

Ministère de l'Enseignement
Supérieur 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
(FMOS)

Année universitaire 2023 – 2024

THESE

N° : /

HYSTERECTOMIES GYNECOLOGIQUES DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIOILA

Présentée et soutenue publiquement le 17 / 12 / 2024
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

par : **M. DEMBELE BAKARI**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

PRESIDENT : M. Birama TOGOLA Professeur
MEMBRE : M. Abdrahamane DIABATE Médecin
CODIRECTEUR : Mme THERA Aminata KOUMA Maitre-Assistant
DIRECTEUR : M. Tioukani Augustin THERA Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Bismil-lahir-Rahmanir-Rahimi.

Je dédie tout ce travail au bon DIEU, le tout puissant ; le Miséricordieux, d'Omniscient, l'Omnipotent. Je rends Grâce au Seigneur, Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici-bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du destin, de nous avoir donné une longue vie pleine de succès, de santé de prospérité et de nous guider sur le bon chemin. AMEN !

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

A mon père : OUMAR DEMBELE

Je suis particulièrement fier et heureux de t'avoir eu comme père. Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté font de toi un père modèle et un homme digne. Tu nous as inculqué les valeurs de la dignité, de la justice, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as ménagé tant d'effort pour la réussite scolaire et universitaire de tes enfants. Ta participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable ; je te remercie pour ce travail qui tourne une page de ma vie ; Que ce travail, un parmi tant d'autres, soit l'un des gages de mon affectueuse reconnaissance. Ce jour est l'aboutissement des fruits de tes efforts et de tes nombreuses prières. Que Dieu t'accorde le bonheur ici-bas et de l'au-delà. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce travail y contribuera en partie.

A ma mère : KOROTOUMOU DEMBELE

Chère mère, aucun remerciement, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je te porte.

Maman, ce travail est le fruit de ton endurance. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours soutenus, rassurés et réconfortés. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que vous souhaitiez incha Allah. Et surtout pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causée. Tu es notre fierté de tout le temps. Les mots me manquent pour te remercier ;

Sache tout simplement que je t'aime très fort !

Que Dieu t'accorde une longue et heureuse vie à nos côtés Maman.

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

A ma mère DJARATOU SOGOBA :

Merci pour tes soutiens et tes bénédictions. Longue vie à toi.

A mon grand-père : Feu Nouhoum DEMBELE

J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. Grand-père, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu nous as transmis à travers notre père une éducation exemplaire. Repose en paix Baba.

A ma grand-mère : Karia DIAKITE

Aux plus douces et aux plus tendres des grandes mères, Aucun mot voire qualificatif ne pourra exprimer mes sentiments envers vous. Qu'Allah vous accorde une longue vie et une santé de fer.

A mes frères et sœurs : Nouhoum dit Vieux, Djibril, Arouna, Haoua, Fatoumata, Mariam, Assétou, Afsatou, Salimata

Courageux, très compréhensifs, c'est une fierté de vous avoir à mes côtés car vous êtes tout simplement formidables. Vous avez répondu présents à mes besoins. Puisse ALLAH vous donner tout le bonheur possible, Qu'il exauce tous vos vœux. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN !

A mes tontons et tantes : Drissa Dembélé, Seydou Dembélé, Tahirou Dembélé, Bakary Dembélé, Mamoutou Dembélé, Mariam Dembélé, Salimata Dembélé, Fanta Dembélé, Feu Sitan Sanogo, Korotoumou Dembélé.

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis que je suis très petit jusqu'à la réalisation de cette thèse. J'en serai toujours reconnaissant, que la Grace du Seigneur vous accompagne, qu'il resserre nos liens de fraternité. AMEN.

A mon logeur : Moussa Konaté dit Sah et sa famille

Il me serait ingrat de méconnaître tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonté, générosité, souci de la réussite, esprit de compassion durant tant d'années au Point G m'ont permis de réaliser aisément ce travail. Que Dieu vous prête longue vie !

A mon logeur : Honorable Dotian Traoré et sa famille

Je ne serai arrivé jusqu'ici sans vous. Vous m'avez traité comme votre propre fils. Merci pour le soutien, l'accompagnement, la disponibilité, la sympathie et surtout l'accueil que vous m'avez fait. Je vous serai toujours reconnaissant. Qu'ALLAH vous récompense.

A ma chère épouse : Aminata DIALLO

Merci pour ton amour, ta gentillesse et ta générosité. Merci pour tout ce que tu fais pour moi. Femme courageuse, dévouée, croyante et respectueuse. C'est le lieu aujourd'hui pour moi de te témoigner la bonne éducation reçue de tes parents. Tu m'exprime confiance et amour. Je suis persuadé que tu seras pour moi l'épouse dont j'ai tant rêvé d'avoir. Que DIEU nous donne la chance d'être unis pour toujours ; qu'il nous donne longue vie couronnée de bonheur, de santé avec de beaux enfants bénis. Amen !

A mes amis et camarades : Issouf S Coulibaly, Assim Diallo, Bakary Coulibaly, Salif S Coulibaly, Abdoulaye Coulibaly, Abdoulaye Dembélé, Makan Kamissoko, Malla Keita, Mamadou Berthé, Issiaka Dembélé, Mamoutou Dembélé, Karamoko Dembélé, Moussa Dembélé, Chaka Dembélé, Youssouf Dembélé, Samba Diarra, Adama Diarra, Issa Makalou, Daouda Sangaré, Aboudou Nafana, Abdramane Koné

Je ne trouve pas les mots pour vous dire ce que vous représentez pour moi. Merci pour tout. Vous êtes la preuve que la famille ne se définit pas que par les liens du sang mais est plutôt une question de qui te tient la main le jour où tu en as le plus besoin. Je m'incline devant votre générosité et votre dévotion. Puisse Dieu renforcer davantage nos liens. Réussite et prospérité sont mes vœux pour chacun de nous.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères : -

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

Au Médecin chef et gynécologue obstétricien : Dr Diabaté Abdrahamane

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire. Les mots me manquent pour vous remercier tout ce que vous avez fait pour moi, veuillez recevoir cher maitre ma profonde gratitude pour votre disponibilité et votre dévouement pour notre encadrement.

Aux différents médecins et assistant médicaux du CSRef : Dr Kanté Diarrah, Dr Diabaté Kassoum, Dr Mallé Sidiki, Dr Ballo Djénébou, Dr Dramé Malick, Dr Coumaré Ismaila Dr Issa Fomba, M. Kamaté Aimé, M. Marico Fousseyni, M. Marico Lassina

C'était un privilège de travailler avec vous, merci de nous avoir transmis votre connaissance, recevez ma profonde gratitude. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

Aux sages-femmes, et infirmières obstétriciennes du service : Fatoumata Coulibaly, Dama Sidibé, Mme Diabaté Aminata, Rokiatou Coulibaly, Rokia Dembélé, Mossodié Doumbaré, Awa Fall, Awa Sidibé, Mariam Konaté, Sira Camara, Kiatou Fomba, Assétou Traoré.

Merci à vous pour toutes les considérations et soutiens tout au long de l'élaboration de ce travail.

A tout le personnel du CSRef de Dioïla

Merci à vous pour la bonne collaboration et pour votre humanisme durant l'élaboration de ce travail.

A mon DTC Dr Modi Sissoko et à tout le personnel du CSCom de Kati Koko2 :

Merci de m'avoir appris la base de la médecine et la manière d'accueillir les patients. J'en suis et serai reconnaissant.

A toute la quatorze promotion du numérus clausus (promotion Pr Sambou SOUMARE) ainsi que les étudiants de la FMOS : Vous m'excuserez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès et courage.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Birama TOGOLA

- ✓ **Professeur titulaire en chirurgie générale ;**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire ;**
- ✓ **Diplôme inter universitaire en pédagogie et science de la communication ;**
- ✓ **Diplôme universitaire en endo vasculaire périphérique ;**
- ✓ **Fellow du West African collège of surgeons (WACS) ;**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- ✓ **Membre de la société de chirurgie Thoracique et cardio vasculaire (SOCTCAV)**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du point G.**

Chère Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Que DIEU vous donne longue vie. Amen !

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Abdrahamane DIABATE

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien,**
- ✓ **Chargé de Recherche,**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Dioila,**
- ✓ **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Dioila.**

Cher maître ;

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre humanisme, votre exigence du travail bien fait, votre disponibilité constante et votre générosité font de vous une personne appréciée de tous.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Dr Aminata Kouma

- ✓ **Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati,**
- ✓ **Maitre -Assistant à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali ;**
- ✓ **Praticienne gynécologue obstétricienne au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati ;**
- ✓ **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Paris ;**
- ✓ **Diplôme d'Université : Endocrinologie de la reproduction et gynécologie médicale;**
- ✓ **Diplôme d'Université Européen d'hystéroscopie ;**
- ✓ **Diplôme d'Université Coloscopie et Pathologie Cervico-vaginale ;**
- ✓ **Diplôme d'Université de Coelioscopie Gynécologique au Benin ;**
- ✓ **Présidente de la commission médicale d'établissement du CHU PrBSS de KATI**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO).**

Cher maître ;

Votre disponibilité, votre ouverture d'esprit, votre humilité envers vos semblables ont impressionné. Votre capacité à écouter et à comprendre les autres, votre amour du travail bien fait ne peuvent que laisser des traces sur celui qui vous approche. Nous garderons de vous, l'image d'un maître passionné, rigoureux, courtois, dévoué. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Tioukani Augustin THERA

- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G ;**
- ✓ **Maitre de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique ;**
- ✓ **Ancien Faisant Fonction d’Interne des Hôpitaux de Lyon (France)**
- ✓ **Diplôme d’étude universitaire en thérapeutique et stérilité-Université Paris (France) ;**
- ✓ **Diplôme Européen d’Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d’Auvergne Clermont Ferrant (France) ;**
- ✓ **Diplôme inter universitaire d’échographie gynécologique et obstétricale : université Paris Descartes,**
- ✓ **Membre de la société africaine et française de gynécologie obstétrique ;**
- ✓ **Président de la commission médicale d’Etablissement au CHU Point-G.**

Cher Maître,

Votre spontanéité, votre modestie nous a énormément touché. Vos suggestions et vos remarques ont permis de conduire ce travail à son terme. C’est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre. Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants. Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération. Que le tout Puissant Allah vous protège. Amen !

SIGLES ET ABREVIATIONS :

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Loco Régionale

ATCD : antécédent

CHU : centre hospitalier universitaire

Cm : centimètre

CSCoM : centre de santé communautaire

CSRef : centre de santé de référence

Fig. Figure

FMOS : Faculté de Médecine et Odontostomatologie

g : gramme

g/dl : Gramme par décilitre

H : heure

Hb : Hemoglobine

HTA : hypertension artérielle

IVA : Inspection Visuel après application de l'acide acétique

IVL : Inspection Visuel après application du Lugol

l : litre

Lig. Ligament

Min : minute

Mm : millimètre

Mm hg : millimètre de mercure

NFS : Numération formule sanguine.

PrBSS : Professeur Bocar Sidy SALL

Q : question

RX : Radiographie

TS : Temps de saignement

TV : Toucher Vaginal

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de
Bamako

VS : vitesse de sédimentation

< : Inférieur

> : Supérieur

% : Pourcentage

$\leq$: Inférieur ou égal

$\geq$: Supérieur ou égal

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Personnel du CSRéf de Dioïla.....	47
Tableau II : Les différentes variables utilisées... ..	50
Tableau III : répartition des patientes selon le type d'intervention chirurgicale gynécologique.....	53
Tableau IV : Répartition des femmes selon l'âge.....	54
Tableau V : Répartition des femmes selon l'ethnie.....	54
Tableau VI : Répartition des femmes selon statut matrimonial.....	55
Tableau VII : Répartition des femmes selon la profession	55
Tableau VIII : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction... ..	56
Tableau IX : Répartition des femmes selon le milieu de provenance.....	56
Tableau X : Répartition des femmes selon la mode d'admission.....	57
Tableau XI : Répartition des femmes selon le motif de consultation... ..	57
Tableau XII : Répartition des femmes selon les antécédents médicaux.....	58
Tableau XIII : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux	58
Tableau XIV : Répartition des femmes selon la gestité	59
Tableau XV : Répartition des patientes selon l'activité génitale.....	60
Tableau XVI : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.....	61
Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'échographie pelvienne.....	62
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'histologie de la pièce de biopsie.....	62
Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie	63
Tableau XX : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie	63
Tableau XXI : Répartition des patientes selon le Type d'hystérectomie.....	64
Tableau XXII : Répartition des patientes selon la réalisation de la transfusion sanguine.....	65
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le geste associé.....	65
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates per opératoires.....	66
Tableau XXV : Répartition des patientes selon les complications.	67
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les Complications post opératoires	67
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	68
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la répercussion psychologique.....	68
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le vécu sexuel.....	69

Tableau XXX : Repartition des patientes selon la voie d'abord et l'âge.....	69
Tableau XXXI : Repartition des patientes selon la durée intervention chirurgicale et la voie d'abord.....	70
Tableau XXXII : Repartition des patientes selon le diagnostic et la voie d'abord.....	70
Tableau XXXIII : Repartition des patientes selon le diagnostic et la parité	71

LISTE DES FIGURES

Fig.1 : schéma des organes génitaux internes Rappel anatomique : [13].....	8
Fig.2 utérus vue latérale [14].....	10
Fig.3 topographie des ligaments [14]	14
Fig.4 Structure corps utérin en coupe transversale [14]... ..	15
Fig.5 Vascularisation artérioveineuse de l'utérus [14].....	17
Fig.6 Vascularisation lymphatique de l'utérus [14]... ..	18
Fig.7 : Installation de l'opérée et voies d'abord. [12].....	24
Fig.8: Les différentes étapes de l'hystérectomie conservatrice [12].....	26
Fig.9 : Colpotomie antérieure [14]... ..	30
Fig.10 : section des tractus du septum vésico-utérin [14]	31
Fig.11 : décollement vésico-utérin [14].....	31
Fig.12 : Contrôle du décollement vésico-utérin [14].....	31
Fig.13: Colpotomie postérieure [14].....	32
Fig.14 : Ouverture du Douglas [14].....	33
Fig.15 : section du paracervix.....	34
Fig.16 : ligature du paramètre de l'anse utérine	34
Fig.17 : extériorisation du fond utérin [14]	35
Fig.18 : ouverture du cul sac vésico- utérin [14].....	35
Fig.19 : clampage et ligature du pédicule des cornes utérines (cartouche) [14].....	37
Fig.20 : Peritonisation [14].....	37
Fig.21: L'hémisection médiane antérieure [14].....	39
Fig. 22 : Annexectomie [14].....	40
Fig.23 : Répartition des femmes selon la parité	59
Fig.24 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfant vivant... ..	60
Fig. 25 : Répartition des femmes selon le diagnostic... ..	61
Fig. 26 : Répartition des femmes selon la voie d'abord chirurgicale... ..	64
Fig. 27 : Répartition des femmes selon la Durée de l'intervention... ..	66

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
II.	OBJECTIFS	4
III.	GENERALITES	6
IV.	PATIENTS ET MÉTHODES.....	45
V.	RESULTATS.....	52
VI.	COMMENTAIRES	72
VII.	CONCLUSION	77
VIII.	REFERENCES	80
IX.	ANNEXES	83

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].

Cette ablation de l'utérus peut se faire par voie abdominale classique, par voie vaginale et actuellement par la coelio-chirurgie [2].

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 pas eu d'enfants. Elle est de pratique courante dans le traitement des lésions bénignes ou malignes de l'utérus et des annexes [3].

Elle représente l'activité chirurgicale de plus en plus fréquente après la césarienne en chirurgie gynécologique et obstétricale [4].

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

En France, une étude faite à l'hôpital PITIE SALPETRIERE par JOANA OLIVEIRA d'une période de 4 ans (2016-2019), sur 382 dossiers 325 cas étaient des hystérectomies totales pour pathologie bénigne soit 92,32% dont la principale indication était le fibrome utérin avec un taux de 77% [6].

En Afrique, au Benin sur 472 hystérectomies réalisées entre 2005 et 2009, 35 l'ont été par voie vaginale soit 7,41% [7].

Au Congo Brazzaville sur une période de 4 ans (Janvier 2003 au Décembre 2007), Buambo-Bamanga a retrouvé en 2009 au CHU de Brazzaville 366 hystérectomies gynécologiques sur 5388 cas d'interventions gynécologiques et obstétricales soit 6,8% dont la principale indication était le fibrome utérin avec un taux de 63,9% [8].

Au Mali, selon une étude faite l'hôpital national du point G entre 1990 à 1999, Kouma A, rapportait un taux de 12,4% d'hystérectomies vaginales [9].

A l'hôpital Mali, Aperou GUINDO a retrouvé 20,77% d'hystérectomies sur un effectif de 337 cas d'interventions gynécologiques et obstétricales en 2018 [10].

Au CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati, du 01/01/2018 au 31/12/2020 SIBY Bakara a rapporté 34,74% d'hystérectomies sur 213 d'interventions chirurgicales gynécologiques dont le fibrome utérin était l'indication la plus représentée avec 43,23%, suivie du prolapsus utérin 37,84% [11].

Au Centre de Santé de Référence de Dioïla, aucune étude n'a été réalisée sur les hystérectomies.

Le but de ce travail était d'analyser les résultats des hystérectomies gynécologiques au CSRef de Dioïla.

Pour atteindre ce but, nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

- Analyser les résultats des hystérectomies gynécologiques au Centre de Santé de Référence de Dioïla.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hystérectomies gynécologiques ;
- Décrire le profil sociodémographique des patientes ;
- Analyser les résultats des hystérectomies de causes gynécologiques au Centre de Santé de Référence de Dioïla.

GENERALITES

III. GENERALITES :

A-HISTORIQUE :

1-Hystérectomie abdominale : [12]

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

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

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

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

2-Hystérectomie vaginale : [12]

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

C'est en 1813 que Langenbeck fit, avec succès, la première hystérectomie vaginale pour cancer du col. En 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines.

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

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

B-RAPPEL ANATOMIQUE :

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

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

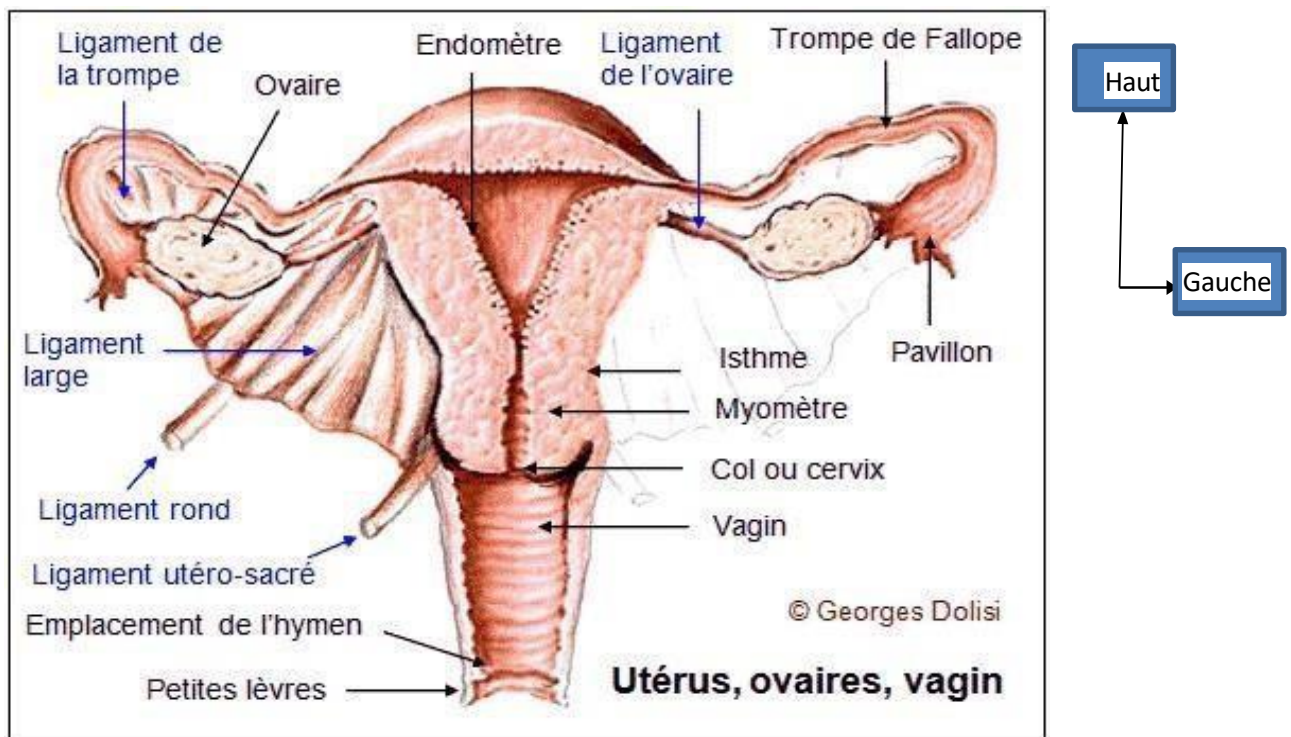


Fig.1 : schéma des organes génitaux internes : [13]

1. ANATOMIE DESCRIPTIVE :

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

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

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

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

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

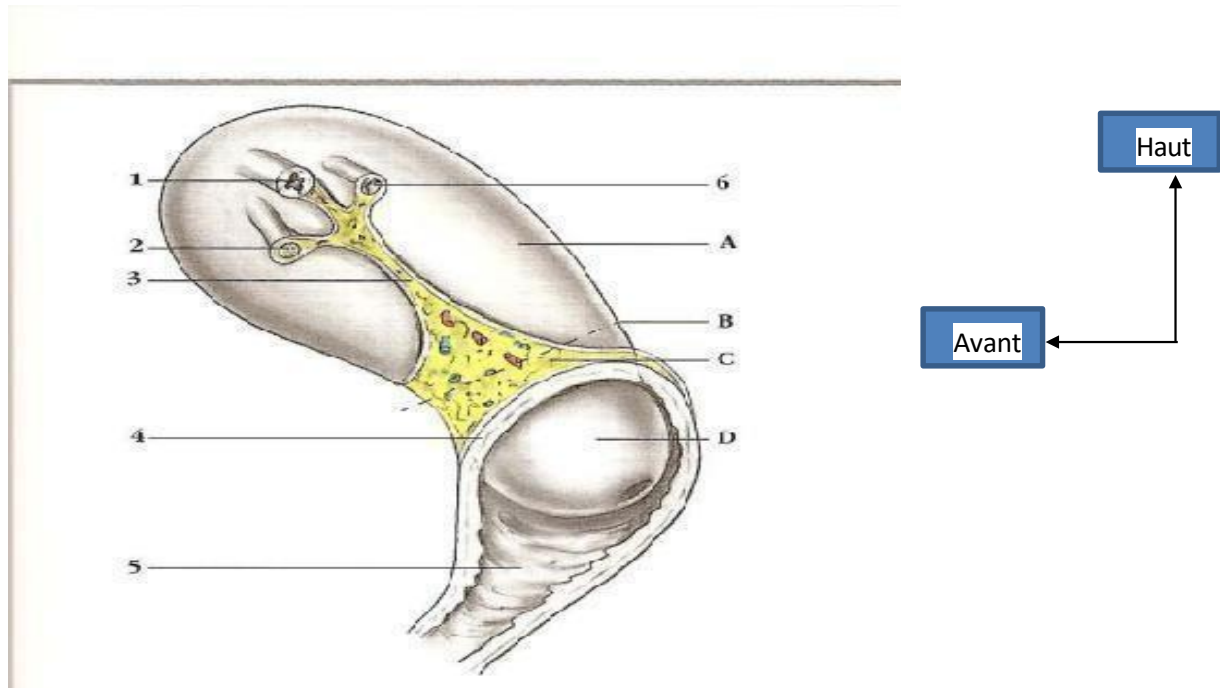
Face postéro-supérieure : fortement convexe, présente une crête médiane.

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

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

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

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



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

Fig.2 utérus vue latérale [14].

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

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

-Supra vaginale qui se continue avec le corps,

-Vaginale,

-Intravaginale encore appelée museau de tanche, accessible au toucher vaginal et au spéculum. Elle compte deux lèvres, un orifice externe dont la forme varie selon la parité, (nullipare, primipare, multipare).

Les dimensions de l'utérus varient suivant la parité :

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

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

1.3 Direction de l'utérus :

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

1.4 Configuration intérieure :

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

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

- Externe au sommet du museau de tanche ;
- Interne au niveau de l'isthme.

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

2. Anatomie fonctionnelle :

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

- Les moyens de soutènement,
- Les moyens de suspension,
- Les moyens d'orientation,

La vessie sur laquelle l'utérus prend appui est soutenu par le vagin à sa base.

Le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par l'anneau fibreux central du périnée.

Le vagin représente un hamac qui soutient le système urogénital.

-Les éléments musculaires en particulier le releveur de l'anus (faisceaux interne) permettent la fixation et la mobilisation du vagin

-Les éléments fibreux conjonctifs (fascia pelvien, fascia vaginal, paracervix) participent également au soutènement de l'utérus.

Le système de soutènement sert de contre appui aux extraits abdominaux. Les moyens de suspension :

-En arrière : les ligaments utéro-sacrés (2).

-En avant : les ligaments pubo-vésico utérins.

-Latéralement : le paramètre et le paracervix.

Les moyens d'orientation : ils sont essentiellement corporeaux :

-Ligaments ronds : responsables de l'antéflexion.

-Ligaments utéro-sacrés : responsables de l'antéversion.

-Le mésomètre : limite la latéro-version.

3. Anatomie topographique :

3.1 Les rapports péritonéaux : les ligaments de l'utérus

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

Ligaments larges :

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

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

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

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

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

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

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

Ligaments ronds :

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

Ligaments utéro-ovariens :

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

Ligaments utéro-sacrés :

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

Ligaments vésico-utérins :

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

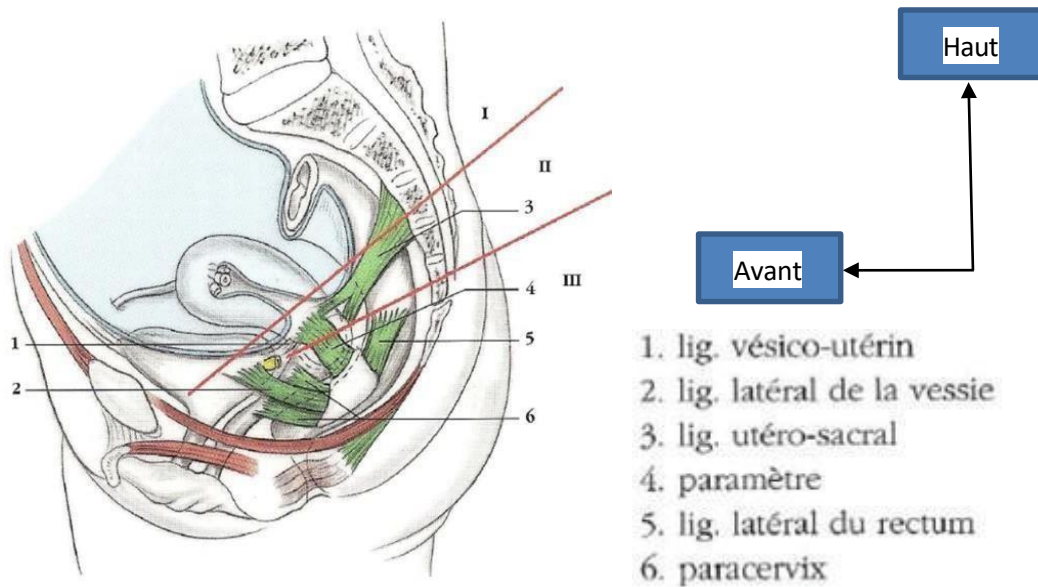


Fig.3 topographie des ligaments [14].

3.2- Rapport avec les organes :

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

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

Au-dessous de l'artère utérine répondent aux paramètres (artère vaginale, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique).

4. Anatomie microscopique :

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

4.1 La séreuse :

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

4.2 La musculuse (myomètre) : Au niveau du corps utérin

Elle comprend trois (3) couches :

- La couche sous séreuse ;
- La couche supra vasculaire ;
- La couche sous muqueuse ;

4.3 La tunique muqueuse :

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

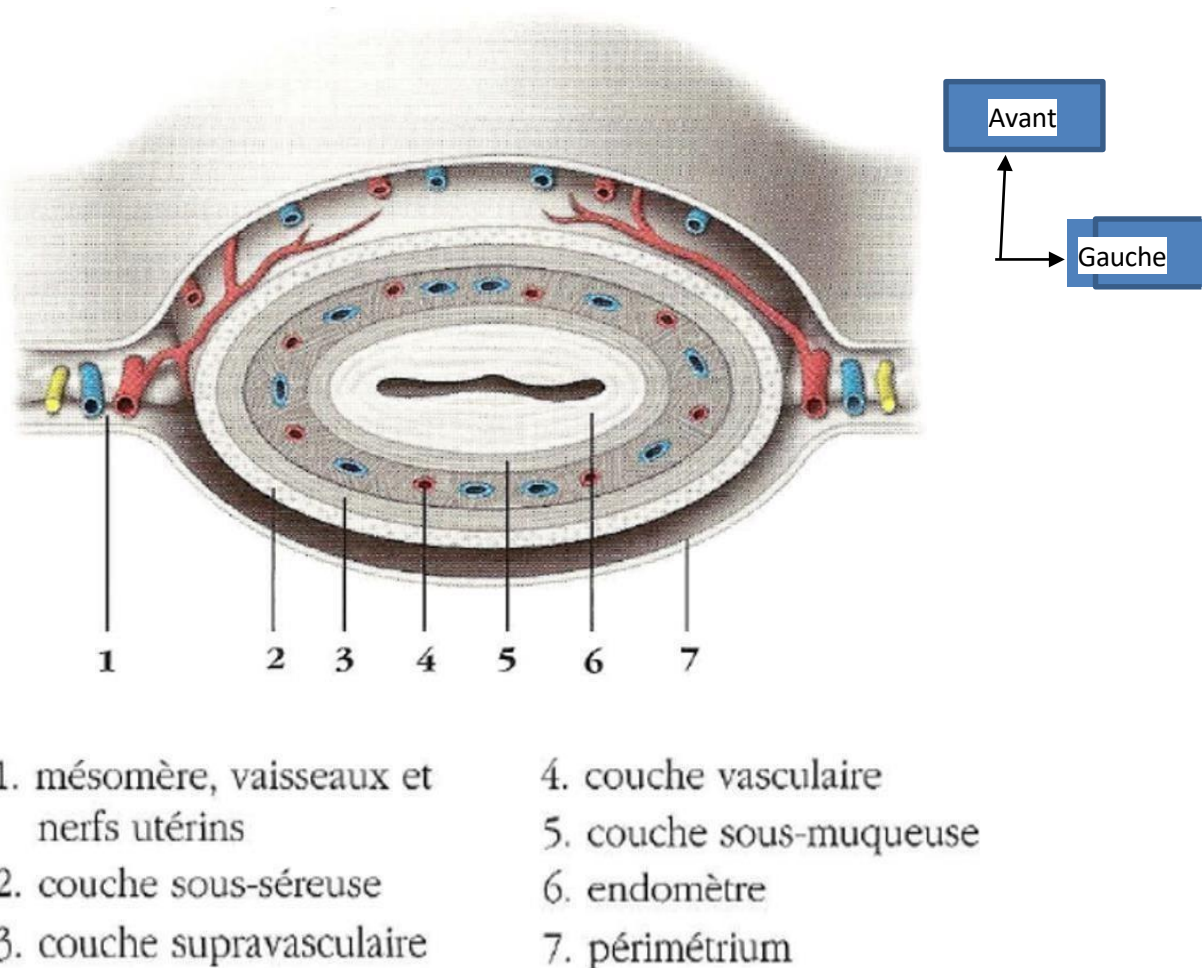


Fig.4 Structure corps utérin en coupe transversale [14].

5. Vascularisation utérine :

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

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

- Origine, trajet et rapports

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

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

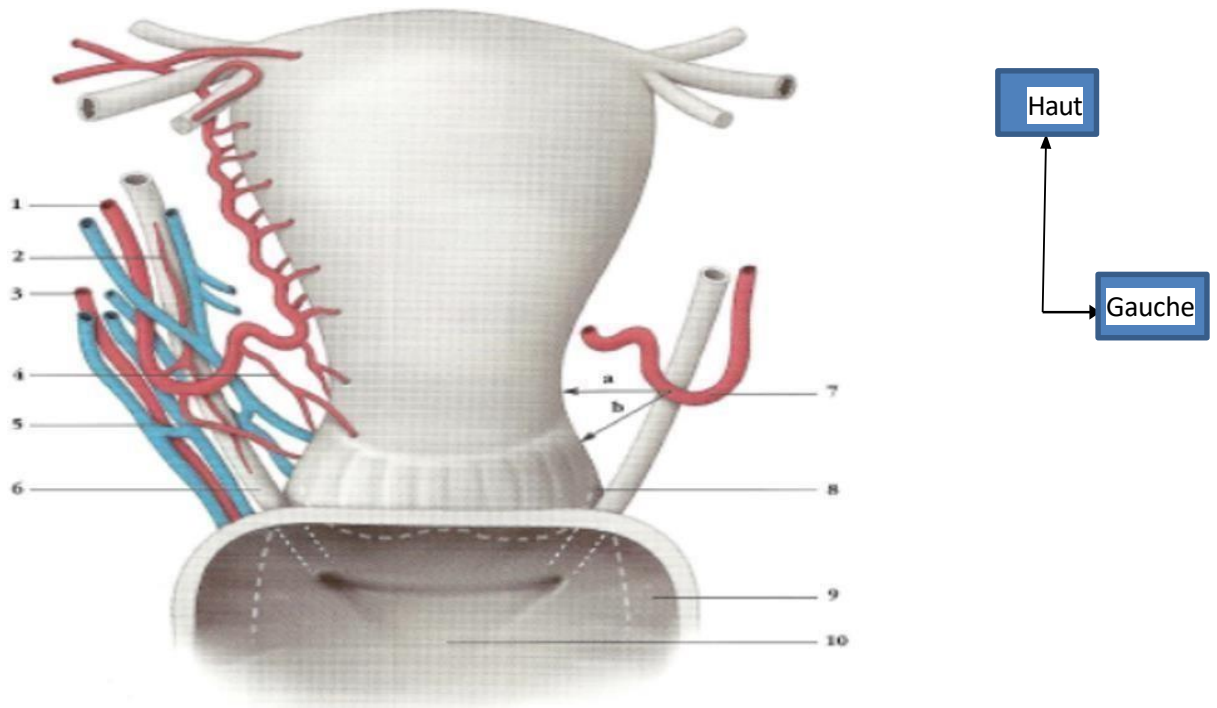
Son trajet, arciforme avec un point déclive situé au niveau de l'isthme utérin, présente trois segments : pariétal, paramétrial et mésometrial.

- **Artères vaginales** : Au nombre de 2 à 3, elles naissent de l'artère iliaque interne, et cheminent dans le paracervix, en arrière de l'anse de l'artère utérine. Elles donnent des rameaux destinés aux faces antérieure et postérieure du vagin.

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

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

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



- | | | |
|-----------------|------------------------|-------------------------|
| a = 20 mm | 3. a vaginale | 7. anse de l'a. utérine |
| b = 15 mm | 4. a. cervico-vaginale | 8. vagin |
| 1. a. utérine | 5. a. vésico-vaginale | 9. vessie |
| 2. r urétérique | 6. uretère | 10. trigone vésical |

Fig.5 Vascularisation artérioveineuse de l'utérus [14].

➤ Vaisseaux lymphatiques

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

- Les collecteurs annexiels, qui drainent aussi le corps utérin, aboutissant aux nœuds lombaires ;
- Les collecteurs paramétriaux, formés de 2 ou 3 troncs, drainent le corps utérin, le col et le fornix vaginal. Ils rejoignent les nœuds iliaques externes médiaux et obturateurs ;

- Les collecteurs situés dans chaque paracervix sont les plus importants. Ils sont formés de troncs d'origine cervicale (2 à 3) et vaginale (2 à 3). Ils rejoignent les nœuds interiliaques, glutéaux et obturateurs ;
- Les collecteurs sacraux accessoires se portent en arrière dans chaque ligament utéro-sacral. Constitués de 2 à 3 troncs, ils drainent l'utérus et le fornix vaginal postérieur vers les nœuds sacraux ou du promontoire ;

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

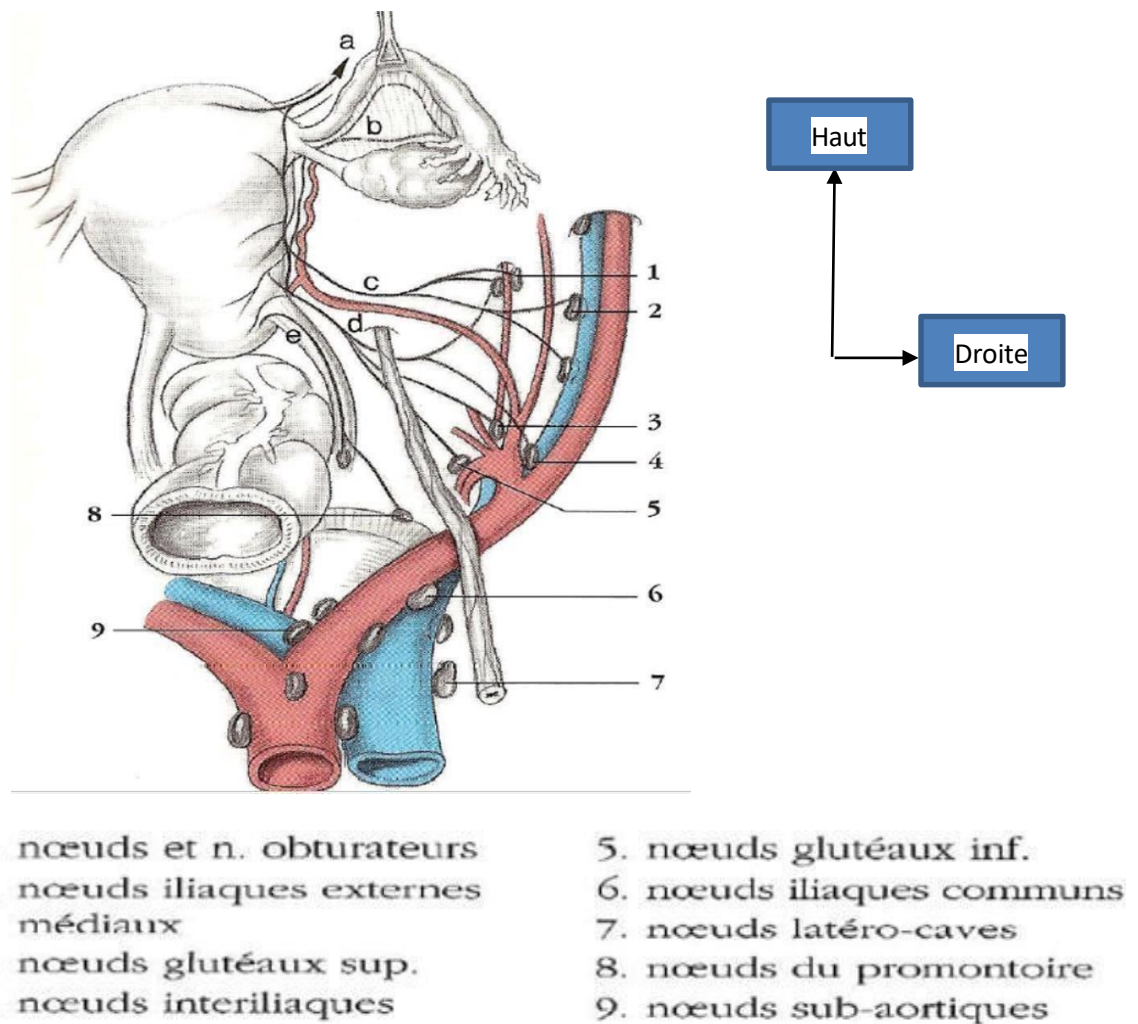


Fig.6 Vascularisation lymphatique de l'utérus [14]

C- MOYENS D'EXPLORATION DE L'UTERUS :

1. Examen gynécologique :

1.1. 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.

1.2. 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.

2. Examens complémentaires :

2.1. 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.

2.2. L'hystérogaphie :

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 [15] ; 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 [16].

2.3. L'hystéroscopie diagnostique : [17]

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 hystéroscopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérogaphie et la hysterosonographie d'apprécier le canal endocervical.

2.4. 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.

2.5. 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.

2.6. Les frottis endometriaux :

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

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. Les dosages hormonaux :

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

2.10. Le bilan hématologique :

Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Willbrand.

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

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

D- INDICATIONS D'HYSTERECTOMIE GYNECOLOGIQUE :

1 - Lésions bénignes :

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

2 - Lésions malignes :

- **Néoplasies utérines** : cancer du corps de l'utérus, cancer du col de l'utérus.
- **Néoplasies ovariennes** : cancer de l'ovaire.

Ces tumeurs malignes sont des indications d'hystérectomie au stade avant les métastases.

E. LES TECHNIQUES ET TYPES D'HYSTERECTOMIE [11]

1- Technique d'hystérectomie abdominale conservatrice :

INTALLATION :

1. Opérateur.
2. Aide.
3. Instrumentiste.
4. Table-pont.
5. Piquet pour le maintien auto statique des valves.
6. Médiane sous-ombilicale.
7. Transversale sous-pubienne.
8. Sonde urinaire.

Après installation de la patiente

L'incision cutanée peut être médiane sous ombilicale ou une incision transversale sus-pubienne de type Pfannestiel.

L'incision médiane sous ombilicale se conçoit lorsqu'il y a un risque important d'adhérences ou qu'un agrandissement en sus -ombilical peut être nécessaire. L'incision sus-pubienne peut être suivie d'une incision de pfannestiel ou d'une incision transversale transrectale type Mouchel.

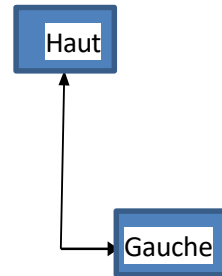
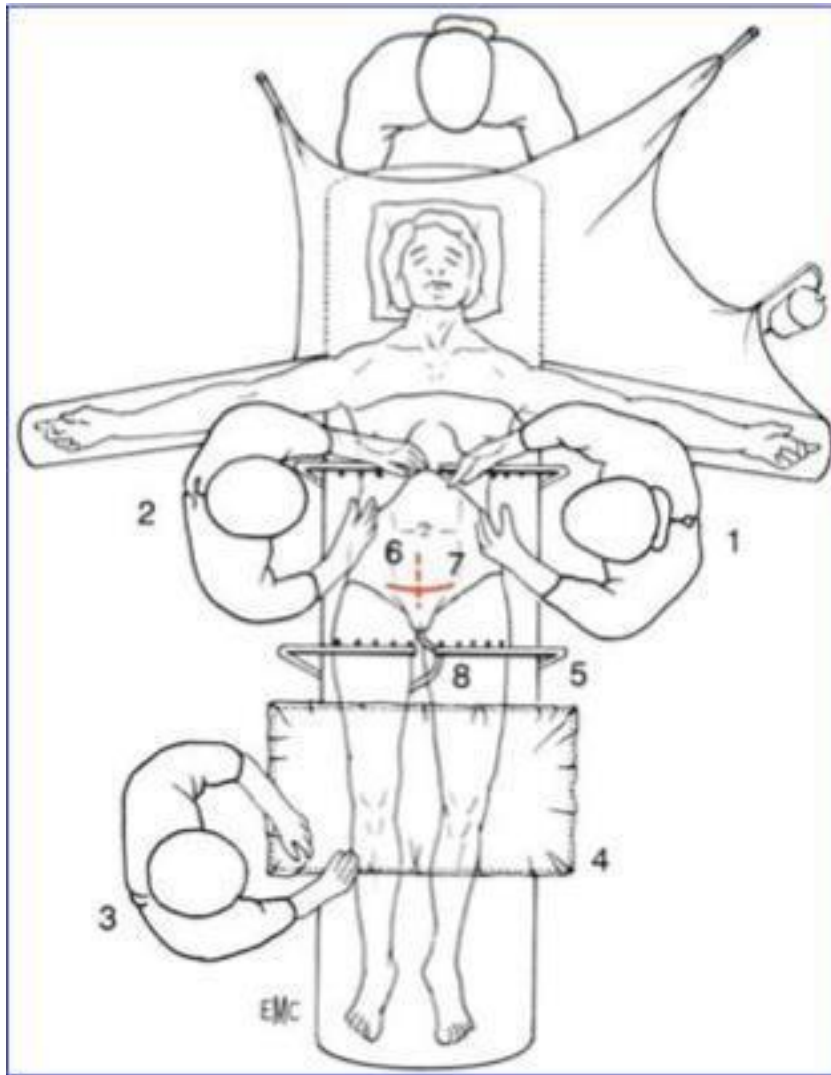


Fig.7 : Installation de l'opérée et voies d'abord. [12]

- ❖ Ligature du ligament rond droit.
- ❖ Ouverture du péritoine vésico-utérin.
- ❖ Libération de l'espace vésico-utérin puis vésicovaginal.
- ❖ Ouverture du péritoine latéropelvien.
- ❖ Ligature du pédicule lombo-ovarien droit.
- ❖ Section du feuillet postérieur du péritoine du ligament large jusqu'au bord de l'utérus.
La trompe et l'ovaire droit sont saisis dans une pince de Duval et attirés en avant et en dedans.
Après coagulation du péritoine de la face postérieure du ligament large, les ciseaux font le tour du pédicule lombo-ovarien qui sera sectionné entre deux ligatures.
- ❖ Préparation de la ligature des pédicules utérins.

- ❖ Ligature du pédicule utérin droit.
- ❖ Prise des vaisseaux cervicovaginaux droits.
- ❖ Ligature appuyée du pédicule utérin.
- ❖ Fin de la dissection cervicovaginale.

Section du fascia rétrocervical dans la technique extrafasciale.

- ❖ Section du vagin à la pince automatique.

La fermeture débute par un point angulaire en X et est faite par un surjet qui assure également l'hémostase.

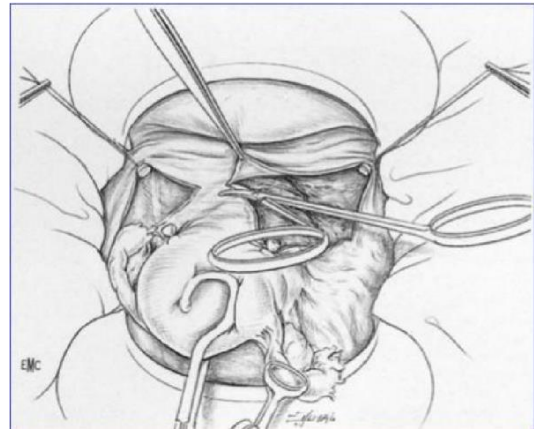
Une ligature appuyée du pédicule utérin est effectuée au vicryl n°1 puis les vaisseaux cervico-vaginaux sont liés au vicryl 2/0.

Cette technique de ligature des pédicules utérins oblige à une dissection précise et évite la mise en place de la pince de Jean-Louis Faure sans dissection préalable.

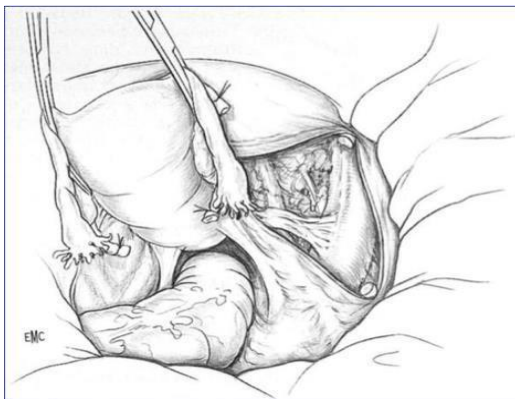
Deux solutions de fin de dissection s'offrent à l'opérateur : la dissection dite intra faciale appelée hystérectomie selon Aldridge et la dissection extra faciale appelée hystérectomie selon Wiart.



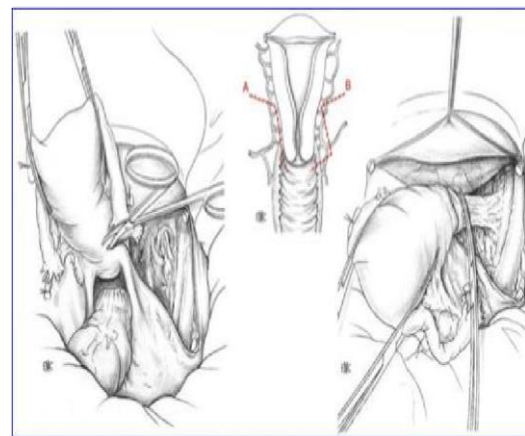
Ligature des ligaments ronds [2]



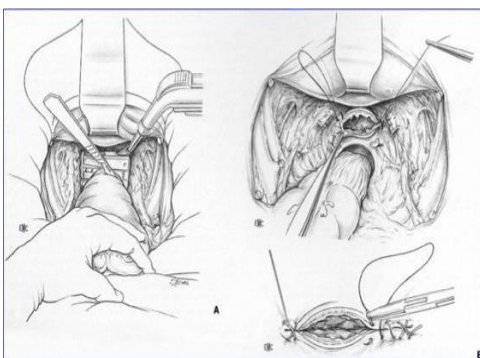
Ouverture du peritoine vésicoutérin [2]



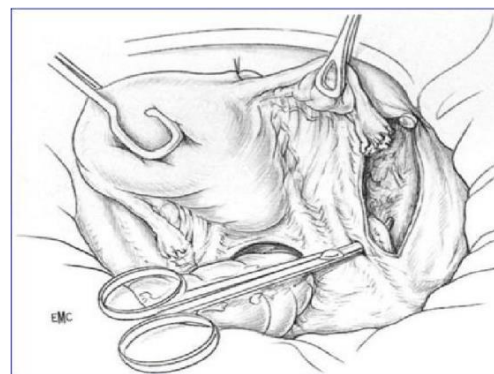
Préparation de la ligature pédicules utérins [2]



dissection cervicovaginale[2]



Section et fermeture du vagin [2]



conservation annexielle [2]

Fig.8 : Les différentes étapes de l'hystérectomie conservatrices [12]

✓ **Les modifications en fonction de l'exérèse VILLET R [12] :**

La conservation annexielle

Les hystérectomies avec conservation ovarienne :

Après ligature des ligaments ronds, l'annexe est saisie dans une pince de Duval et attiré en arrière et dehors, l'utérus étant traqué en avant du côté opposé ; le mésosalpinx se trouve ainsi exposé, et par transparence le péritoine du feuillet postérieur du ligament large peut être coagulé et ouvert en dessous du pédicule et du ligament utéro-ovarien.

Ces éléments sont pris entre deux pinces de Bengolée contre l'utérus et sectionnés avant de procéder à leur ligature appuyée. Dans certains cas l'artère tubaire et la trompe peuvent être liées séparément de l'artère et du ligament utéro-ovarien. L'annexe se trouve ainsi pédiculée sur le pédicule lombo-ovarien, le feuillet postérieur du ligament large est alors ouvert le long de l'utérus en dehors des vaisseaux utérins.

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

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

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

✓ **Technique d'hystérectomie totale**

La conservation cervicale : hystérectomie subtotale

L'hystérectomie subtotale est une technique la plus facile que l'hystérectomie totale car elle ne nécessite pas la dissection des pédicules cervico-vaginaux et celle des fascias pericervicaux. Toute fois la conservation cervicale doit être proposée que rarement ; chez les

patientes correctement informées du risque de pathologie cervicale ultérieure et acceptant de ce fait une surveillance régulière.

Le début de l'intervention est identique à celui de l'hystérectomie totale, mais les décollements péritonéaux sont limités au strict minimum, surtout en avant et en arrière.

Latéralement les pédicules utérins doivent être exposés aux mieux, le col est saisi à travers les parois vaginales entre le pouce et l'index de la main gauche. La région isthmique est bien réparée et l'opérateur peut décider de la hauteur ou portera la section supra cervicale, qui en arrière restera au-dessus des utérosacrées. A ce niveau deux pinces Jean Louis Faure sont placées perpendiculairement à l'axe utérin ; mordant sur le bord latéral de l'isthme. Les pédicules utérins sont alors sectionnés et liés aux vicryl n°1; les fils sont gardés longs et mis sur une pince sans aucune traction. Le col est alors sectionné au bistouri en réalisant une coupe en biseau opposé ; sur les lèvres antérieure et postérieure pour permettre un affrontement secondaire de celle-ci. Le col est ensuite suturé par des points séparés en x et un recouvrement péritonéal de celui-ci est effectué.

✓ **Les modifications en fonction de la pathologie rencontrée :**

La pathologie myomateuse

La technique d'hystérectomie standard peut être modifiée en raison de la taille ou de la localisation des myomes.

- ❖ Les volumineux myomes utérins : il peut être utile de faire une myomectomie

Première, d'assurer l'hémostase provisoire et de faire une hystérectomie classique

- ❖ Les myomes du col inclus dans le ligament large, nécessitent de procéder à une énucléation du myome et de faire l'hystérectomie.

1- Technique d'hystérectomie vaginale [14]

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

avantages en font d'elle l'hystérectomie de première intention chaque fois que les conditions anatomiques sont favorables.

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

▪ **Principes opératoires**

▪ **Objectifs**

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

□ **Prémices opératoires**

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

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

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

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

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

- Colpotomie antérieure :

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

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

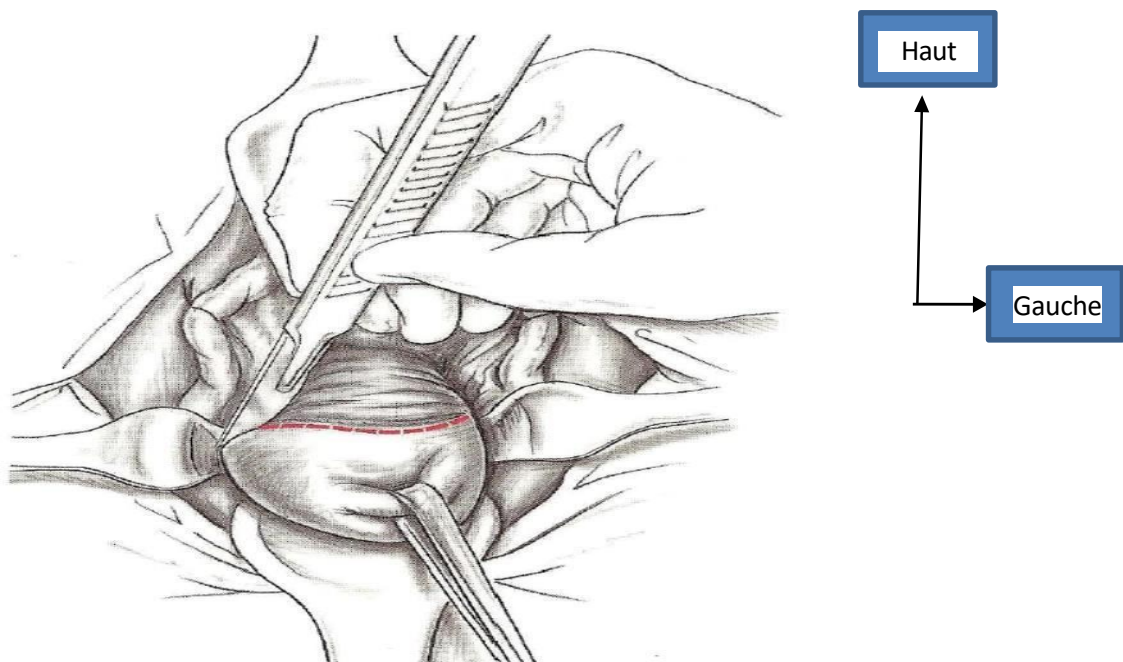


Fig.9 : Colpotomie antérieure [14].

- 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.

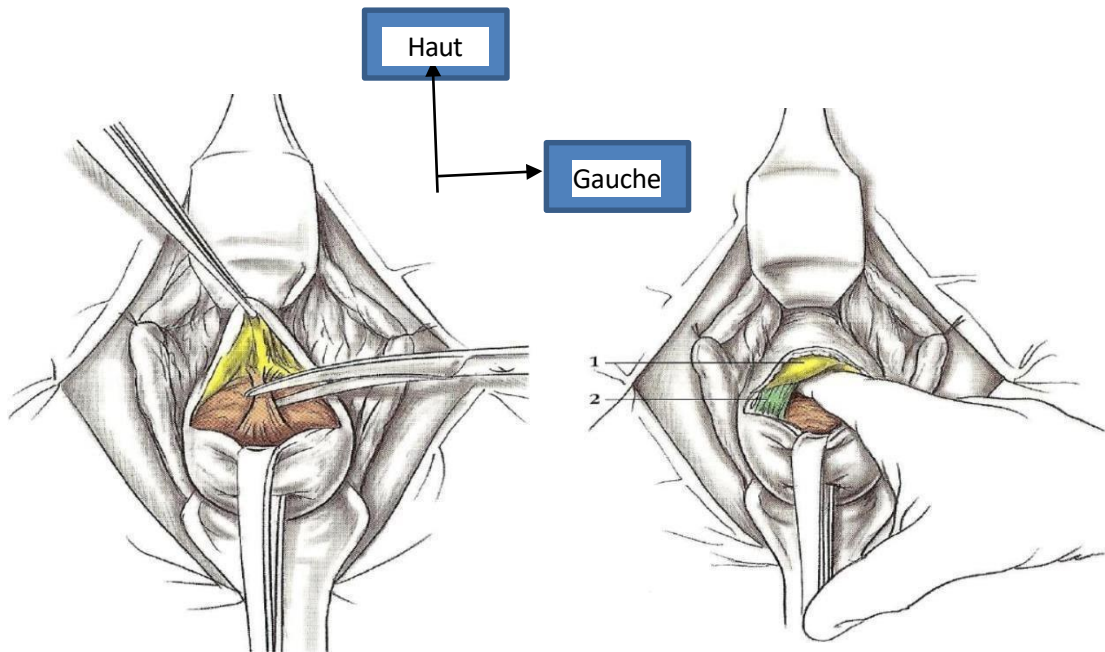
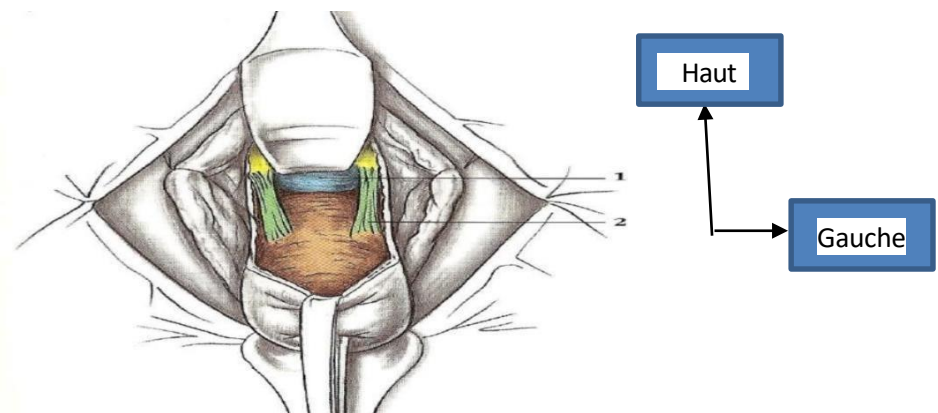


Fig.10 : section des tractus du septum vésico-utérin [14].

1. Vessie 2. Lig. Vésico-utérin
Fig.11 : décollement vésico-utérin [14].



1. cul de sac vésico-utérin 2. Lig. Vésico-utérin
Fig.12 : Contrôle du décollement vésico-utérin [14].

- Colpotomie postérieure :

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

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

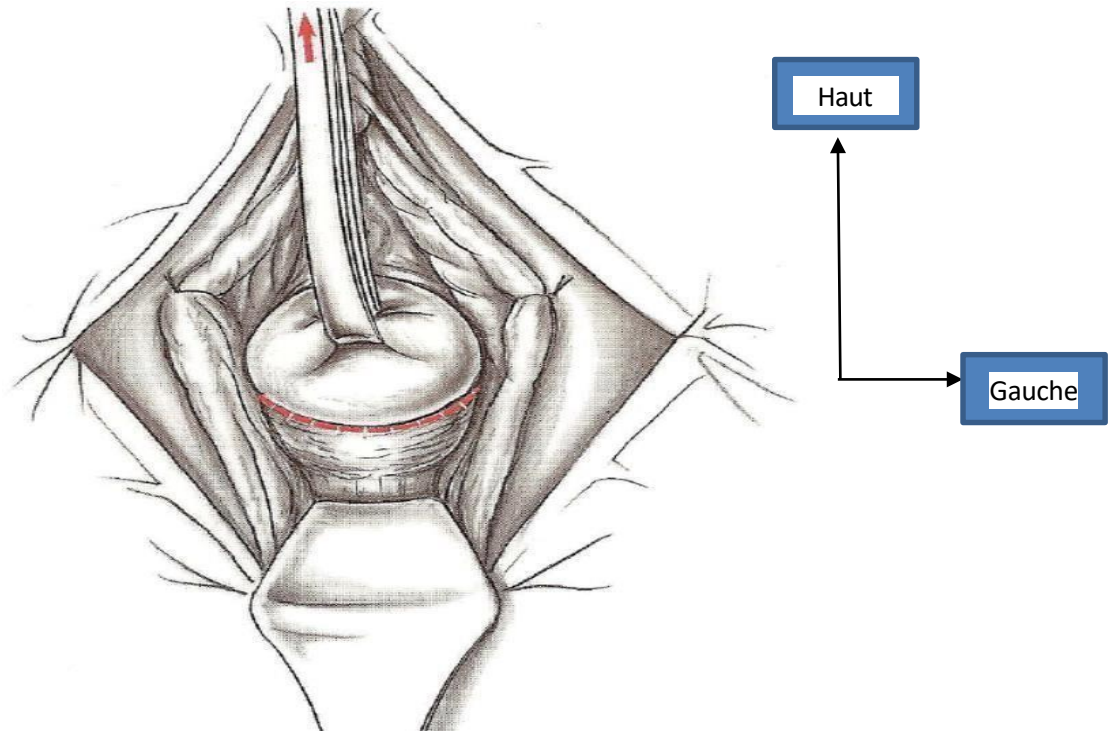


Fig.13: Colpotomie postérieure [14].

- Ouverture du cul-de-sac de Douglas :

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

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

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

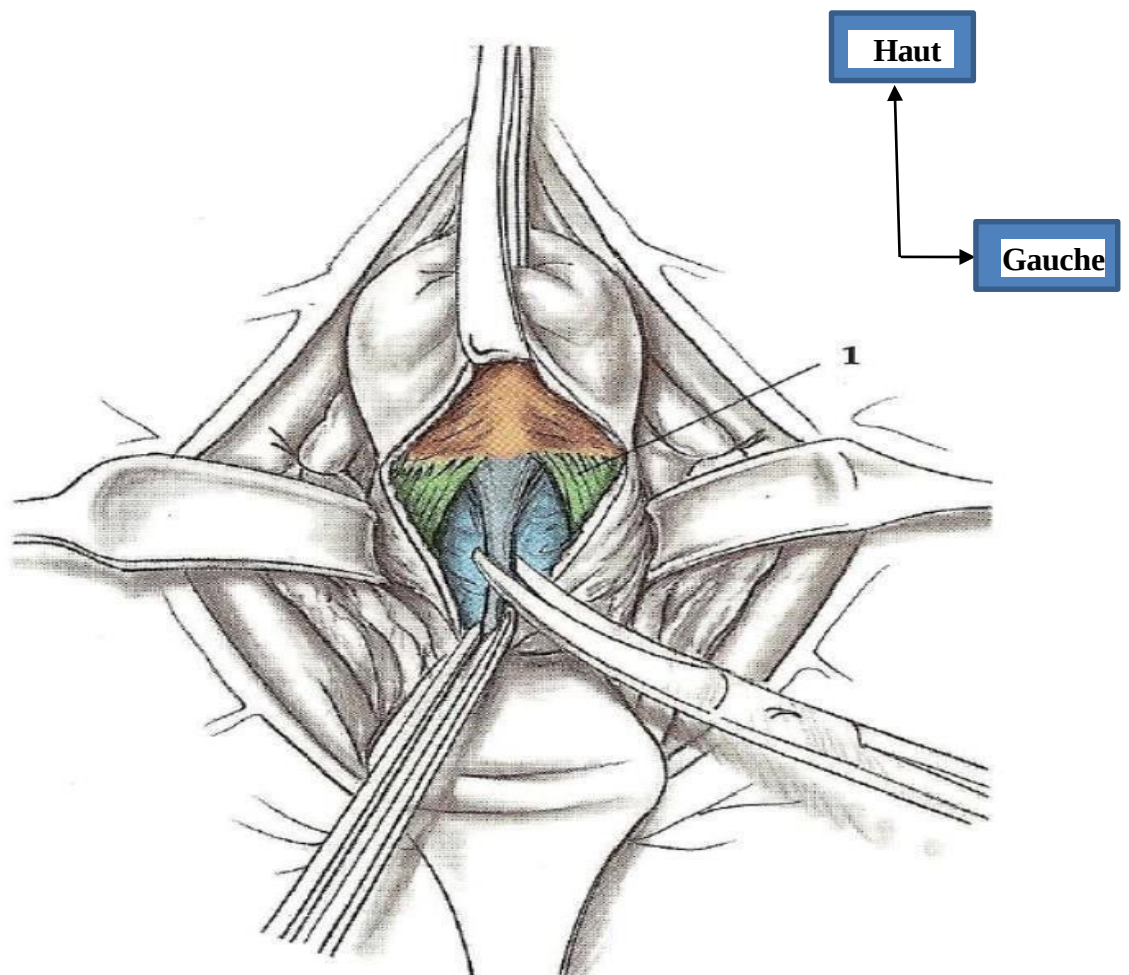


Fig.14 : Ouverture du Douglas [14].

1. Lig. Vesico -utérin

- Ligatures des pédicules utérins gauches :

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

Après traction caudale et à droite du col, les deux index pinçant le bloc ligamentaire gauche, glissent dans le sens cranio- caudal, pour repérer l'anse utérine. La ligature du paracervix supérieur et du ligament utéro-sacral gauche se fait en aval de l'anse utérine. Sa section favorise la descente de l'anse utérine. Puis la ligature de l'artère utérine s'effectue en passant à travers l'anse utérine. Ce nœud placé en amont du précédent, lie la branche utérine afférente et solidarise le paramètre au paracervix tels qu'ils sont en réalité.

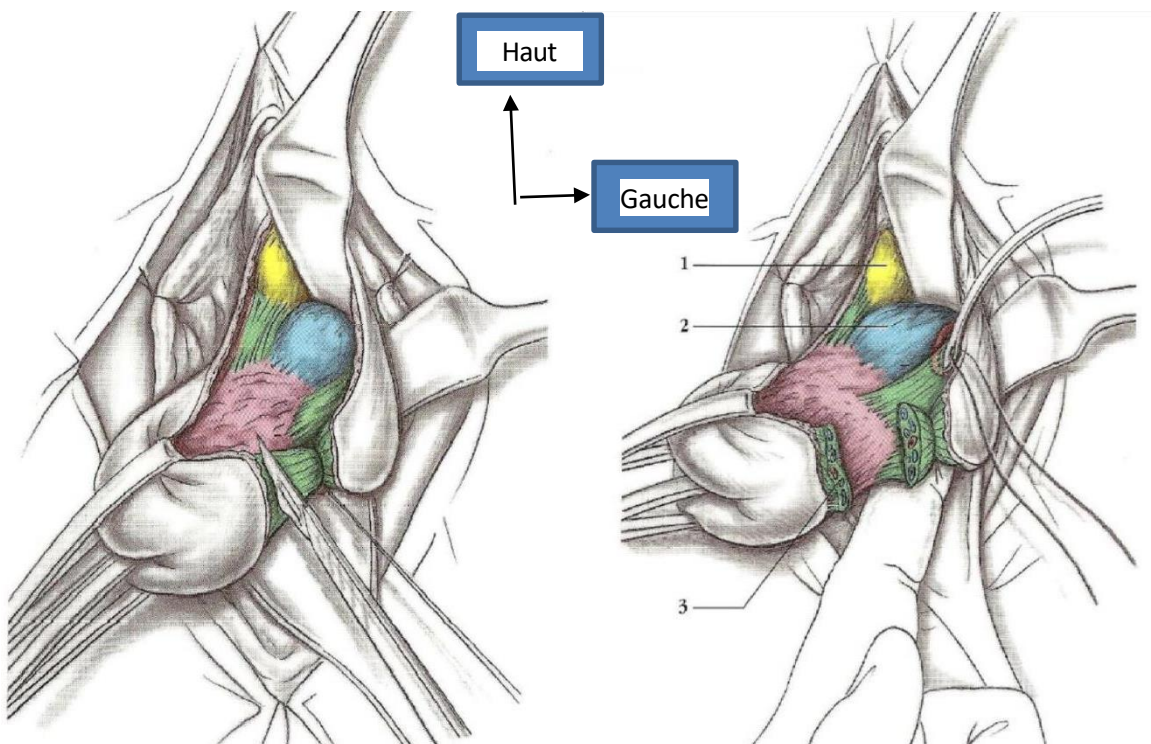


Fig.15 : section du paracervix

Fig.16 : ligature du paramètre de l'anse utérine.

1. Vessie ; 2. Cul de sac vésico-utérin ;

3. 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.

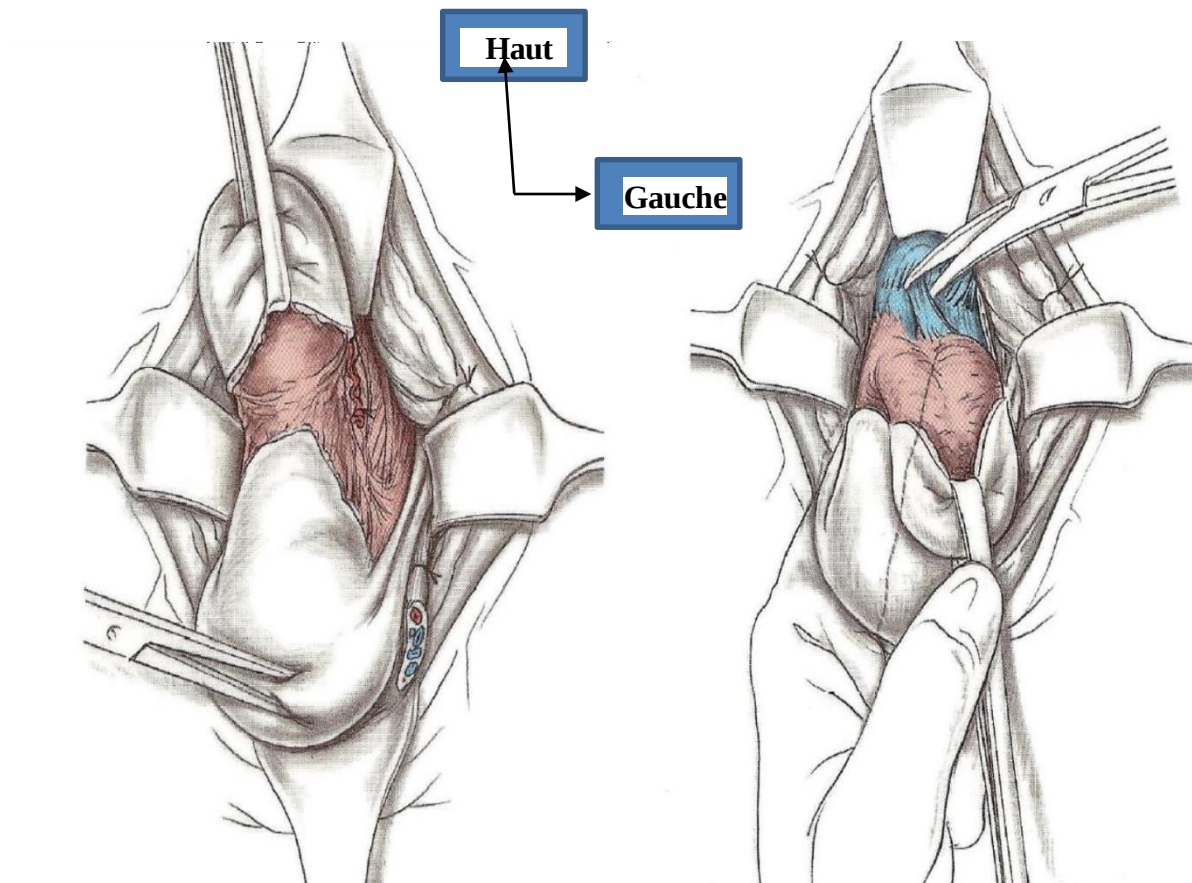


Fig.17 : extériorisation du fond utérin [14]. Fig.18 :ouverture du cul sac vésico- utérin

- Ligatures des pédicules des cornes utérines :

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

Peritonisation :

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

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

Temps vaginal

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

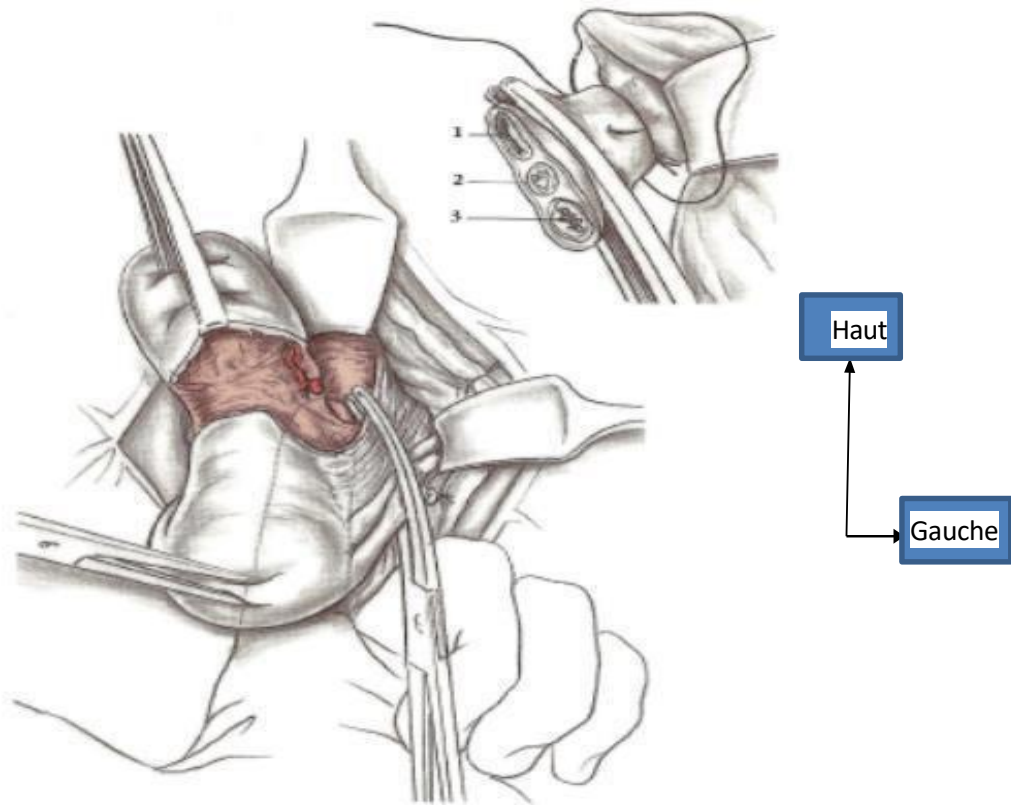
Dans une étude randomisée, Cruikshank n'a pas trouvé de modification, subjective ou objective, de profondeur du vagin, quel que soit le type de suture, transversale ou sagittale. Par contre, la solidarisation du fornix vaginal aux ligaments utéro- sacraux, et au paracervix en particulier, rétablit la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

Variantes :

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

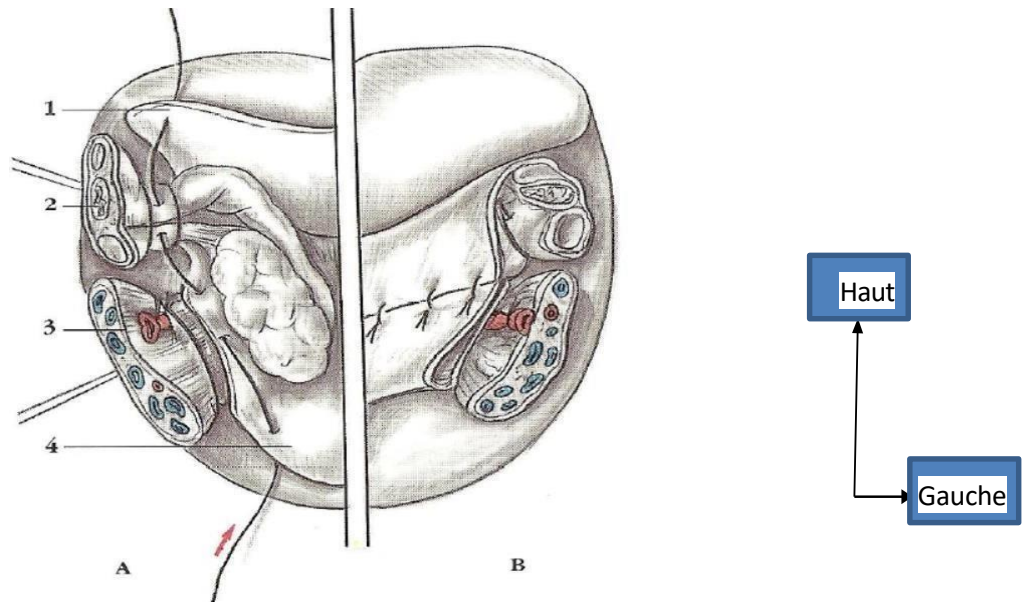
La fermeture du péritoine est réalisée par deux points péritonéaux médiaux.

Chaque point est ensuite solidarisé au moignon annexiel correspondant.



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

Fig.19 : clampage et ligature du pédicule des cornes utérines (cartouche) [14].



A. début B. fin

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

Fig.20 : Peritonisation [14].

➤ **Difficultés :**

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

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

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

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

Elle relève d'une ou de plusieurs solutions suivantes :

- a- L'hémisection médiane antérieure : sera précédée de l'ouverture du cul-de- sac vésico-utérin. La traction du col sera caudale.
- b- L'hémisection médiane postérieure : Une traction ventrale du col est exercée par deux pinces de Museaux fixées sur les commissures du col.
- c- L'hémisection médiane part du col vers le corps. Une nouvelle prise peut être nécessaire en cas d'échec. Elle sera placée plus bas, sur les lèvres de l'hystérotomie. La traction divergente des lèvres facilite l'extériorisation du fundus.
- d- L'amputation du col : permet le refoulement rétropubien de l'isthme et facilite la bascule postérieure du fundus utérin.
- e- La myomectomie : après hémisection cervico- isthmique et le morcellement par résection en tranche d'orange permettant de réduire le volume utérin. L'adhésiolyse assure la libération de l'utérus. L'accès de la face libre de l'utérus permet lorsque l'utérus est petit de libérer les adhérences sous le contrôle de la vue.

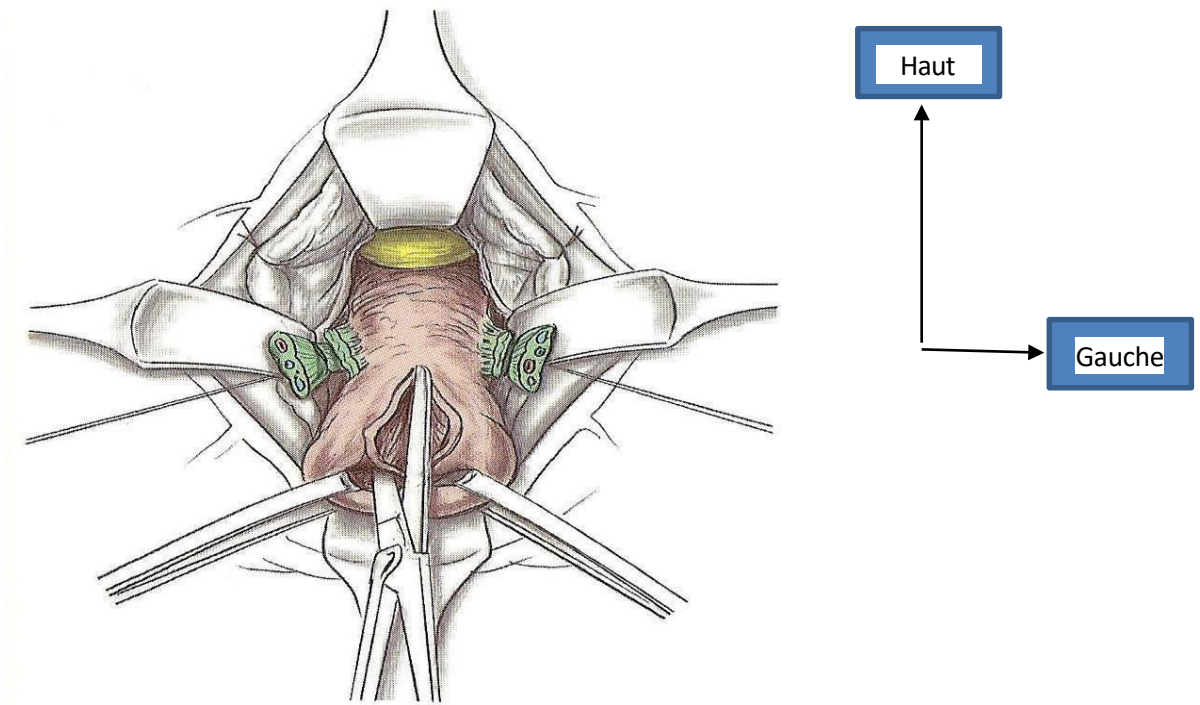


Fig.21: L'hémisection médiane antérieure [14].

➤ **Annexectomie :**

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

Restaurer l'anatomie pelvienne :

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

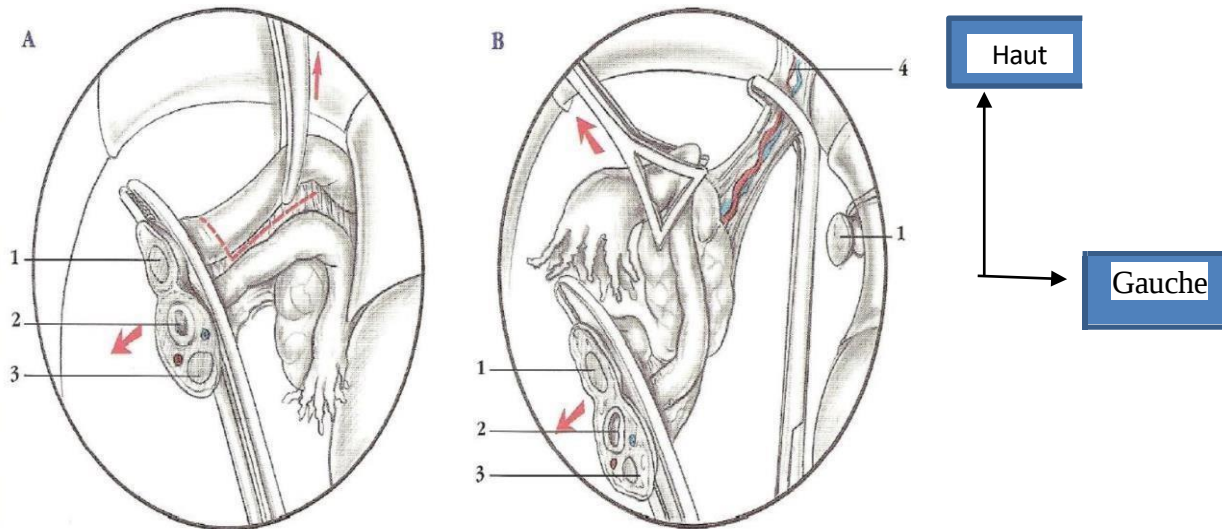


Fig. 22 : Annexectomie [14].

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. |

F- COMPLICATIONS DES HYSTERECTOMIES :

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

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

1. Les complications per opératoires :

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

1.2. Les complications urologiques :

- **Les plaies vésicales** représentent 1à 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 6à 8jours.

-**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 méconnaissance est grave. Il ne faut pas hésiter en cas de besoin de demander aide à un collègue urologue.

2- Les complications postopératoires :

Elles représentent 5% environ si on exclut les infections urinaires.

2.1- Les complications infectieuses :

2.1.1-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.

2.1.2-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

2.1.3-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.

2.2- Les complications hémorragiques :

2.2.1- 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.

2.2.2- 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).

3- 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.

4- 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.

PATIENTS ET METHODES

II- PATIENTS ET METHODES

1- CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du CSRef de Dioïla.

1.1- Différents services du Csréf :

- Une unité de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale et pharmacie ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI école de Dioïla) et de pédiatrie ;
- Une unité d'odontostomatologie ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité d'imagerie (échographie et radiographie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de développement sociale ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité du système d'information sanitaire (SIS) ;
- L'administration ;
- Une unité de chirurgie générale ;
- Une unité de morgue ;
- Une unité de santé de la reproduction qui comprend :
 - ❖ Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements ;
 - ❖ Une suite de couche équipée de 5 lits ;
 - ❖ Deux salles de gardes (des sage-femmes et des internes) ;
 - ❖ Une salle de CPN ;
 - ❖ Une salle de CPN, PF, et SAA ;
 - ❖ Une salle de vaccination et de suivi préventive des enfants sains ;
 - ❖ Une salle PTME ;
 - ❖ Un bureau pour le gynécologue ;
 - ❖ Un bureau pour la sage-femme maitresse ;

- ❖ Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas froids) ;
- ❖ Une salle de réveil ;
- ❖ Une salle de préparation ;
- ❖ Deux salles d'hospitalisation ;
- ❖ Un bureau pour l'anesthésiste.

Les différentes unités sont tenues par un personnel composé d'agents de l'état et ceux pris en charge sur recouvrement des fonds PTME.

1.2- Personnel du CSRef de Dioila

1.3- Tableau I : Personnel du CSRef de Dioila.

Gynécologue obstétricien	01
Chirurgien généraliste	01
Ophtalmologiste	01
Médecin généraliste	07
Pharmacien	01
Technicien d'hygiène et assainissement	02
Technicien supérieur de santé	05
Gérant de DRC ET DV	04
Sage-femme	03
Infirmière obstétricienne	05
Secrétaire	02
Assistant médical	04
Chauffeur	04
Gardien	01
Billeteur	01
Comptable	01
Caissière	01
Lingère	01
Manœuvre	05

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et la FMOS-FPH.

1.4- Activités de gynécologie-obstétricale :

Un staff quotidien de 30 minutes environs à partir de 08h30 est tenu par le personnel de la maternité, au cours duquel, l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés.

L'équipe se compose d'un gynécologue obstétricien ou d'un médecin généraliste, d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide-soignante, d'un faisant fonction d'interne, d'un anesthésiste, d'un manoeuvre et d'un chauffeur.

Les autres activités : consultation gynécologique, les interventions programmées, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses, les urgences gynécologiques bénéficient d'une prise en charge diligente, un par semaine.

2- Méthode :**2.1-Type d'étude et période :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2022.

2.2- Population d'étude :

Toutes les patientes quel que soit la provenance, le statut matrimonial, le mode de suivi, admises au service de gynécologie du Centre de Santé de Référence de Dioïla et qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

2.3-Echantillons :

2.3.1- Critère d'inclusion : Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une hystérectomie gynécologique dans le service de gynécologie du Centre de Santé de Référence de Dioïla pendant la période d'étude

2.3.2- Critère de non inclusion :

Toute autre intervention en dehors des hystérectomies gynécologiques.

2.4- Déroulement de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie du Centre de Santé de Référence de Dioïla.

2.5- Collecte des données :

Un questionnaire a servi de support à la collecte. Les données ont été collectées de façon rétrospective à partir des supports suivants :

- Dossier gynécologique ;
- Registre de compte rendu opératoire,
- Registre d'hospitalisation.

2.6- Aspects éthiques

L'étude a été réalisée après l'obtention du consentement éclairé des femmes pendant la période étude.

2.7- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS Statistics Version 22. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2016 Version 16.0.13231.20262.

Le test de Fischer a été utilisé pour l'analyse des comparaisons des tableaux. Les valeurs de $p < 0,05$ sont considérées statistiquement significatives.

2.8- Contraintes et limites :

Nous avons été confrontés, au cours de notre étude, à des difficultés telles que, absence de certaines informations dans les dossiers.

2.9- Variable :

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

Tableau II : Les différentes variables utilisées

Nom de la variable	Type de variable	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative continue	Année	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1-mariée 2-célibataire 3-divorcée 4-veuve	Lecture
Mode d'admission	Qualitative nominale	1-Venue d'elle-même 2-référée 3-évacuée	Lecture
Ethnie	Qualitative nominale	1-bambara 2-malinké 3-sénoufo 4-peulh 5-dogon 6-minianka	Lecture
Indication	Qualitative nominale	1-myome 2-prolapsus génital 3-néo du col 4-atonie utérine	Lecture
Parité	Qualitative ordinale	1- primipare 2-pauciparae 3-multipare 4-grande multipare	Lecture
Température	Quantitative discrète	°C	Lecture
TA	Quantitative discrète	CmHg	Lecture
HB	Quantitative discrète	g/dl	Lecture
Type	Qualitative nominale	1-Hystérectomie totale 2- Hystérectomie subtotale	Lecture
Voie utilisée	Qualitative nominale	1-abdominal 2-vaginale	
Coût	Quantitative discrète	Franç CFA	Lecture
Poids	Quantitative discrète	Kg	Lecture

Définitions opératoires :

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

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 gynécologique : toute hystérectomie réalisée en dehors de toutes notions de grossesse.

-Hystérectomie obstétricale : toute hystérectomie réalisée dans la période gravido-puerpérale.

-Hystérectomie subtotale : est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus, dont le col utérin et les annexes sont intacts.

-Hystérectomie totale : est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus et le col utérin, les annexes intactes.

RESULTATS

IV. RESULTATS

A. Resultats globaux:

1- Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons colligé 187 dossiers d'interventions chirurgicales gynécologiques parmi lesquelles 63 hystérectomies.

Ainsi les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie ont représenté 33,68% des interventions chirurgicales. Il sagissait de 15,90% d'hystérectomie par voie abdominale et 84,10% par voie vaginale.

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

Interventions	Effectifs	Pourcentage
Hystérectomie gynécologique	63	33,68
Cure de cystocèle	49	26,20
Myomectomie	41	21,92
Kystectomie ovarienne	34	18,18
Total	187	100

2- Aspects sociodémographiques :

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'âge.

Age (an)	Effectifs	Pourcentage
30 – 40	12	19
41 -50	15	23,8
51 - 60	18	28,6
61 -70	15	23,8
71 -80	3	4,8
Total	63	100

L'âge moyen était 53,89 ans avec un écart type=12,23, des extrêmes de 30 et 80 ans.

Tableau V : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	34	54
Peulh	25	39,7
Malinké	2	3,2
Sénoufo	1	1,6
Bobo	1	1,6
Total	63	100

Les Bambaras ont représenté plus de la moitié des patientes.

Tableau VI : Répartition des patientes selon statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariée	61	96,8
Veuve	2	3,2
Total	63	100

La majorité des patientes était mariées.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Au foyer	62	98,4
Fonctionnaire	1	1,6
Total	63	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec un taux 98,4%.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non Scolarisée	62	98,4
Scolarisée (niveau secondaire)	1	1,6
Total	63	100

Une seule patiente était scolarisée.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le milieu de provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Hors Dioïla ville	56	88,9
Dioïla ville	7	11,1
Total	63	100

La majorité des patientes venait hors de la ville de Dioïla.

Tableau X : Répartition des patientes selon la mode d'admission.

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Venu d'elle-même	52	82,5
Référée	11	17,5
Total	63	100

La plupart des patientes était venue d'elle-même.

3- Aspects cliniques :

Tableau XI : Répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Prolapsus utérin	53	84,1
Sensation de masse pelvienne	9	14,3
Douleur pelvienne	1	1,6
Total	63	100

Le prolapsus utérin était le motif de consultation le plus fréquent.

Tableau XII : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
Aucun	58	92,1
HTA	4	6,3
VIH	1	1,6
Total	63	100

La majorité des patientes n'avait aucun antécédent médical.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

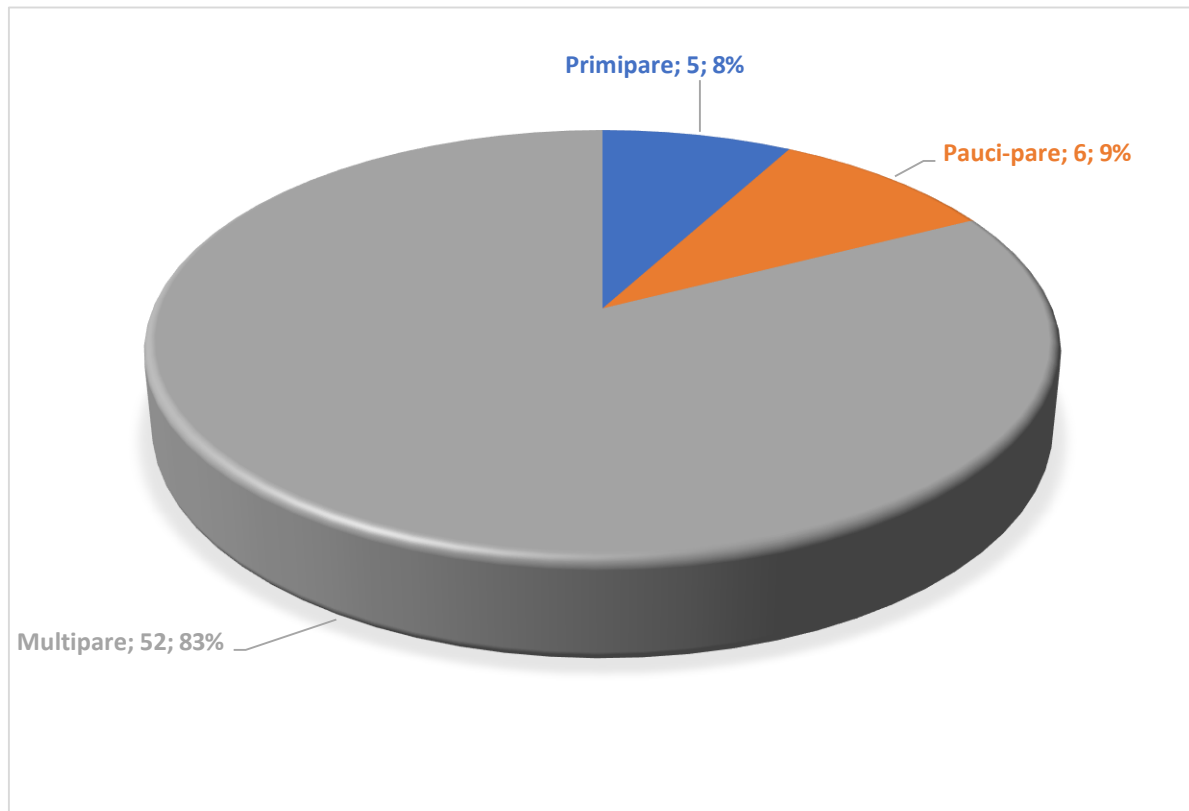
Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Aucun	60	95,2
Appendicectomie	1	1,6
ventro-fixation (cure de prolapsus)	1	1,6
Césarienne	1	1,6
Total	63	100

4,8% des patientes avaient un antécédent chirurgical.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Multigeste	52	82,5
Pauci-geste	6	9,5
Primigeste	5	7,9
Total	63	100

La majorité des patientes était des multigestes.

**Figure 23 : Répartition des patientes selon la parité.**

Les multipares représentaient 82,5% de nos patientes.

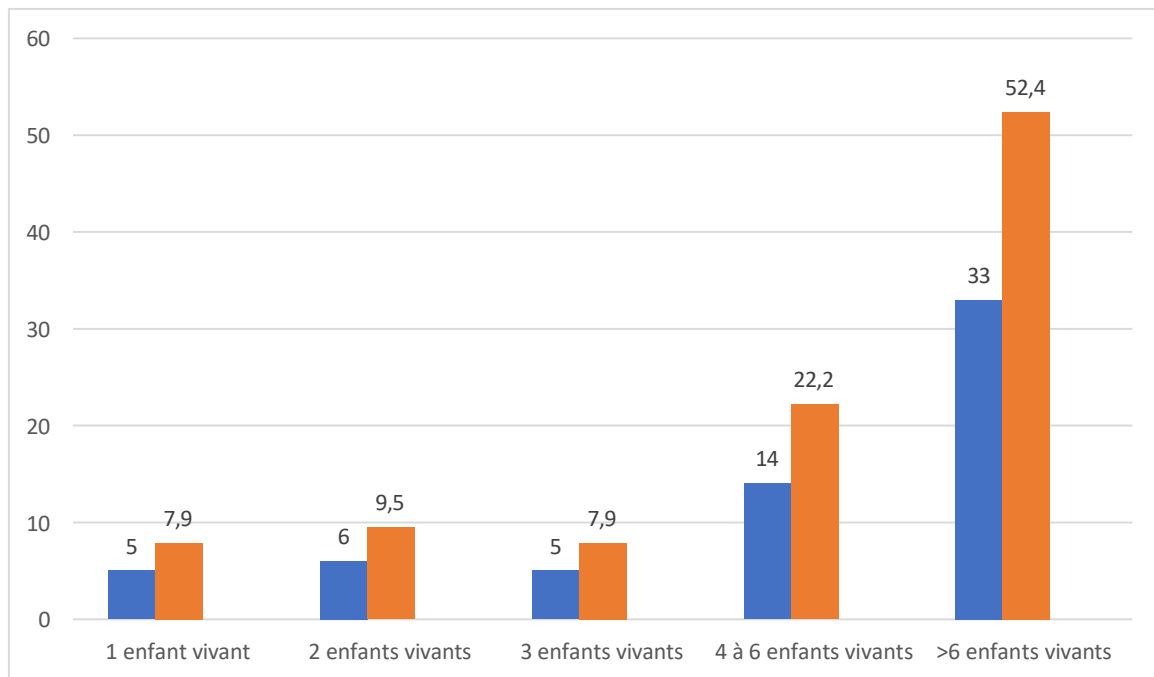


Figure 24 : Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants.

Toutes nos patientes avaient au moins un enfant vivant. Celles qui avaient plus de 6 enfants vivants étaient les plus représentées.

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'activité génitale.

Activité génitale	Effectifs	Pourcentage
En ménopause	48	76,2
En activité génitale	15	23,8
Total	63	100

Les patientes ménopausées représentaient 76,2%.

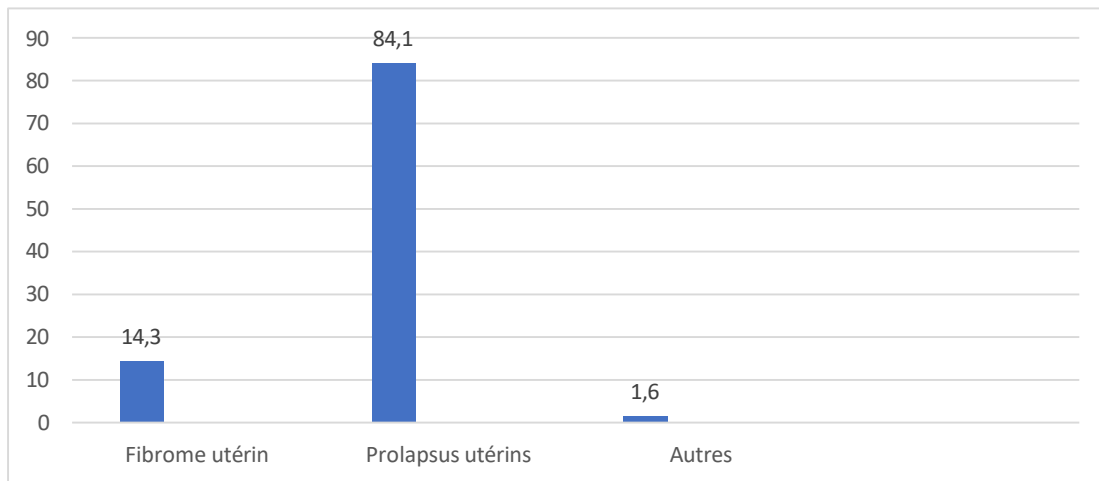


Figure.25 : Répartition des patientes selon le diagnostic.

Le diagnostic le plus représenté était le prolapsus utérin soit 84,1% de cas.

Autre : 1 cas d'hématometrie sur diaphragme du vagin.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Effectifs	Pourcentage
9-12	62	98,4
8	1	1,6
Total	63	100

Le taux d'hémoglobine moyen était 11,66g/dl avec des extrêmes de 8g/dl et 12g/dl.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'échographie pelvienne.

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Non Réalisée	53	84,1
Réalisée	10	15,9
Total	63	100

L'échographie pelvienne n'était pas systématiquement disponible.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'histologie de la pièce de biopsie.

Histologie	Effectifs	Pourcentage
Non fait	50	79,4
Normal	13	20,6
Total	63	100

L'histologie de la pièce de biopsie était normale chez 20,6% des patientes.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie.

Indications	Effectifs	Pourcentage
Prolapsus utérin	53	84,1
Fibrome utérin	9	14,3
Autres	1	1,6
Total	63	100

La majorité des patientes était opérée pour le prolapsus utérin.

Autre : 1 cas d'hématometrie sur diaphragme du vagin.

4- Aspects thérapeutiques :

Tableau XX : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentage
Loco régionale	62	98,4
Générale	1	1,6
Total	63	100

Hormis une patiente, toutes les interventions chirurgicales étaient réalisées sous anesthésie loco régionale.

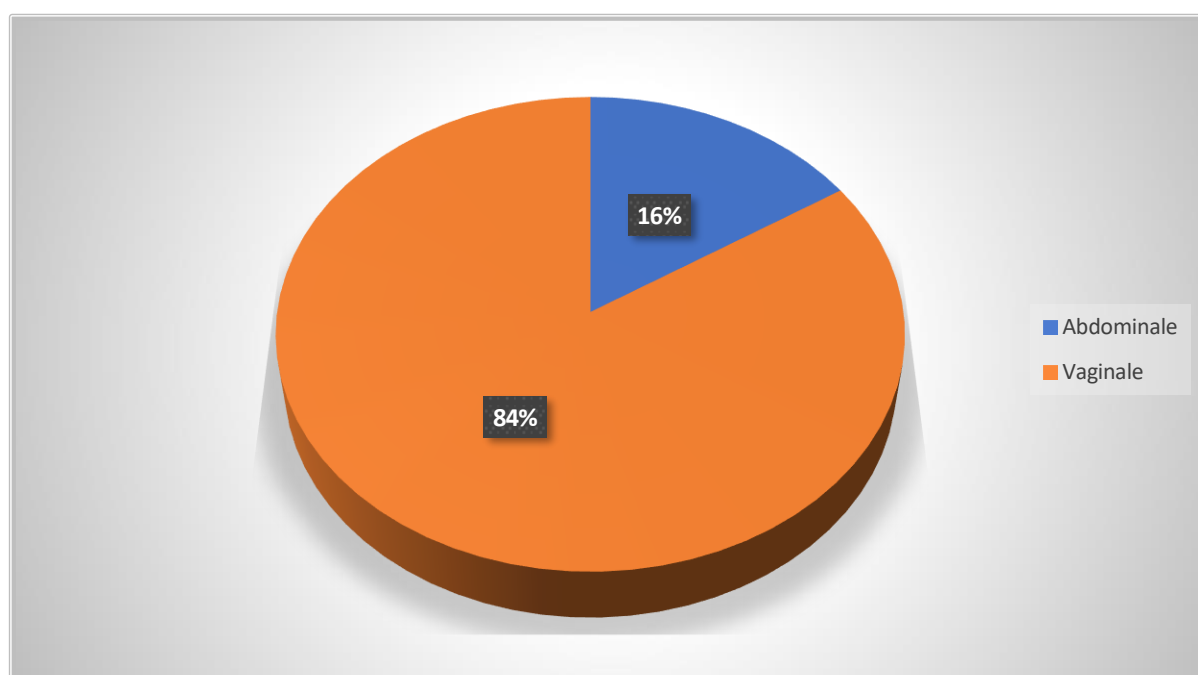


Figure 26 : Répartition des patientes selon la voie d'abord chirurgicale.

La voie vaginale était la plus pratiquée.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le Type d'hystérectomie.

Type d'hystérectomie	Effectifs	Pourcentage
Hystérectomie totale inter annexielle	37	58,7
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale	18	28,6
Hystérectomie subtotale	8	12,7
Total	63	100

Plus de la moitié des patientes avait bénéficié d'une hystérectomie totale inter annexielle.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la réalisation de la transfusion sanguine.

Transfusion	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	1,6
Non	62	98,4
Total	63	100

1 seule patiente a été transfusée parmi les 63 patientes.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le geste associé.

Gestes associé	Effectifs	Pourcentage
Aucun	33	52,4
Annexectomie	18	28,6
Périnéorraphie	12	19
Total	63	100

Une annexectomie était le geste le plus souvent associé.

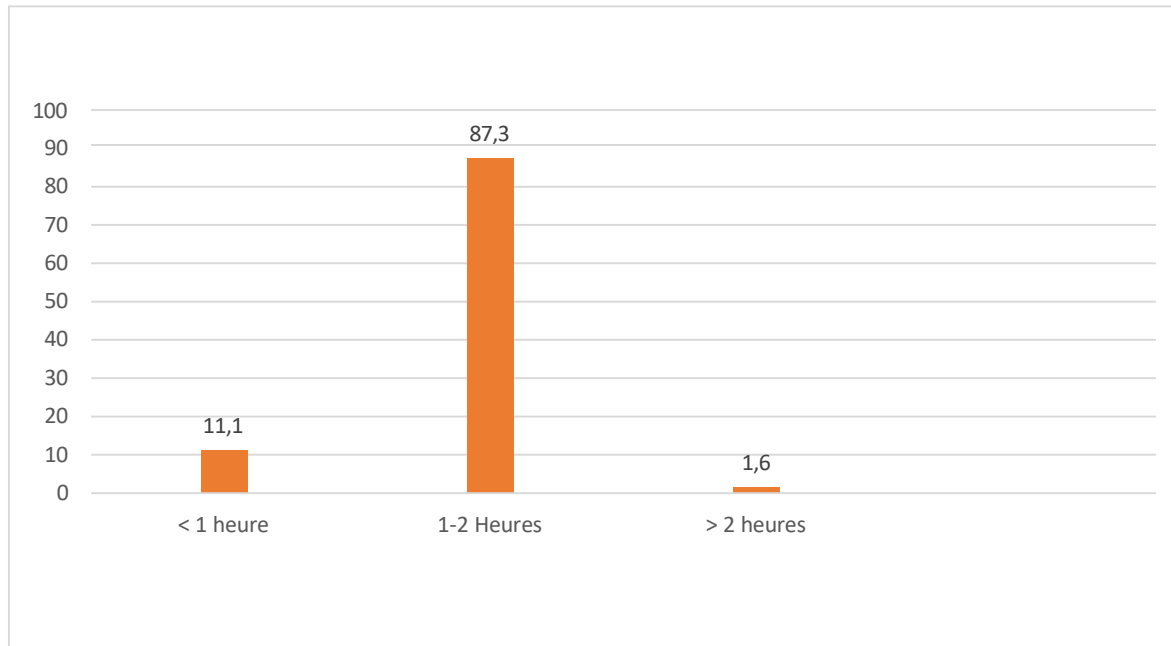


Figure 27 : Répartition des patientes selon la Durée de l'intervention chirurgicale.

La durée moyenne de l'intervention était 86min, Ecart type = 11,25min avec des extrêmes 55 et 135min.

5- Selon les suites opératoires :

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates.

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentage
Simple	57	90,5
Complicées	6	9,5
Total	63	100

Le taux de morbidité était de 9,5%. Le taux de mortalité était nul.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon les complications.

Complications	Effectifs	Pourcentage
Rétention aigue des urines	3	50
Suppuration pariétale	2	33,3
Lésion digestive	1	16,7
Total	6	100

Nous avons observé une lésion digestive en per opératoire.

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

Durée (jour)	Effectifs	Pourcentage
<4	47	74,6
4-7	14	22,2
8-15	2	3,2
Total	63	100

La durée moyenne d'hospitalisation était 3,24 jours, écart type = 3,31 avec des extrêmes de 2 et 15 jours.

6. Suivi post opératoire :**Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la répercussion psychologique.**

Répercussion psychologique	Effectifs	Pourcentage
Satisfaite	55	87,3
Désire de grossesse	6	9,5
Inconfort	2	3,2
Total	63	100

Le taux de satisfaction après l'hystérectomie était 87,3%.

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le vécu sexuel.

Vécu sexuel	Effectifs	Pourcentage
Satisfaite	58	92,1
Dyspareunie	5	7,9
Total	63	100

Le vécu sexuel était jugé satisfaisant à 92,1%.

B. Résultats analytiques :**Tableau XXX : Repartition des patientes selon la voie d'abord et l'âge.**

Age (an)	Voie d'abord		Total
	Abdominale	Vaginale	
30 - 40	6	6	12
41 - 50	3	12	15
51 - 60	1	17	18
61 - 70	0	15	15
71 - 80	0	3	3
Total	10	53	63

P=0,005

Il existait un lien statistiquement significatif entre la voie d'abord et l'âge.

Tableau XXXI : Repartition des patientes selon la durée intervention chirurgicale et la voie d'abord.

Durée (min)	Voie d'abord		Total
	Abdominale	Vaginale	
< 60	7	0	7
60-120	3	52	55
> 120	0	1	1
Total	10	53	63

P=0,652

Il n'existait pas un lien statistiquement significatif entre la durée de l'intervention et la voie d'abord chirurgicale.

Tableau XXXII : Repartition des patientes selon le diagnostic et la voie d'abord.

Diagnostic	Voie d'abord		
	Abdominale	Vaginale	Total
Fibrome utérin	9	0	9
Prolapsus utérins	0	53	53
Autre	1	0	1
Total	10	53	63

P=0,0001

Il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic et la voie d'abord.

Tableau XXXIII : Repartition des patientes selon le diagnostic et la parité.

Diagnostic	Parité			Total
	Primipare	Pauci-pare	Multipare	
Fibrome utérin	5	1	3	9
Prolapsus utérin	0	5	48	53
Autre	0	0	1	1
Total	5	6	52	63

P=0,0001

Il existait un lien statistiquement significatif entre le diagnostic et la parité.

COMMENTAIRES

V. COMMENTAIRES

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données. Nos difficultés rencontrées ont été le manque de certains renseignements dans les dossiers médicaux. L'impact de ces difficultés sur notre étude fut surtout l'exclusion de beaucoup de dossiers non exploitables pour information incomplète.

1. fréquence

Au cours de la période d'étude, **63** hystérectomies ont été réalisés sur un total de **187** interventions chirurgicales Gynécologiques, soit une fréquence de **33,68%** de l'ensemble des interventions gynécologique colligées dans le CSRef.

Ailleurs certains auteurs comme, Kouma A. [9] et Niarga M. [18] ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 11,7% au Point G de 1990 à 1999 [9] et 1,33% en 2008. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude ne concernait que les hystérectomies gynécologiques.

Notre fréquence est comparable à celles de **Guindo A. [10]** qui a trouvé 20,77% en 2019 ; **Siby B. [11]** a eu 34,74% de 2018 à 2021 et **Diallo S. [19]** a eu 47,45% de 2020 à 2022.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

a. Age :

L'Age moyen des patientes était de 53,89 ans avec les extrêmes de 30 et 80 ans.

Kouma A. [9] en (1990) a trouvé 41,8 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 16 et 75 ans.

Siby B. [11] en (2023) a eu un âge moyen 51,24% avec des extrémités 37 et 81 ans, quant à **Diallo S. [19] en (2023)** 47 ans comme âge moyen avec des extrémités 29 et 75 ans

La tranche d'âge de 51 Ans à 60 ans a été la plus touchée : 18 cas, soit 28,6%.

Kouma A. [9] a trouvé 26,3% pour la même tranche.

La tranche d'âge 51 ans et plus est incluse dans la période de ménopause. Ceci explique que la période de ménopause est la plus touchée avec des fréquences élevées de prolapsus utérin, traités en général par des hystérectomies vaginales.

b. Niveau socioprofessionnel :

98,4% des patientes étaient des femmes au foyer et non scolarisées, contre 74.29% de femmes au foyer retrouvées par **Guindo A [10]**. et 86,5 de femmes au foyer retrouvées par Siby B. [11].

3. La parité :

Dans notre étude les multipares représentaient 82,5% quant à l'étude de **Niarga M. [18]** les multipares représentaient 44,20%. Par contre **Kouma A. [9]** a trouvé une proportion de grandes multipares soit 37,8% et 58,57% Chez **Guindo A [10]**.

Dans toutes ces études, la fréquence des multipares reste élevée.

Dans notre étude le prolapsus utérin était fréquent chez les multipares soit 48 cas.

4. Motif de consultation :

Dans notre étude, le prolapsus utérin était le principal motif de consultation (84,1%). Mais Kouma A. [9] et Siby B. [11] ont trouvé respectivement 39,6% et 48,7% de patientes pour douleurs pelviennes comme principal motif de consultation.

5. Antécédents chirurgicaux :

La majorité des patientes dans notre étude n'avaient pas d'antécédent chirurgical 95,2%.

Cependant 4,8% avait un antécédent chirurgical; qui est comparable à ceux de **Kouma A. [9]** 16,2%, de **Guindo A [10]** 42,86% et de **Siby B. [11]** 20,3%.

6. L'examen général :

Dans notre étude, toutes les patientes avaient un bon état général. Par contre **Niarga M. au Point G [18]** a rapporté 35,8% patientes qui avaient un état général passable. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon plus importante chez Naira M. mais aussi, par le statut du CHU du Point G structure de 3^{ème} référence, ancienne structure habituellement ou l'on réalise de nombreux cas d'hystérectomie.

7. Indication :

Le prolapsus utérin était le plus représenté avec 84,1% de cas. Ces résultats sont variables dans la littérature, **Kouma A. [9]** a trouvé 34,4% de prolapsus utérin comme indication principale. **Guindo A. [10]** **Siby B. [11]** et **Diallo S. [19]** ont trouvé respectivement 35,71% ; 43,2% ; 30,4% de fibrome utérin comme indication principale.

8- Traitement :

a. Traitement chirurgical :

❖ Voie d'abord de l'hystérectomie :

La voie d'abord la plus utilisée a été la voie vaginale à 84,1% soit chez 53 patientes contre 15,9% soit 10 patientes qui ont bénéficiés d'un abord abdominal. Cela s'explique par le fait que le prolapsus utérin était l'indication principale. Tous les prolapsus utérins ont bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale. La durée de l'intervention par la voie abdominale est plus courte que celle par la voie vaginale.

Dans la littérature africaine, certains auteurs ont trouvé une fréquence élevée de la voie haute parmi lesquels nous avons **Guindo A. [10]** qui a trouvé 71% d'hystérectomie par voie abdominale, **Siby B. [11]** a eu 51,4% et **Diallo S. [19]** 82,5% d'hystérectomie par voie abdominale.

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

❖ Le type d'hystérectomie :

Les hystérectomies inter-annexielles représentaient 58,7%, cela s'explique par le fait que la majorité de nos patientes étaient en ménopause. Les hystérectomies subtotaux 12,7%, les hystérectomies avec annexectomie bilatérale 28,6%.

Guindo A. [10], Siby B. [11] et Diallo S. [19] ont trouvé respectivement 34,4% ; 64,9% et 39,3% d'hystérectomie interannexielle.

Chez **Kouma A. [9]** 33,3% des patientes ont aussi bénéficié d'hystérectomie inter annexielle dans l'étude de **Niarga M. [18]** les hystérectomies inter-annexielles subtotaux étaient plus représentées (52, 8%). Cette technique est rapide, le risque des lésions uretéro-vésicales est réduit mais le moignon cervical doit être surveillé en raison du risque de cancer sur col restant.

b. Traitement médical :

1,6% de nos patientes ont été transfusées par du sang total contre 84,9% chez **Niarga M. [18]**. Aucune réaction au produit sanguin n'a été enregistrée. Une antibioprophylaxie systématique per et post opératoire, une thérapie martiale, un antalgique a été administrés à chaque cas. Les patientes à risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

9- Le type d'anesthésie :

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 98,4% comparable à celui de **Siby B. [11]** qui a trouvé 98,6%.

L'anesthésie générale a été pratiquée dans 1,4% des cas.

Tous les anesthésistes étaient des infirmiers d'état. Tous les opérateurs étaient des gynécologues obstétriciens.

10- Les complications :

Nous avons enregistré comme complications per opératoires 1 seul cas de lésion digestive soit **1,6%** et **98,4%** sans complication per opératoire.

Nous avons enregistré comme complications post opératoires 3,2% de cas de suppuration pariétale ; 4,8% de rétention aigue des urines et 92,1% **sans** complication post opératoire.

11- Etat à la sortie : Était bon chez toutes les patientes dans (100%) des cas

12- Le pronostic :

Dans notre étude 57 cas des hystérectomies ont une suite simple ,1cas de lésion digestive (rectale), 2 cas de suppurations pariétales et 3 cas de rétentions aigue des urines. On n'a pas enregistré de décès, ceci confirme la meilleure maitrise des techniques de l'hystérectomie. Le faible taux de mortalité des hystérectomies, s'expliquerait par le fait qu'elles entrent dans le cadre des interventions programmées, au cours desquelles un certain nombre de bilans complémentaires peuvent être réalisés.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

L'hystérectomie gynécologique est une intervention relativement fréquente dans le service de gynécologie du CSRef de Dioïla. La principale indication était le prolapsus génital.

La voie vaginale était la voie d'abord la plus utilisée.

L'hystérectomie totale inter annexielle était le type opératoire le plus utilisé.

Les suites opératoires ont été simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de 3,2 jours.

Les suppurations pariétales et les rétentions aiguës des urines étaient les complications post opératoire les plus retrouvées.

La maîtrise de cette intervention passe par la formation et la vulgarisation de la technique par voie vaginale.

LES RECOMMANDATIONS :

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

Aux autorités :

1. Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les facteurs de risque des pathologies indiquant une hystérectomie.
2. Recruter des archivistes et des informaticiens pour le service pour permettre un bon archivage des dossiers.

Au personnel de santé :

1. Réaliser systématiquement sur les pièces opératoires des examens anatomie -pathologies.
2. Assurer un renseignement correct des dossiers médicaux.

A la population et à la communauté :

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

REFERENCES

VII- REFERENCES

1. Thonet RGN. Obstetric hysterectomy. An 11years expérience. BrJ Obstet Gynecol.1986 ; 93 : 794-8.
2. Chapron C, Dubuisson JB. Hystérectomie totale pour pathologie bénigne : techniques cœlio-chirurgicales et indications. Encycl. Med Chir (Paris. France). Technique chirurgicale, urologie-Gynécologie 41655 1995 ; 12p.
3. Cissé C.T., Faye E.O., L. Debernis, F. Diadhiou. Rupture utérine au Sénégal, Epidémiologie et qualité de la prise en charge .Med. trop.2002; 62 :619-622
4. Racinet C., Berthet J., Henry YS., Allouch JM. Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl Méd Chir Tech Chir Urologie-Gynécologie 41905 1991 ; 10 p
5. Reboul A, Mehdi C: L'hystérectomie par voie vaginale en ambulatoire : étude de faisabilité et de satisfaction des patientes ; Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie en RCI; Volume 46, Issue 2, February 2018, Pages 65-70
6. Joana Oliveira. Hystérectomie totale pour pathologie bénigne à l'heure de la chirurgie robotique : quelle voie d'abord chirurgicale en fonction du poids utérin ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. Dumas-03652450
7. Hounkpatin B I B, Bagnan Tonato A, Denakpo J L, Lokossou A, Sehoue M M , Perrin R X . Hystérectomie par voie vaginale : épidémiologie, indications et résultats à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. Med Afr Noire 2012; 59 (11): 537-541
8. Buambo B S F, Oyere M P, Doukaga M, Ekondzola J R Hystérectomie d'indication gynécologique au CHU de Brazzaville. Clinics in Mother and Child Health Vol 6, N°2, December 2009
9. Kouma A. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas .Thèse Med. Bamako 2000 ; .n ° 98 ; 84p
10. Guindo A. Hystérectomie dans le service de gynecoloie de l'hopital du Mali. Thèse Med Bamako 2019 ; 87p ; n°94.

11. Bakara Siby. hysterectomie dans le service de gynecologie et obstetrique du centre hospitalier universitaire professeur Bocar Sidi Sall de Kati[these]. Kati: USTTB; 2023
12. Villet R. et Salet L. Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes) Encycl. Med chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie 41.600.1995, 16P. Paris : SIMEP ; 1994.
13. Kamina P. Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique : Eds Maloine, Paris, 2000, 326p.
14. Kamina P : Anatomie opératoire Gynécologie et Obstétrique. Paris. Maloine. 20/10/2000 : 330
15. Lansac J. Lecomte P. Gynécologie pour le praticien 3eme Edition. Novembre 1988, page 13 - 42.
16. Lansacs/ Plecomte Gynécologie pour le praticien, 4eme Edition. Mars 1994, page 14 à 56. Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.
17. Mariam Kariba Diakité : Hystérectomie au service de Gyneco-Obstetrique à l'Hôpital Régional de Kayes à propos de 37 cas ; Année 2010 -2011
18. Mariam Niarga Keita les hystérectomies d'urgence au service de Gyneco obstétrique au CHU du Point G à propos de 53 cas. These Med. Bamako 2009.n° 15-8015
19. Sory Diallo. hysterectomie dans le service de gynecologie-obstetrique de l'hopital Niankoro Fomba de Segou[these]. Segou: USTTB ; 2023

ANNEXES

VIII- ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : BAKARI

Titre de la Thèse : Hystérectomies gynécologiques dans le Centre de Santé de Référence de Dioila.

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de soutenance : Faculté de médecine et D'odontostomatologie

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie.

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

RESUME

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale courante dans le traitement de lésions bénignes ou malignes de l'utérus et ses annexes.

Le but était d'analyser les résultats des hystérectomies Gynécologique dans le Centre de Santé de Référence de Dioïla.

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective et allant du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2022 dans le Centre de Santé de Référence de Dioïla.

Durant cette période, 63 dossiers d'hystérectomies gynécologiques sur 187 interventions chirurgicales Gynécologiques ont été colligés soit 33,68 % des interventions chirurgicales. L'âge moyen était de 53,89 ans avec des extrêmes de 30 et 80 ans. La tranche d'âge de 50 - 60 ans a été la plus touchée avec 28,6%.

La principale indication était le prolapsus génital avec 84,1%.

La voie vaginale était la plus pratiquée avec 84,1% contre 15,9% par voie abdominale.

L'hystérectomie totale inter annexielle était le geste opératoire le plus pratiqué avec 58,7%. Les suites opératoires ont été simples dans 90,5%. La suppuration pariétale (2 cas) et la rétention aigue des urines (3 cas) étaient les complications post opératoire les plus retrouvées. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,2 jours. Le vécu sexuel était jugé satisfaisant chez 92,1% des patientes.

Conclusion : L'hystérectomie vaginale est le plus souvent indiquée pour le prolapsus génital.

Mots clés : Hystérectomies - causes gynécologiques - voie vaginale – vécu sexuel.

FICHE D'ENQUETE

N° d'ordre.....

I- Caractéristique sociodémographique :**Q1 :** Nom et Prénom.....**Q2 :** Age /___/

1. 30-40ans 2. 41-50ans 3. 51-60ans 4. 61-70ans 5. 71-80ans 6. 81-90ans

Q3: Ethnie /___/

1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Senoufo 5. Kassonké 6. Dogon 7. Minianka 8. Sonrhail 9. Bobo 10. Autres

Q4: Statut matrimonial /___/

1. Mariée polygame 2. Mariée monogame 3. Célibataire 4. Veuve 5. Divorcé

Q5 : Profession /___/

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

Q6 : Niveau d'instruction /___/

1. Scolarisée 2. Non Scolarisée

Q7 : Provenance /___/

1. Urbain 2. Rural

II- Etude clinique**Q8 :** Mode d'admission /___/

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

Q9 : Si référée ou évacuée, provenance /___/

1. CSCom 2. CSRef 3. Structure privée

Q10 : Motif de consultation /___/

1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragie 3. Prolapsus génital 4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie post coïtaux 6. Autres

Q11 : Antécédent médicaux /___/

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

Q12 : Antécédents chirurgicaux /___/

1. GEU 2. Kystectomie 3. Appendicectomie 4. Césarienne 5. Myomectomie 6. Autres 7. Aucun

Q13 : Antécédents obstétricaux

a- Gestité /___/

1.Nulligeste 2. Primigeste 3. Pauci-geste 4.Multigeste

b- Parité /___/

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

c- Nombre d'enfants vivants /___/

1. enfant vivant 2. 2 enfants vivants 3. 3 enfants vivants 4. 4 à 6 enfants vivants 5. >6 enfants vivants

Q14 : Est-elle ménopausée ? /___/

1. Oui 2. Non

Q15 : Si oui à quel âge ? /___/

1. <40ans 2. 40ans et plus

Q16 : Examen Général /___/

1. Bon état général 2. Etat général passable 3. Mauvaise état général

Q17 : Le diagnostic /___/

1. Néoplasie du col de l'utérus 2. Fibrome utérin 3. Prolapsus utérins 4. Adénomyose 5. Néoplasie de l'endomètre 6. Meno-métrorragies rebelles 7. Autres

III- Examens complémentaires

a- La biologie

Q18 : La NFS /___/

1. Taux d'Hb $\leq 5\text{g/dl}$ 2. Taux d'Hb : $6-7\text{g/dl}$ 3. Taux d'Hb 8g/dl 4. Taux d'Hb : $9-12\text{g/dl}$

Q19 : VS /___/

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

Q20 : Glycémie /___/

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

Q21 : Groupe sanguin Rhésus /___/

1. O+ 2. A+ 3. B+ 4. AB+ 5. O- 6. A- 7. B- 8. AB- 9. Non fait

Q22 : TCK /___/

1. Normale 2. Elevée 3. Non fait

Q23 : TS /___/

1. Normale 2. Elevée 3. Non fait

Q24 : Azotémie /___/

1. Normale 2. Elevée 3. Non fait

Q25 : Test de dépistage du cancer du col /___/

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q26 : Anatomie Pathologie de la pièce de biopsie /___/

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

b- Imagerie

Q27 : Echographie pelvienne /___/

1. Oui 2. Non

Q28 : Hystérosalpingographie /___/

1. Oui 2. Non

Q29 : Radiographie du thorax /___/

1. Oui 2. Non

Q30 : Consultation pré anesthésique /___/

1. Oui 2. Non

IV- Traitement : Hystérectomie

a-Traitement chirurgical :

Q31 Type d'hystérectomie /___/

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

Q32 : Gestes secondaires /___/

1. Appendicectomie 2. Périnéorraphie 3. Autres 4. Aucun

Q33 : Qualification de l'opérateur /___/

1. Gynéco obstétricien 2. Chirurgien

Q34 : Anesthésie /___/

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

Q35 : Voie utilisée /___/

1. Abdominale 2. Vaginale 3. Mixte

Q36 : Diagnostic per-opératoire /___/

1. Idem 2. Autres

Q37: Complications immédiates /___/

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

Q38 : Complications secondaires /___/

1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite 4. Eventration 5. Anémie 6. Septicémie 7. Rétention aigue des urines 8. Aucun 9. Autres

Q39 : Complications tardives /___/

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

Q40 : Durée de l'intervention /___/

1. <1heure 2. 1-2heures 3. >2heures

b-Traitement Médical

Q41 : Macromolécules /___/

1. Oui 2. Non

Q42 : Transfusion /___/

1. Oui 2. Non

Q43 : PFC /___/

1. Oui 2. Non

Q44 : Antibioprophylaxie per opératoire /___/

1. Oui 2. Non

Q45 : Antibioprophylaxie postopératoire /___/

1. Oui 2. Non

Q46 : Si oui la durée /___/

1. <5jours 2. >=5jours

Q47 : Autre traitement reçu /___/

1. Oui 2. Non

Q48 : Durée d'hospitalisation /___/

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

Q49 : Etat à la sortie /___/

1. Bon 2. Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée

Q50 : Répercussion psychologique /___/

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

Q51 : Vécu sexuel /___/

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !