU 2. Kystectomie 3. Appendicectomie 4. Césarienne 5. Myomectomie 6. Autres 7. Aucun

Q10 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

Q11 Est-elle ménopausée ? /_____/ 1. Oui 2. Non

Q12 Examen général /_____/ 1. Bon état général 2. État général passable 3. Mauvais état général

Q13 Le Diagnostic : /_____/ 1. Rupture utérine 2. Fibromes utérins 3. Prolapsus utérins 4. Ménométrorragies rebelles 5. Adénomyose 6. HRP 7. Prolapsus utérin 8. HPPI

C - Les examens complémentaires

Q14 Test de dépistage du cancer du col /_____/ 1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q15 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie /_____/ 1. Cancer in situ 2. Invasif 3. Non fait

Traitement : Hystérectomie

I –traitement chirurgical:

Q16 Hystérectomie /_____/ 1. Obstétrical 2. Gynécologique

Q17 Type d'hystérectomie /_____/ 1. Hystérectomie totale inter annexielle 2 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale 3 Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale 4 Hystérectomie subtotale inter annexielle 5 Hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale 6 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale

Q18 Anesthésie /_____/ 1. Loco régionale 2. Générale

Q19 Voie utilisé /_____/ 1. Abdominale 2. Vaginale 3. Mixte

Q20 Diagnostic per- opératoire /_____/ 1. Idem 2. Autres

Q21 Complications immédiates /_____/ 1. Lésion vésicale 2. Lésion digestive 3. Lésion Urétérale 4. Hémorragie 5. Anesthésique 6. Choc anaphylactique au sang 7. Aucun

Q22 Complications secondaires /_____/ 1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite 4. Eventration 5. Anémie 6. Septicémie 7. Autres 8. Aucun

Q23 Transfusion /_____/ 1. Oui 2. Non

Q24 Antibioprophylaxie per opératoire /_____/ 1 Oui 2. Non

Q25 Antibioprophylaxie postopératoire /_____/ 1 Oui 2. Non

Q26 Si Oui Durée /_____/

Q27 Autre traitement reçu à préciser : -----

Q28 Durée d'hospitalisation /_____/ 1. Inf à 5jours 2. Sup à 5 jours

Q29 Etat á la sortie /_____/ 1. Bon 2 Mauvais 3. Évacuée 4. Décédée

FICHE SIGNALYTIQUE

Nom: FOFANA

Prénom: Abdoulaye

Titre de thèse: les hysterectomies: indications et pronostic au Centre de Santé de Référence de la commune II de Bamako

Année universitaire: 2023-2024

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali Tel: (223) 92184882

Email: Abdoulayefofana19kv13@gmail.com

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt: Gynécologie-obstétrique et santé publique

Résumé : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique rétrospective allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021, soit 5ans. Elle visait à étudier tous les cas d'hystérectomie chirurgicale gynécologique ou obstétricale. A l'issu de notre étude 60 hystérectomies ont été enregistrées sur un ensemble de 3612 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricale soit une fréquence de 1,66%. La tranche d'âge la plus représentée était 40-49 ans avec 38,3%, l'âge moyen était de 45,65 ans avec des extrêmes de 20 et 65 ans. Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 35%. Les indications les plus fréquentes étaient l'hystérectomie d'hémostase et l'utérus polymyomateux avec 35% chacun. L'hystérectomie abdominale a été la voie d'abord chirurgicale la plus utilisée (93,3%) contre 6,7% pour la voie basse. L'hystérectomie totale plus annexectomies bilaterale dans ont représenté 60% des cas, subtotale avec 21,7% des cas et total dans 12,3% des cas. Le pronostic per et post opératoire était satisfaisant dans 78,3% des cas. Cependant il est à noter 33,3% de difficulté d'hémostase, avec 6,7% de lésions vésicales avec 0,36% de cas de décès enregistré.

Mots clés : Hystérectomie, gynécologique, indications, pronostic, CSREF commune II

SAFETY DATA SHEET

Name: FOFANA

First name: Abdoulaye

Thesis title: hysterectomies: indications and prognosis at the Reference Health Center of Commune II of Bamako

Academic year: 2023-2024

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali Tel: (223) 92184882

Email: Abdoulayefofana19kv13@gmail.com

Place of deposit: FMOS Library of Bamako

Sector of interest: Gynecology-obstetrics and public health

Summary: This is a cross-sectional, descriptive and retrospective analytical study spanning from January 1, 2017 to December 31, 2021, i.e. 5 years. It aimed to study all cases of gynecological or obstetric surgical hysterectomy. At the end of our study, 60 hysterectomies were recorded out of a total of 3612 gynecological and obstetric surgical procedures, representing a frequency of 1.66%. The most represented age group was 40-49 years old with 38.3%, the average age was 45.65 years old with extremes of 20 and 65 years old. Large multiparous women were the most represented with 35%. The most frequent indications were hemostasis hysterectomy and polomyomatous uterus with 35% each. Abdominal hysterectomy was the most used surgical approach (93.3%) compared to 6.7% for the lower route. Total hysterectomy plus bilateral adnexectomies represented 60% of cases, subtotal with 21.7 % of cases and total in 12.3% of cases. The per and postoperative prognosis was satisfactory in 78.3% of cases. However, it is worth noting 33.3% difficulty in hemostasis, with 6.7% bladder lesions with 0.36% cases of death recorded.

Keywords : Hysterectomy, gynecological, indications, prognosis, common CSREF II

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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