

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2010-2011

N°... /

Thèse

**Les Hystérectomies au service de
Gynéco-obstétrique à l'hôpital
régional F. DAOU de Kayes
A propos de 37 cas**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2011
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

Par : Mme TRAORE Mariam KARIBA DIAKITE

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

JURY

Président :	Pr. Salif	DIAKITE
Membre :	Dr. Samba	TOURE
Co-directeur :	Dr. Mahamadou	DIASSANA
Directeur de thèse :	Pr. Issa	DIARRA

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 guidé sur le bon chemin.

AMEN

A mon père : Kariba Diakité

Papa les mots sont impuissants pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été là pour mes sœurs, mes frères et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions m'ont toujours accompagnée, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je te suis reconnaissante pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et que tu feras encore pour nous.

Sache papa que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis.

Au nom de tous mes frères et sœurs, je te dis encore merci, merci pour tous.

A ma mère : Mme Diakité Farma dite Maïmouna Diarra

Maman, ce travail est le fruit de ton endurance. Brève 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 tu souhaites inchallah. Et surtout pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causé, tu es et seras notre fierté de tout le temps.

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'entretien. Que le Paradis soit votre dernier refuge.

A ma très chère grande mère Fanta Diakité dite Yàya :

Tu as été plus qu'une grande mère pour moi. Femme dévouée, croyante et généreuse. Tu m'as toujours choyée, rassurée et réconfortée. Je t'aime beaucoup. Que DIEU te donne longue vie pleine de santé et bonheur, AMEN.

A mon cher tendre époux : *Daouda Massaman Traoré*

Ton affection, ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est le lieu aujourd'hui pour moi de te témoigner toute ma reconnaissance et tout mon amour à ton égard.

Tu es vraiment un mari exemplaire, je prie le bon Dieu que tu restes toujours ainsi, n'écoute jamais les on dit car cela peut être source de mésentente dans un merveilleux couple comme le nôtre. Encore Merci ! Merci ! Merci.

Que DIEU nous donne longue vie couronnée de bonheur et que l'on puisse bien éduquer nos enfants.

A mes enfants : Aïcha, Massaman et Amadou

Soyez dynamiques, la réussite n'est pas facile, je suis convaincue que vous y parviendrez. Soyez rassurés de toute notre affection et de tout notre soutien. Que la Grâce et la Miséricorde du Tout Puissant vous accompagnent toute la vie.

A mes frères et sœurs : Aïssata, Damis, Mamadou, Atou, Issa, Barou, Lassi, Binta, Sèba, Fatouma, Adama, Morikè, Gafou,

Courageux, très compréhensifs, c'est une fierté de vous avoir à mes côtés car vous êtes tout simplement formidables. 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 : Mary Diarra, Amadou Diakité, Fousseyni, Adama

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi à la réalisation de cette thèse. Que la Grâce du Seigneur vous accompagne, qu'il resserre nos liens de fraternité. AMEN.

A toute ma famille à Kalaban-coro, Sénou, Doussoudjana, Kayes, Sélingué, Kolosso, Tontons et Tantes :

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect. Merci à vous tous.

A mon beau père : Feu Massaman Traoré

J'ai appris de ton sens élevé de l'honnêteté et de la dignité à travers le peu de temps qu'on a vécu ensemble. Ton absence a créé un vide dans nos cœurs.

Je regrette profondément ton départ prématuré, mais même si tu es absent, je sais que spirituellement tu es présent car tu m'as beaucoup soutenue. Puisse ALLAH le tout puissant t'accueillir dans son Paradis. Amen.

Aux autres membres de ma belle famille : ma belle mère **Sitan Doumbia** ; mes beaux frères **Zoumana, Alfousseyni, Djibril** et tout le reste ; mes belles sœurs **Feue Bintou , Feue Mme Camara Tènin Doumbia, Hadjaratou, Kadiatou, Afou, Kémmissaba, Mari Hellaine, Maïchata** et tout le reste

Merci pour le soutien, l'accompagnement, la disponibilité, la sympathie et surtout l'accueil que vous m'avez fait. Je vous serai toujours reconnaissante. Que DIEU vous accompagne dans vos projets avec succès. Amen

A mon amie : Mme Sidibé Awa Sow depuis le Gabon

Tu as été plus qu'une amie pour moi. Sache que la distance n'aura jamais une influence dans notre relation. Prends soins de toi et que DIEU exauce tes vœux.

A mon ami : Dr Alassane Diamoutènè

Sache que tu as un grand cœur, sympathique et toujours disponible pour aider les autres. Que DIEU te récompense de la meilleure manière.

A tous mes camarades de la 212 : Fatoumata O. Ouattara, Toutou Sissoko, Fatoumata Kallossi, Mounè, Zeïnabou, Assan, Djenèba Coulibaly, Awa Koné, Kaman, Lountanding, Alamako, Aba Isabelle Dacouo, Oumou Fomba, Awa Diakité, Youma et toutes les autres de la 212.

Soyez courageuses, compréhensibles, disponibles. La vie n'est pas facile. Que DIEU vous garde et exauce vos vœux. Amen

A mes camarades: Oumar Mariko, Siaka Sanogo

Encore merci

REMERCIEMENTS

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako, trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Trouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

A tout le personnel de l'Hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes

A mes maîtres Dr Bengali, Dr Aziz, Dr Sitafa Dembelé ainsi qu'aux autres médecins et aînés. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

A tous mes collègues internes et cadets du service de gynécologie obstétrique de L'Hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes

Fofana, Samakoro, Ly, Berthé, Sidibé, Macalou, Mme Diarra Alimatou, Diarra, Tounkara, Konaté

Merci pour la confiance, les échanges de connaissance. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

Aux Sages Femmes, infirmières, mâtrones, stagiaires et manœuvres

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant ces années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre.

Merci de m'avoir accueillie, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout Puissant raffermisse nos liens.

Aux familles voisines à Kayes (F. Dicko, F.Traoré, F.Gueye, F.Djiré) et à Sénou (F. Doumbia, F. Samaké): Merci pour la confiance et le soutien.

A Notre Maître et Président du Jury

Pr Diakité Salif

Professeur honoraire de gynéco-obstétrique

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse.

Gynécologue exemplaire, votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynécologie au Mali.

Convaincus que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays,

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

A Notre Maître et Juge

Dr Samba TOURE

Spécialiste en gynéco-obstétrique

Chef de service adjoint du service gynéco-obstétrique du CHU du Point G

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 et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

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

A Notre Maître et Codirecteur de thèse

Dr Mahamadou Diassana

Spécialiste en Gynécologie obstétrique

**Praticien Hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique
de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces mois passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A Notre Maître et Directeur de thèse

Pr Issa Diarra

Spécialiste en Gynécologie obstétrique

**Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),**

Ancien Directeur central des services de santé des armées

Colonel Major dans l'Armée Malienne

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Vous avez bien voulu accepter de participer à la direction de ce travail ; nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduites.

Nous sommes fières de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et surtout votre dévouement, associés à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CSCOM: Centre de Santé Communautaire

CSRef C: Centre de Santé de Référence de la Commune

FMPOS: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

HRP: hématome rétro placentaire

HTA: Hypertension artérielle

PP: placenta preavia

PFC: plasma frais congelé

NFS: numération formule sanguine

GEU: grossesse extra-utérine

TC: temps de céphaline kaolin

TS: temps de saignement

Hb: hémoglobine

IEC: information éducation communication

CIVD: coagulation intra vasculaire disséminé

CHU: centre hospitalier universitaire

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	3
III.	GENERALITES.....	4
	A. HISTORIQUE	4
	B. RAPPELS.....	5
	C. ETUDE CLINIQUE.....	18
	D. TECHNIQUES D'HYSTERECTOMIE TOTALE	
	ABDOMINALE CONSERVATRICE.....	25
	E. TECHNIQUE DE L'HYSTERECTOMIE VAGINALE.....	35
	F. INDICATIONS D'HYSTERECTOMIE.....	42
	G. SUITES OPERATOIRES ET COMPLICATIONS.....	45
IV.	METHODOLOGIE.....	50
V.	RESULTATS.....	59
VI.	COMMENTAIRES – DISCUSSION.....	70
VII.	CONCLUSION – RECOMMANDATIONS.....	76
VIII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
IX.	ANNEXES.....	82

I- INTRODUCTION

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

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix sept siècles. En 1825, Langenbeck [31] fit la première hystérectomie abdominale pour cancer du col, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après.

C'est une intervention relativement fréquente.

Au Canada c'est l'intervention gynécologique la plus réalisée après la césarienne [31]. Le pourcentage des femmes hystérectomisées de 60 ans est de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France [31,30]

En Occident, Racinet et coll. [30], l'évaluent entre 0,013% et 0,722%.

A Libreville sur 82981 accouchements il y a eu 58 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence avec une fréquence de 0,07% soit une hystérectomie pour 1431 accouchements

Elle est de 0,53% pour Muteganya et coll. [25] au Burundi.

A Yaoundé au Cameroun 31cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence ont été pratiquées pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4%

A Dakar des Etudes faites par Diouf et coll. [9] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas représentait 0,45%. Notre pays le Mali ne fournit aucune donnée en la matière.

Cependant l'hystérectomie est une intervention ultime pour garantir la survie maternelle. Elle s'impose surtout dans l'urgence (obstétricale ou

gynécologique), si l'état hémodynamique est difficilement contrôlable, si l'utérus ne peut être conservé en cas de : placenta accreta, rupture utérine, perforation utérine, atonie utérine... et en dehors de toute urgence : prolapsus génital, métrorragie rebelle, cancer du col et de l'endomètre opérable ...

L'ablation de l'utérus est une décision lourde de conséquences, découlant d'une situation menaçant la survie de la femme.

Vue l'absence d'étude à Kayes sur ce sujet nous avons jugé nécessaire d'apporter une contribution par l'étude de l'hystérectomie au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes. Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants

II- OBJECTIFS

A- Objectif général :

Etudier les aspects épidémio-cliniques de l'hystérectomie dans le service de gynéco-obstétrique à l'hôpital F. DAOU de Kayes

B- Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des hystérectomies,
2. Identifier les indications des hystérectomies,
3. Déterminer le profil sociodémographique des patientes,
4. Décrire les différents tableaux cliniques,
5. Etablir le pronostic des hystérectomies,
6. Formuler des recommandations.

III- GENERALITES

A- HISTORIQUE :

1- Hystérectomie vaginale : [31] La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix sept siècles. Au XVI^e et XVII^e siècle, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarus da Capri à Bologne en 1507).

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

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

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

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

2-Hystérectomie abdominale: [31]

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 100ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne.

B-RAPPEL ANATOMIQUE :

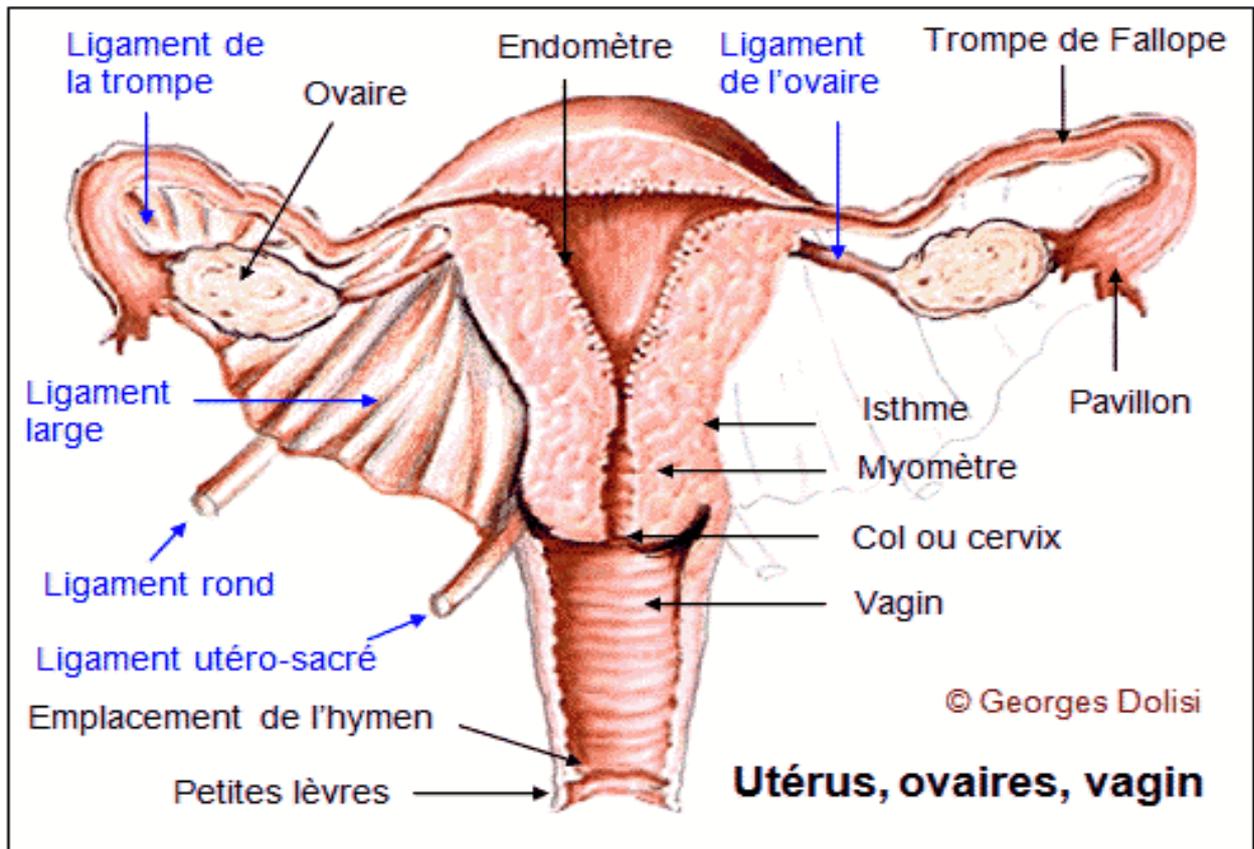


Schéma n°1 : l'utérus Rappel anatomique :

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

1. GENERALITES

1.1 Définition

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

1.2 Intérêt

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

1.3 Rappels embryologiques

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

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

La musculature utérine ou myomètre, se différenciera à partir de la gaine conjonctive résultant de la fusion des deux cordons uro-génitaux. Le manchon mésenchymateux est relié de chaque côté à la paroi par le mésométrium, prolongement du méso uro-génital.

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

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

2. ANATOMIE DESCRIPTIVE

2.1 Situation : Organe 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.

2.2 Morphologie et dimensions:

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

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

- le corps au dessus
- le col en dessous

2.2.1. Le corps

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

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

2.2.2. L'isthme

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

2.2.3. Le col

En forme de barillet, il donne insertion au vagin suivant une ligne large de 1/2 cm environ, oblique en bas et en avant. On peut lui distinguer donc trois parties:
-Supra vaginale qui se continue avec le corps

-Vaginale

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

Les dimensions de l'utérus varient suivant la parité :

Chez le nullipare : longueur = 6 à 7 cm (3,5 pour 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.

2.3 Direction de l'utérus:

- l'utérus est antéversé : L'axe d'ensemble de l'organe est oblique en haut et en avant formant avec l'axe vaginal un angle ouvert en bas et en avant.

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

2.4 Configuration intérieure :

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

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

-externe au sommet du museau de tanche

-interne au niveau de l'isthme.

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

2.5 Anatomie fonctionnelle

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

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

Les moyens de soutènement (système actif) :

.la vessie sur laquelle l'utérus prend appui est 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 utéro-ovariens, 2 ligaments utéro-sacrés, 2 ligaments vésico-utérins.

Ligaments larges :

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

-Face antérieure : est la réflexion en avant et en dehors du péritoine qui a tapissé la face antérieure de l'utérus. Elle est soulevée par le ligament rond qui soutient 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) feuillettes, 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 feuillettes 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- vésico-utéro-recto-sacrée.

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 MISCROSCOPIQUE :

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

4.1 La séreuse :

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

4.2 La musculuse (myomètre)

Au niveau du corps utérin

Elle comprend trois (3) couches:

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

4.3 La tunique muqueuse

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

5 VASCULARISATION UTERINE

5.1 Artères

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

* Artère utérine

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

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

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

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

. Segment sous-ligamentaire

- Rameau urétéral
- Branches vésico-vaginales
- artère cervico-vaginale

. Segment intra-ligamentaire

- les artères du col qui participent au cercle de HUGUIER
- les artères du corps, courtes et tire-bouchonnées
- les rameaux du ligament large

. Dans sa portion terminale

- la rétrograde du fond, artère de l'insertion placentaire
- artère tubaire interne
- artère ovarienne

5.2 Les veines

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

-Le plexus principal

Il est rétro urétéral et est le plus volumineux.

- Le plexus accessoire

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

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

6 Caractères morphologiques de l'utérus gravide :

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

- .les ventres constitueraient le corps ;
- .les tendons, le segment inférieur ;
- .et les insertions, le col.

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

6.1-le corps utérin :

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

6.1.1- Situation du fundus utérin

En début de grossesse, il est pelvien

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

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

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

- A 4 mois et demi, il répond à l'ombilic.
- A terme, il est à 32cm du pubis.

6.1.2- Les dimensions

Pour la longueur : - à la fin du 3^{ème} mois : de 10 à 13cm ;

A la fin du 6^{ème} mois : de 17 à 18cm ;

A terme : de 31cm ;

Pour la largeur : - à la fin du 3^{ème} mois : de 8 à 10cm ;

- à la fin du 6^{ème} mois : de 18cm

- et à terme : de 23cm

6.1.3- Forme

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

Mais au 2^{ème} mois, il est sphérique, semblable à une " orange ".

Au 3^{ème} mois, à une " pamplemousse ".

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

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

6.1.4- Direction

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

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

A terme :

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

6.1.5- Epaisseur de la paroi

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

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

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

6.1.6- Consistance

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

6.1.7- Poids : A terme elle est de 800 à 1200g.

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

6.2- Le segment inférieur

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes,

mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia.

A terme il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 de largeur et 3 cm d'épaisseur.

6.3. Le col utérin :

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Les orifices (interne et externe) restent fermes jusqu'au début du travail sauf souvent chez la multipare où l'orifice externe peut rester déhiscent

6.4. Rapports anatomiques de l'utérus gravide

6.4.1. Les rapports anatomiques du corps utérin

Au cours de la grossesse les rapports de l'utérus augmentent avec l'âge gestationnel :

- en avant la paroi abdominale
- en arrière la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale
- En haut le grand omentum et le colon transverse
- A droite le colon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme
- A gauche les anses et le colon sigmoïde qui recouvre l'annexe gauche

6.4.2- les rapports anatomiques du segment inférieur

4.2.1- La face antérieure :

La vessie est le rapport essentiel. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel

4.2.2- Face postérieure :

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

4.2.3- Les faces latérales Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien.

7 RAPPEL ANATOMIQUE DU VAGIN

7.1. DEFINITION

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

7.2. ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Le vagin est un conduit musculo-membraneux, étendu entre le col de l'utérus, et la vulve. Il est situé en avant du rectum, en arrière de la vessie. Il a la forme d'un tuyau d'écrivain une courbe concave en arrière quand la vessie est vide. Il est long de 7 à 9 cm, et sa paroi antérieure est accolée à sa paroi postérieure sauf à ses extrémités.

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

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

Configuration interne du vagin

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

7.3. ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Le vagin a trois tuniques :

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

7.4. LES MOYENS DE FIXITE DU VAGIN

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

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

7.5. VASCULARISATION ET INNERVATION DU VAGIN

7.5.1 ARTERES :

Aux nombres de trois

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

7.5.2 VEINES :

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

7.5.3 LYMPHATIQUES :

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

7.5.4 NERFS :

Proviennent du plexus hypogastrique inférieur

C- ETUDE CLINIQUE

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

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

1. Interrogatoire :

Il recherchera :

- L'âge de la patiente ;
- La date des dernières règles ;
- La date d'apparition des saignements, leur évolution et leur abondance ;
- L'existence d'un traitement hormonal ou de prise d'anticoagulant, préciser une notion d'arrêt ou d'oubli.
- Les antécédents familiaux : pathologie gynécologique et générale ;
- Les antécédents personnels :
 - Les antécédents gynéco-obstétricaux : ménarche, durée du cycle, caractère du cycle, nombre de grossesses, les incidents et accidents gravidiques ;
- Les antécédents chirurgicaux : surtout gynécologiques ;

- Les antécédents médicaux : maladies générales, les maladies infectieuses ;
 - L'existence d'un moyen de contraception : contraceptif oral, stérilet, les implants, les moyens mécaniques (préservatifs ou diaphragme).

2. Examen physique :

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

2.1. Examen général :

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

2.2. Examen gynécologique :

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

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

a. L'examen au spéculum :

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

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

b. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et à rectum vides. Il sera combiné au palper abdominal et au toucher rectal. Il permet l'appréciation de la taille de l'utérus, de ses contours, de sa sensibilité, de sa mobilité et de ses différents rapports. Combiné au toucher rectal il apprécie la

souplesse des culs de sac et des paramètres. Le toucher bi digital permet d'apprécier la cloison recto-vaginale.

2.3. Les examens complémentaires : [19]

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

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

a. L'échographie pelvienne :

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

b. L'hystérosalpingographie (HSG) :

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

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

- Elle doit être réalisée en phase folliculaire ;
- Eliminer une grossesse ;
- Eliminer une infection ;

- Arrêter les saignements ;
- Faire une couverture antibiotique.

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

Il existe une variante : l'hystérosonographie qui consiste à injecter une solution saline stérile de 4 à 10 ml dans la cavité endométriale sous visualisation ultrasonographique directe. Une fois l'endomètre imprégnée la présence de polypes ou de myomes et l'épaisseur de l'endomètre est évaluée. Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [18] ; par ailleurs elle montre dans 41% des cas un myome saillant sous muqueux pour des myomes analysés comme strictement intra-muraux par l'échographie par voie vaginale [16].

c. L'hystéroscopie diagnostique :

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystéroscopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérogaphie et la hystérosonographie d'apprécier le canal endocervical (l'exploration de cette région est probablement l'échec principal des techniques par ultrasons), et une localisation plus précise des lésions. Elle permet également une biopsie guidée et l'obtention d'une histologie. Mais le caractère iatrogène de l'hystéroscopie en regard de l'hystérosonographie est sujet à discussion : décontamination des hystérofibrosopes et description de quelques cas dans la littérature d'éventuelle greffe péritonéale de cellules néoplasiques [22].

De fait l'hystéroscopie a une excellente valeur prédictive négative et l'absence de lésion permet de proposer d'arrêter là les explorations.

Que ce soit l'hystérosonographie ou l'hystéroscopie : si une lésion focalisée est identifiée, l'exploration chirurgicale à visée diagnostique et thérapeutique est de mise [22].

d. La colposcopie :

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

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

La colposcopie permet de repérer sur le col :

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

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

e. Le frottis cervico-vaginal :

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

f. Les frottis endométriaux :

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

g. La biopsie du col

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

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

h. La biopsie de l'endomètre :

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

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

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

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

I. Les dosages hormonaux :

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

j. Le bilan hématologique :

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

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

D. Techniques d'hystérectomie totale abdominale conservatrice [32]



SCHEMA N° 2 : Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles d'après Lansac [32]

Après ouverture de la paroi abdominale l'utérus est saisi par un hystérolabe ou un fil transfixiant et attiré en arrière du côté gauche pour lier le ligament rond droit. Le péritoine après coagulation est ouvert de part et d'autre du ligament rond. Celui-ci est sectionné entre deux pinces de Bengoléa puis ligaturé au fil de vicryl 2/0. Le fil du côté pariétal est gardé long pour pouvoir être fixé à une pince en avant et en dehors facilitant l'exposition.

La même manœuvre est réalisée du côté opposé.

L'utérus étant attiré vers l'arrière, le péritoine vésico-utérin est incisé entre les deux ligatures des ligaments ronds. Les espaces vésico-utérin puis vésico-vaginal peuvent être libérés. Le péritoine vésico-utérin est saisi par une pince à disséquer et les ciseaux, pointe tournée vers l'arrière, refoulent la paroi vésicale,

tandis que l'hémostase de petits tractus fibreux est effectuée. Le lambeau péritonéal est suspendu à l'aide d'un fil pour faciliter le reste de la dissection.

Une des annexes est saisie par une pince de Duval. Utérus et annexe sont attirés en dedans, l'utérus vers l'avant et l'annexe vers l'arrière. Le péritoine peut être ouvert à partir de la section du ligament rond et la face antérieure du large est dégagée en dessous de la trompe et du pédicule annexiel. Ce dégagement est poursuivi plus ou moins en bas permettant de repérer l'uretère et de le refouler.

La ligature du pédicule lombo-ovarien ne pose pas de difficultés si l'ouverture et la libération du péritoine vésico-utérin est bien faite. Le péritoine pelvien est coagulé puis ouvert en pédicule lombo-ovarien qui est sectionné entre deux pinces et ligaturé au vicryl 2/0. La section du feuillet postérieur du péritoine du ligament large est poursuivie jusqu'au contact de l'utérus. Une pince de Kocher longue prend le ligament rond et le pédicule annexiel de chaque côté de l'utérus permettant de supprimer l'hystérolabe.



SCHEMA N° 3 : Mise en place des pinces sur le ligament large d'après **Lansac J. [32]**

1=Pince de Rochester prenant la trompe, le ligament utéro-ovarien et le ligament rond ;

2=Pince de Rochester prenant la trompe et le ligament utéro-ovarien ;

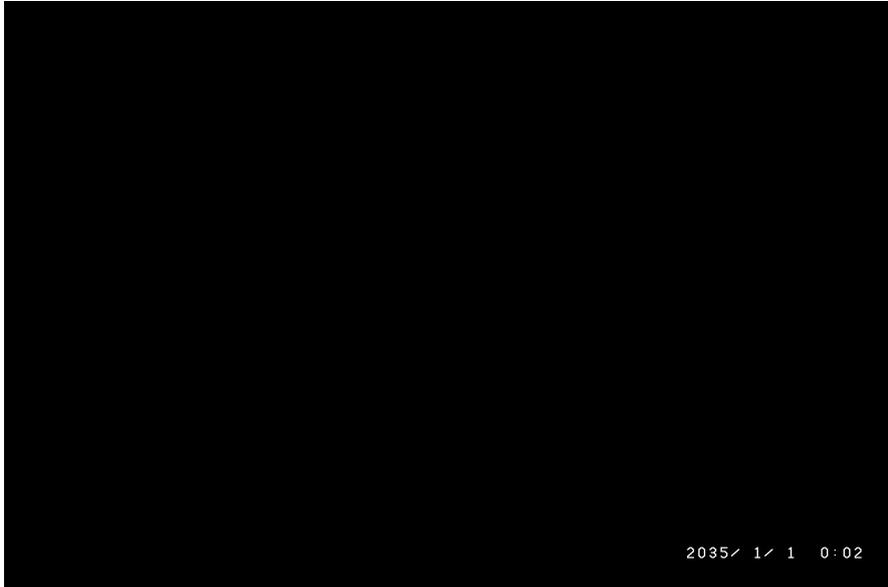
3=Pince de Kocher prenant le ligament rond.

Les faces antérieures de l'utérus et du vagin étant dégagées, latéralement le bord de l'utérus est libéré en effondrant le tissu cellulaire lâche du ligament large ; le pédicule utérin peut être lié.

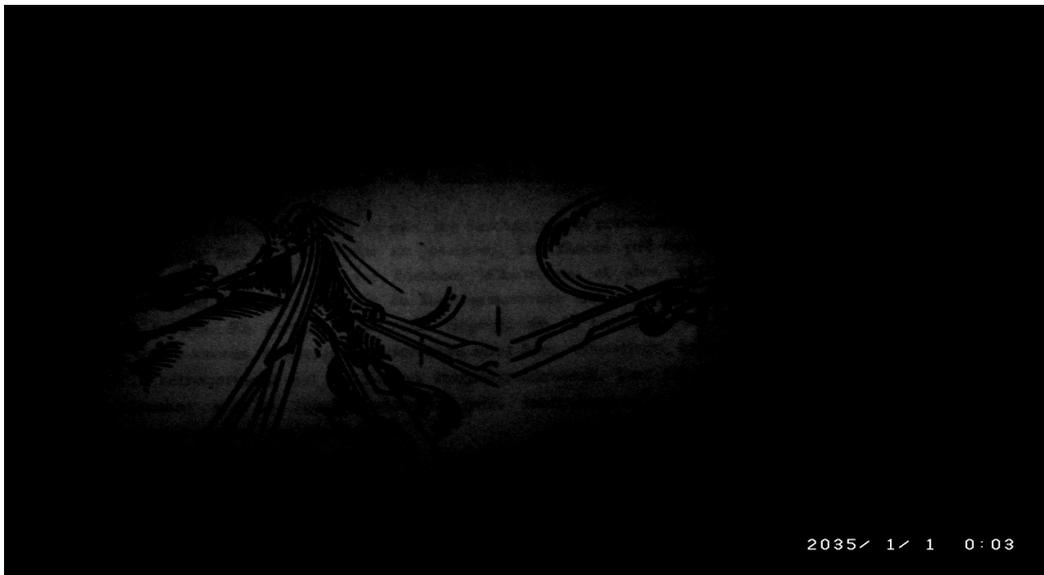
Pour ce faire, le péritoine de la face postérieure du ligament large contre l'utérus est décollé puis sectionné jusqu'au ligament utéro-sacré. Le pédicule utérin est ainsi dégagé en avant et en arrière à la hauteur de l'isthme. Pour lier le pédicule utérin droit, l'utérus est attiré en arrière et à gauche et l'opérateur repère le bord droit de l'utérus. IL place les doigts de sa main gauche en avant de l'isthme, introduit les ciseaux, d'arrière en avant, le long du bord utérin à la hauteur de l'isthme en passant en arrière du pédicule. La pointe de ciseaux dirigée d'abord vers l'utérus puis se retournant pour effondrer en avant le tissu fibreux de la face antérieure sous péritonéale de l'utérus. Deux pinces de De Bakey, la plus externe afin de prendre la partie haute des vaisseaux cervico-vaginaux. La mise plus ou moins basse de la pince de Bengoléa conditionne la fin de l'hystérectomie. Les tissus sont sectionnés en dedans de la pince jusqu'à la pointe de celle-ci.

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

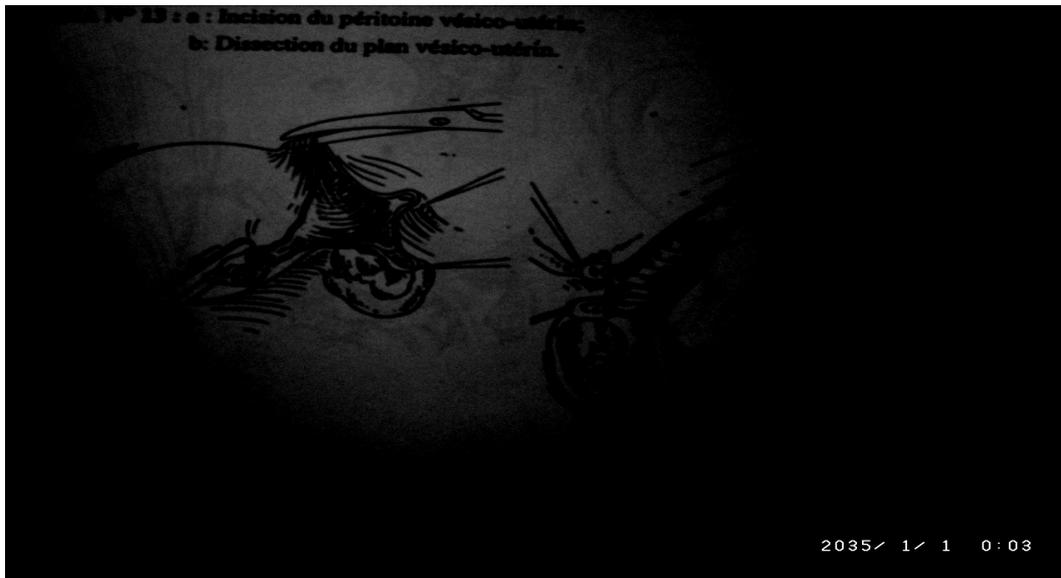
Cette technique de ligature des pédicules utérins oblige à une dissection précise et évite la mise en place de la pince de Jean-Louis Faure sans dissection préalable.



SCHEMA N°4 : Ouverture du ligament large: Lansac [32]



**SCHEMA N° 5 : Lansac [32] a : Décollement du péritoine vésico-utérin ;
b : Ligature du ligament rond.**



SCHEMA N°6 : Lansac [32] a : Incision du péritoine vésico-utérin ;
b : Dissection du plan vésico-utérin.

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.

- La technique de Aldridge, dans ce cas, les fascias pré et rétro cervicaux sont ouverts et la dissection se fait à l'intérieur de ceux-ci. Le fascia pré cervical est sectionné transversalement aux ciseaux ou bistouri électrique et des sections ligatures ou coagulations sont réalisées jusqu'à la face antérieure du vagin au-delà de la portion recouvrant le col.

En arrière, l'attitude dépend de la position et de la densité des ligaments utéro-sacrés. Lorsque ces derniers sont bien visualisés, le péritoine est ouvert et le fascia rétro cervical est sectionné transversalement sur la ligne médiane puis latéralement. L'hémostase est faite progressivement au bistouri électrique.

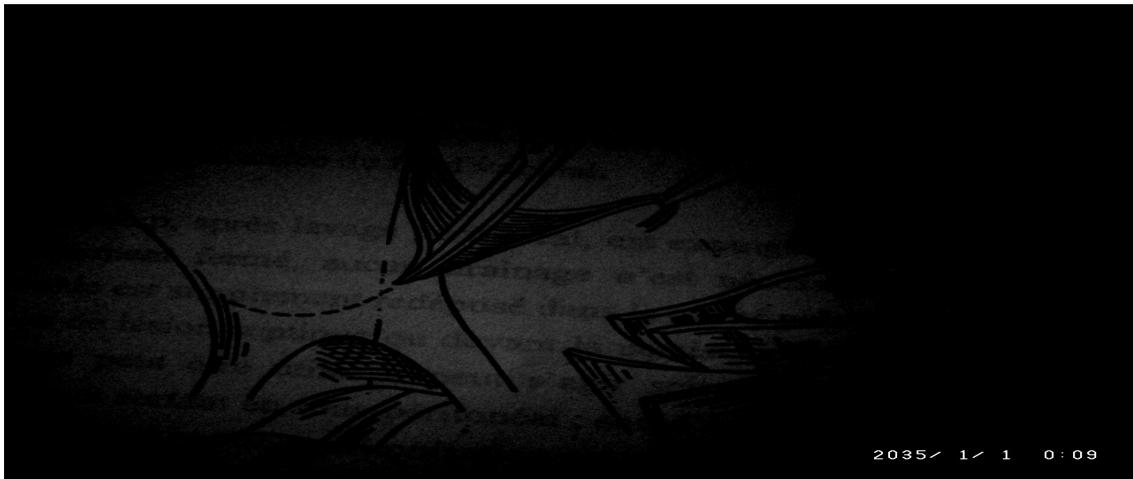
- La technique de Wiart, dans ce cas, la dissection reprend à partir de la pince de Bengoléa placée verticalement au-dessous du pédicule utérin pour lier les vaisseaux cervicovaginaux. Une ou deux nouvelles prises à

l'aide de pince de Bengoléa vont être faites de chaque côté, au niveau du para vagin qui sera ainsi disséqué jusqu'au-delà du col utérin.



SCHEMA N°7 : Lansac [32]

a, incision du péritoine postérieur, vue opératoire montrant le dégagement du pédicule ; b, dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large.



Lansac [32]



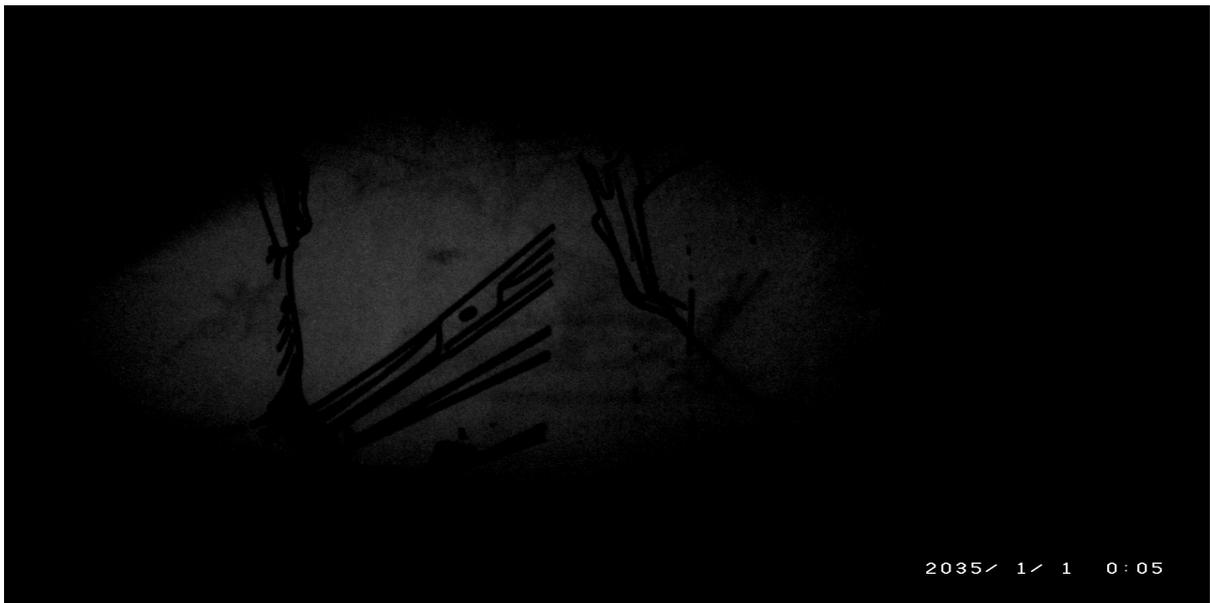
SCHEMA N°8 : Lansac [32] a, incision du péritoine après mise en tension des utéro-sacrés ; b, ligature du ligament utéro-sacrés droit.

Après la dissection, le col monte facilement et l'opérateur vérifie, que celle-ci est suffisante, en palpant le col d'avant en arrière à travers les parois vaginales. Le vagin est alors sectionné au bistouri en débutant sur la face antérieure. La tranche vaginale est badigeonnée avec de la polyvidone iodée. Au fur et à mesure de la section, les berges vaginales sont saisies dans les pinces et, les hémostases complémentaires sont faites au bistouri électrique. Le vagin est alors désinfecté par une compresse imprégnée de polyvidone iodée. Très souvent, le vagin est ensuite refermé. La fermeture est réalisée par un surjet unique de vicryl 2/O, démarré et se terminant par un point en X au niveau des tissus para vaginaux droit et gauche. Ce surjet peut être extra muqueux diminuant l'apparition de granulome au niveau de la cicatrice du fond vaginal.

Si le champ, après lavage péritonéal, est exsangue et que le vagin n'a pas été ouvert, voire correctement fermé, aucun drainage n'est nécessaire et la péritonisation est inutile. Le sigmoïde est simplement redéposé dans la cavité pelvienne.

En cas de lésion septique ou devant la persistance d'un suintement hémorragique diffus, un drainage peut être utile. IL peut s'agir soit d'un drain de Redon couché sur la tranche vaginale et sortant en sous péritonéal ; soit d'un drain tubulé sortant par le vagin.

Dans ces deux cas une péritonisation est nécessaire, elle peut être faite au fil résorbable.



SCHEMA N°9 : Lansac [32]

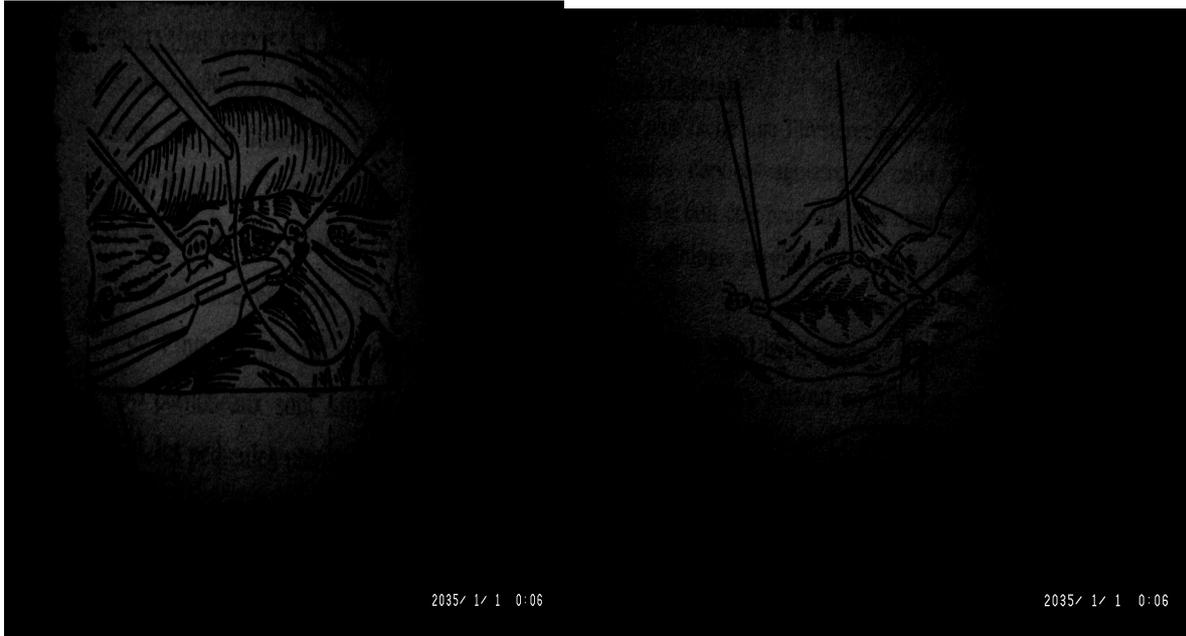
- a, section du para vagin et des artères cervico-vaginales : 1=pédicule utérin,
2=pédicule vésico-vaginal.

□ b, section du fascia para vaginal afin de descendre au-dessous du col d'après Lansac J.

□ c, dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge.



SCHEMA N°10 : Lansac [32] section du vagin après ligature de l'angle. 1= pédicule utérin, 2= pédicule cervico-vaginal.



SCHEMA N°11 : Lansac [32]

*a, fermeture du vagin par des points en X prenant la muqueuse.

*b, Mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert d'après Lansac J.

- Les modifications en fonction de l'exérèse VILLET R [19-20]

1. 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 Bengoléa 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

E. TECHNIQUE DE L'HYSTERECTOMIE PAR VOIE VAGINALE [32]

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

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

Seul un travail d'équipe reposant sur les valves manipulées par les aides permet alors d'aborder chacune de ces structures, chaque étape permettant la descente progressive de l'utérus, et d'aborder le temps suivant. Nous retiendrons donc pour principe l'hystérectomie d'écrite par DARGENT répandue en France depuis plus de 20 ans. De même les hémostases sont plus accessibles au passe- fil de

DESCHAMPS que par les pinces hémostatiques classiques. On ne pourra envisager qu'en cas de prolapsus les techniques de bascule première de l'utérus avant même section des ligaments suspenseurs, suivies d'une hémostase de haut en bas.

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

2.1 Description type : hystérectomie avec conservation ovarienne pour utérus de petit volume

* Abord du cul de sac vésico-utérin :

Le col est fortement saisi et attiré vers le bas par deux pinces de MUSEUX placées sur les deux lèvres antérieure et postérieure. Les valves de Breisky étroites sont disposées latéralement et une valve Mangiagalli en avant.

L'incision du vagin est réalisée transversalement au col, en gueule de poisson, suffisamment profonde (5 à 10 mm) et latéralement par deux incisures superficielles Cette incision se fait 1 à 2 cm au-dessus du col, classiquement dans le "sillon de la vessie", la limite pouvant être précisée en recherchant la zone de démarcation entre le vagin lisse et strié ou par la palpation d'un ressaut grâce au manche du bistouri.

- On réalise ensuite une section des fibres de la cloison supra-vaginale entre l'isthme et la face postérieure de la vessie, suivie d'un clivage au doigt lorsqu'on atteint l'espace vésico-utérin. Ces fibres de la cloison supra-vaginale présentent un aspect grisâtre, vasculaire et crissent sous les ciseaux. Elles sont coupées aux ciseaux courbes, concavité dirigée vers l'utérus sur la ligne médiane.

L'accès au septum est acquis dès que les fibres sont remplacées par un tissu aréolaire. Sous couvert d'une valve antérieure qui refoule la vessie, on écarte les piliers de la vessie au doigt afin d'éloigner les uretères. Le cul de sac péritonéal antérieur en U peut être alors ouvert s'il est facilement retrouvé.

* Abord du cul de sac de Douglas :

Le col, fortement saisi, est attiré vers le haut, par les deux pinces de Museux. Les valves de Breisky disposées latéralement et une valve de Mangiagalli en arrière.

L'incision vaginale postérieure est réalisée transversalement et franche. Une traction du vagin vers le bas permet la dissection de la face postérieure du col qui, réalisée ni trop près de l'utérus (ce risque de poser un problème hémorragique) ni trop loin (ce qui risquerait d'entraîner une plaie rectale), permet d'accéder au cul de sac de Douglas. Après incision du col, on a pris la précaution de replacer le mors de pince postérieure sur la berge de l'incision, ce qui améliore la qualité de la traction.

Le cul de sac de Douglas est incisé transversalement le long du col, l'ouverture étant agrandie par traction divergente sur les angles jusqu'à permettre le passage de la valve postérieure de Mangiagalli.

* Ligatures des ligaments suspenseurs : utéro-sacrés et cardinaux Ce temps est débuté à gauche de la patiente pour un opérateur droitier puis à gauche.

Le premier aiguillage est réalisé par le passage au porte - fil de DESCHAMPS juste au-dessous de la boucle de l'artère utérine qui est palpée au doigt, qui est passé d'avant en arrière, guidé par le doigt postérieur. On adosse la ligature à la paroi vaginale en regard de l'incision vaginale latérale. Le nœud est passé dans la gorge de l'incision vaginale latérale et le fil laissé long, la section des ligaments suspenseurs est réalisée 1cm en aval au bistouri froid.

* Hémostase des utérines Une deuxième aiguillée permet le doublement de la ligature des paramètres, de la partie supérieure du ligament cardinal et de la première ligature de l'artère utérine passée grâce au porte fil de DESCHAMPS. La section des dernières fibres aux ciseaux permet l'abord de l'artère utérine.

L'aiguillage de l'artère utérine est réalisé au niveau de sa boucle en appui contre les ligaments suspenseurs, après sa pédiculisation. Les mêmes manœuvres sont répétées en contro - latéral.

Extériorisation du fond utérin : Si le cul de sac antérieur n'a pas été déjà ouvert, on réalise alors son ouverture, éventuellement entre deux doigts passés en crochet derrière l'utérus. On saisit les éléments de la corne dans une pince hémostatique avec ligaments ronds, trompe et utero ovariens. Le ligament rond peut être individualisé si l'on souhaite réaliser une annexectomie complémentaire. Un doigt passé en arrière peut être utile pour éloigner l'intestin. On peut alors sectionner en laissant un moignon de sécurité en avant du clamp. L'hystérectomie étant réalisée, on peut examiner les deux annexes qui sont conservées si elles sont saines. La ligature est doublée par une aiguillée transfixiant le moignon en son centre, et laissée longue pour permettre sa fixation aux champs

*** Péritonisation**

Une bourse est réalisée débutant à six heures puis suivant le sens des aiguilles d'une montre. Le péritoine est aiguillé en regard des ligaments suspenseurs droit puis de proche en proche, du moignon annexiel droit, de la trompe et du cul de sac vésico-utérin avant de suivre à l'inverse les pédicules gauches. Les pédicules peuvent être extériorisés par la traction douce en cas de difficultés et l'intestin refoulé par une mèche s'il est gênant. On réalise ensuite le rapprochement des ligaments suspenseurs restés longs sur la ligne médiane.

*** Fermeture vaginale :**

Quelque soit sa technique, il est préférable de laisser un pertuis postérieur pour le drainage.

2.2 Les variantes et difficultés

2.2.1 Castration

Il convient de tirer l'annexe par une pince à anneaux, ce qui éloigne les ligaments lombo- ovariens de la paroi et en conséquence de l'uretère. On individualise le ligament rond sur une ligature pariétale laissée longue, puis le ligament lombo ovarien. On peut alors clamber le ligament lombo ovarien qui est seul à ce niveau, et une double ligature est réalisée. En cas d'ovaires très peu

accessibles, particulièrement chez la femme âgée, la castration peut être facilitée par l'usage du lasso endoscopique, dont la boucle strangule le lombo ovarien ou d'une pince à agrafe automatique. Enfin les castrations impossibles par voie basse mais indispensables seront terminées par cœlioscopie. Les kystes ovariens de bénignité certaine peuvent être évacués par voie basse pour faciliter l'annexectomie.

2.2.2 Difficultés d'accès au cul de sac de Douglas

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

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

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

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

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

2.2.4 Difficultés d'accès au fond utérin

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

* L'évidement sous-séreux : il s'agit du procédé de LASH, récemment remis à l'honneur par KOVAC (11) et QUERLEU. Sa technique consiste à inciser circulairement sur une profondeur de 5 mm de l'isthme utérin permettant ainsi d'accéder à un plan séparant la couche plus externe du myomètre de la surface séreuse de la masse utérine. Cette dernière est alors progressivement extraite du pelvis sans léser la couche externe et donc sans danger annexiel ou viscéral. Amorcée au bistouri froid, l'incision est poursuivie aux ciseaux droits forts circonférenciellement et sous la protection de 4 valves situées aux 4 points cardinaux. Ce plan totalement exsangue, toujours bien défini est présenté aux ciseaux par une forte traction sur le col. La masse descend progressivement jusqu'au point où le fond utérin bascule spontanément, ce qui survient souvent avant que l'évidement ne soit complet.

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

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

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

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

* La myomectomie première

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

2.2.5 L'épisiotomie

Elle a son utilité toutes les fois que l'étroitesse du vagin pose un problème technique. Cette épisiotomie peut être réalisée d'emblée quand on pressent que les temps initiaux seront difficiles. Elle peut être faite également au moment de l'extériorisation de la pièce.

La technique est à moduler en fonction des conditions anatomiques.

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

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

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

2.2.6 Adhérences pelviennes

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

2.2.7 Triple opération périnéale avec hystérectomie :

La triple opération périnéale (TOP) avec hystérectomie est l'opération de choix dans le traitement des formes habituelles du prolapsus génital. Elle comporte trois temps visant chacun à corriger l'une des composantes du prolapsus génital :

- La plastie antérieure ou colpographie antérieure.
- L'hystérectomie.

- La plastie postérieure ou colporrhaphie postérieure.

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

2.2.8 L'assistance cœlioscopique à l'hystérectomie vaginale

Trois circonstances peuvent être envisagées :

- cœlioscopie diagnostique simple : réalisée en début d'intervention pour le diagnostic d'une masse annexielle, la vérification de l'absence des adhérences pelviennes ou la vacuité du cul de sac de Douglas.
- L'hystérectomie cœlio-vaginale : cette technique associée à la cœlioscopie diagnostique première le traitement per cœlioscopique des difficultés gênantes, voire rendant impossible, l'hystérectomie vaginale simple.
- La cœlioscopie de recours : permet une éventuelle vérification de l'hémostase du pédicule lombo-ovarien à la fin de l'hystérectomie vaginale ou une éventuelle castration après fermeture vaginale.

F. Indications de l'hystérectomie

[19-20-24]

1. Les indications obstétricales :

1.2. La rupture Utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

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

Dans les pays en voie de développement et dans les pays Africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio sanitaire.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées : emploi des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus mal formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologique le plus fréquent en Europe.

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

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue accompagné de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité. L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (les ovaires laissés en place).

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

1.2- L'hématome retro-placentaire :

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

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser la cause de l'hématome retro-placentaire n'est pas connue avec précision. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, en fait la diminution de la fréquence de la toxémie gravidique ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'H R P et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'H R P.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'H R P, les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta praevia.

Les formes qui débutent par une hémorragie extragenitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématomèse. Les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement.

Les formes moyennes : fréquentes, dans les quelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

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

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

L'H R P peut se compliquer de :

*Troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par définition moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

*La nécrose corticale du rein : sur le plan hemo-vasculaire on assiste à une forte coagulation du sang, localisé dans la zone utéro-placentaire.

Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer

une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches.

Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

*Thrombophlébites des suites de couches.

En présence de l'H R P il faut :

Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.

Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.

Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

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

1.3. Placenta accreta, per crêta ou incrêta

2. Les indications gynécologiques

- Les lésions bénignes :

Les fibromes utérins, l'endométriose, prolapsus utérin, tumeur de l'ovaire, métrorragies rebelles, GEU cervicale en cas d'échec d'hémostase,

-Les lésions malignes :

Cancer du corps, cancer de l'ovaire ou des trompes, cancer du col de l'utérus

-Les prolapsus génitaux, les algies pelviennes chroniques

G. Suites opératoires et complications des hystérectomies :

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

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

1. 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 per opératoire 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 /0 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 repte plus. Il suffit de le suivre pour repérer la plaie ou la section. En cas de doute, il faut ouvrir la vessie pour monter une sonde urétérale et repérer l'uretère plus facilement ou faire injecter en intraveineuse de l'indigo carmin qui colore rapidement la fuite.

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

-En cas de section, il faut soit faire une suture termino-terminale sur sonde double J si on est au niveau du détroit supérieur et si les deux extrémités une fois libérées sont bien vascularisées et viennent au contact sous traction, soit faire une réimplantation si on est situé bas vers le croisement avec l'artère utérine.

Si la réparation immédiate s'avère trop difficile ou trop risquée, il est préférable de réaliser une dérivation provisoire par urétérostomie cutanée.

Une plaie réparée n'est rien, la méconnaître est grave. Il ne faut pas hésiter en cas de besoin de demander aide à un collègue urologue.

2- Les complications postopératoires :

2.1- Eviscération vaginale : exceptionnelle

2.-2 Fistules vésico-vaginales : pouvant survenir en Cas de plaie vésicale passée inaperçue.

2.3- Douleurs pelviennes

Rappelons que 20 % des hystérectomies réalisées pour algies pelviennes d'origine supposée gynécologique s'avèrent inefficaces sur la douleur (6).

2.4-Troubles statiques

A type de rectocèle ou surtout d'élytrocèle (jusqu'à 8.5 % : FERAZE(5).

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

2.5-Complications de la transfusion sanguine

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

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

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

2.6-Les complications infectieuses :

2.6.1-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.

2.6.2-Les abcès de parois :

Représentent 6à7, 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 antibioprofylaxie (Shapiro). Là encore la prévention reste une asepsie et hémostase correcte

2.6.3-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 38.5ou39°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

2.7. Les complications hémorragiques :

2.7.1- 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.

2.7.2- 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 7g /dl non supportés. Le taux de transfusion est de l'ordre de 10% (Rème, 1988).

2.8-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 physiothérapique (électrocoagulation) peut raccourcir le délai d'évolution.

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service de gynéco obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Le service occupe des locaux construits en 1883. Il se présente comme suit :

Au rez de chaussée :

- Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,
- Une grande salle à six lits,
- Une salle d'accouchement et de soins des nouveau-nés comportant quatre tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,
- Une salle de consultation prénatale et d'information,
- Une salle de garde,
- Quatre toilettes dont une pour le personnel.

A l'étage :

- Une salle d'hospitalisation de dix lits,
- Une salle de pansement des malades opérées,
- Une salle pour les thésards faisant fonction d'interne,
- Deux salles pour les consultations externes,
- Une salle pour les manœuvres,
- Une salle de dépistage du col utérin
- Trois toilettes dont une pour le personnel,

Le personnel se compose de :

- Deux médecins gynécologues obstétriciens,
- Dix étudiants faisant fonction d'interne en médecine
- Six sages femmes
- Quatre infirmières obstétriciennes,
- Une infirmière en santé publique,
- Cinq mâtrones et de trois techniciens de surface.

Les activités du service sont programmées comme suit

- Trois jours pour les consultations gynécologiques et obstétricales,
- Cinq jours pour les consultations prénatales,
- Deux jours d'échographie,
- Une visite quotidienne des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Un jour d'activités chirurgicales (jeudi) pour les patientes programmées.

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée d'un gynécologue, d'un anesthésiste, de deux étudiants faisant fonction d'interne et/ou d'un médecin généraliste stagiaire, d'une sage femme et d'une infirmière obstétricienne, et d'un technicien de surface.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, des six autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

La journée commence à 8 heures par le compte rendu de la garde suivi de la visite des malades hospitalisées.

B- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive allant de janvier 2009 à décembre 2009

C- Période d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009 soit une année.

4- Population d'étude :

Notre population d'étude regroupait toutes les patientes quelque soit la provenance, le statut matrimonial, le mode de suivi, admises au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes et qui ont subi une intervention chirurgicale

5-Echantillons :

Critère d'inclusion :

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une hystérectomie obstétricale ou gynécologique dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes.

Critère de non inclusion :

- Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes
- Toute intervention différente d'une hystérectomie au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional F. DAOU de Kayes.

6- Déroulement de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes

7- Collecte des données :

Un questionnaire a servi de support à la collecte ; les éléments du questionnaire étaient relatifs au profil socio démographique des patientes, aux données de l'examen clinique, des examens para cliniques et des suites opératoires.

Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes et souvent par l'interrogatoire des patientes, le registre de compte rendu opératoire, le registre d'accouchement.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels SPSS version 12.0 et Epi info version 6.0. Les tests statistiques utilisés étaient le χ^2 avec $P < 0,05$.

8- Les variables

Les différents types de variables utilisées sont :

- Quantitative et qualitative ;
- Dépendante et indépendante ;
- Alphabétique, alphanumérique, logique ;
- Variable muette etc.

Les variables étudiées sont représentées dans le tableau ci-dessous

Tableau I

Les Hystérectomies au service de Gynéco-obstétrique à l'hôpital régional F. DAOU de Kayes

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

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

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel SPSS 12.0. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2007.

10- Contraintes et limites :

Nous avons été, au cours de notre étude, confrontés à des difficultés telles que, le manque de renseignement sur les évacuations.

11. 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.

L'accouchement :

Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.

L'avortement : il s'agit des produits de conception dont le poids est inférieur à 500g et l'âge de la grossesse inférieur à 28SA

Naissance vivante :

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [23].

Mort-né:

On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.

Accouchement par voie basse :

Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres.

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.

Age obstétrical élevé :

Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission

Adolescente :

Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 18 ans à l'admission

HTA :

La tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et ou diastolique supérieur ou égal à 90 mm Hg.

Primigeste :

Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse

Paucigeste :

Il s'agit d'une femme qui a entre 2 et 3 grossesses

Multigeste :

Il s'agit d'une femme qui a entre 4 et 6 grossesses

Grande multigeste :

Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 grossesses

Primipare:

Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement

Paucipare :

Une femme qui a fait 2 ou 3 accouchements

Multipare :

Une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements

Grande multipare :

Une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

L'anémie : Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjonctivo-palmo-plantaire, associée ou non à une altération de la pression artérielle avec un taux d'hémoglobine inférieur à 11g / dl

HRP : Le décollement prématuré du placenta normalement incéré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

Placent prævia : C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur.

Placenta accreta : C'est la prolifération du placenta dans la myomètre.

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

Fibrome utérin : Tumeur bénigne du muscle lisse, arrondi dure, élastique limitée par un pseudo capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est la myomectomie).

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

V- RESULTATS

A. Fréquence

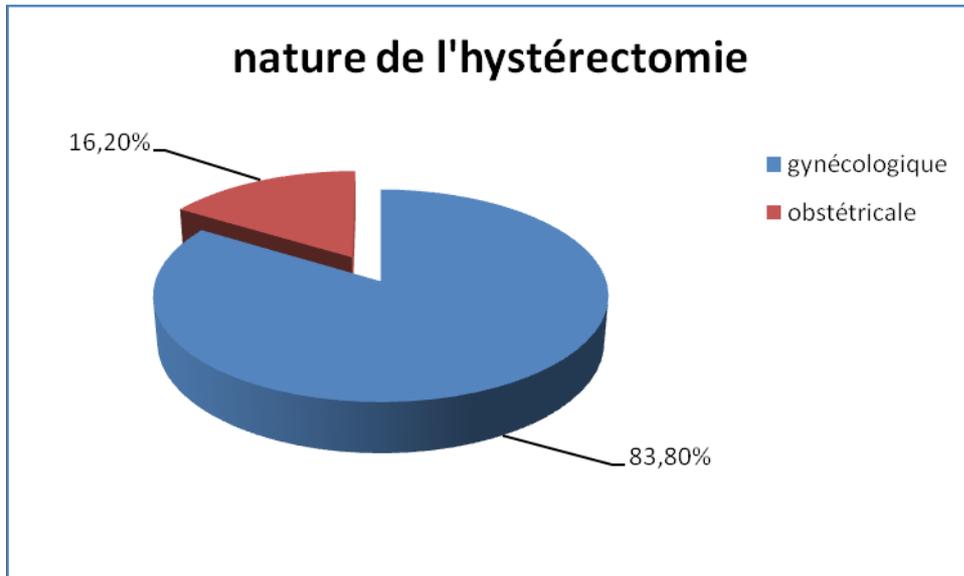
Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009 nous avons enregistré 37 cas d'hystérectomie sur 596 interventions chirurgicales soit une fréquence de 6,20%

Durant cette période il y'a eu 7 hystérectomies obstétricales sur 3820 accouchements soit une fréquence de 0,18%.

Tableau II: Répartition des interventions chirurgicales

Intervention	Effectif	%
Césarienne	474	79,53
Hystérectomie	37	6,20
Salpingectomie	32	5,36

Myomectomie	17	2,90
Kystectomie	12	2,01
Cure de prolapsus	11	1,83
Cœlioscopie	6	1,00
Hystérorraphie	5	0,84
Plastie tubaire	2	0,33
Total	596	100



16,20%=6 cas, 83,80=31 cas

Figure 1 : Répartition des patientes selon la nature de l'hystérectomie

B-Profiles sociodémographiques :

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectif	%
20-30 ans	5	13,5
31-40 ans	12	32,4
41-50 ans	9	24,3
51 ans et plus	11	29,7
Total	37	100,0

Age moyen =41,5

Les extrêmes 20 et 63 ans

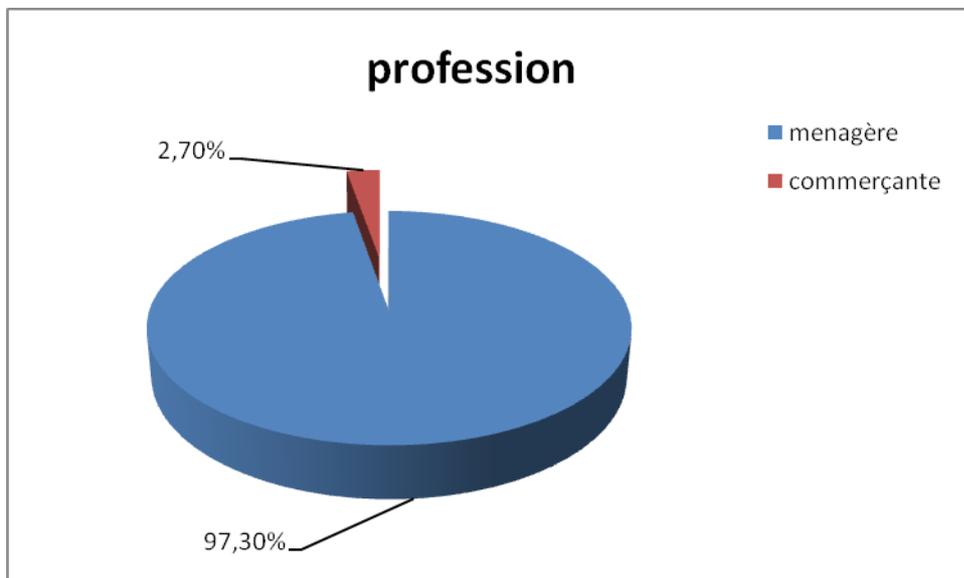
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Sarakolé	15	40,5
Peulh	6	16,2
Bambara	6	16,2
Malinké	4	10,8
Maure	2	5,4
Sénoufo	1	2,7
Khassonké	1	2,7
Autre	2	5,4
Total	37	100,0

Autres Wolof, Bozo

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariée monogame	16	43,2
Mariée polygame	15	40,5
Célibataire	6	16,2
Total	37	100,0



Les ménagères représentaient 97,30% des patientes.

Figure 2: Répartition des patientes selon la profession

Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage(%)
Non scolarisée	29	78,4
Primaire	6	16,2
Secondaire	2	5,4
Total	37	100,0

29 patientes étaient non scolarisées soit 78,4%.

Tableau VII: Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Hors Kayes	21	56,8
Kayes ville	16	43,2
Total	37	100,0

Toutes les patientes étaient de la région de Kayes

C- Clinique

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	29	78,4
Evacuée	5	13,5
Référée	3	8,1
Total	37	100,0

Tableau IX: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Métrorragie	12	32,4
Douleur pelvienne	10	27,0
Prolapsus génital	9	24,3
Saignement post coïtal	1	2,7
Hémorragie intra partum	2	5,4
Sensation de masse pelvienne	2	5,4
Hémorragie de la délivrance	1	2,7
Total	37	100,0

Tableau X: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	34	91,9
Asthme	2	5,4
diabète	1	2,7
Total	37	100,0

Tableau XI: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	31	83,8
Myomectomie	3	8,1
Césarienne	1	2,7
Autres	2	5,4
Total	37	100,0

Autres : Appendicectomie (2 cas)

Tableau XII: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Multi geste	21	56,77
Pauci-geste	11	29,73
Nulligeste	3	8,1
Primigeste	2	5,4
Total	37	100,0

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Grande multipare	17	45,9
Multipare	8	21,6
Pauci pare	6	16,2
Primipare	3	8,1
Nullipare	3	8,1
Total	37	100,0

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant

Enfant vivant	Effectif	Pourcentage
Plus de six	9	24,3
Quatre à six	8	21,6
Trois	3	8,1
Deux	9	24,3
Un	6	16,2
Aucun	2	5,4

Total	37	100,0
-------	----	-------

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon état général	17	45,9
Etat général acceptable	17	45,9
Mauvais état général	3	8,1
Total	37	100,0

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine à l'entrée

Taux d'hémoglobine	Effectif	%
≤5g /dl	6	16,2
7g/dl	12	32,4
8g/dl	9	24,3
9-12g/dl	10	27,0
Total	37	100

D- Prise en charge**Tableau XVII** : Répartition des patientes selon le diagnostic

	Effectif	Pourcentage
Fibrome utérin	10	27,0
Prolapsus utérin 3eme degré	9	24,3
Rupture utérine	3	8,1
Métrorragie rebelle au traitement médical	3	8,1
Hématome retro placentaire	3	8,1
Tumeur de l'ovaire	2	5,4
Placenta accreta	1	2,7
Autres	6	16,2
Total	37	100,0

Autre : polype endo uterin (5 cas), cancer in situ du col (1cas).

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie

Type d'hystérectomie	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie totale interannexielle	22	59,5
Hystérectomie subtotale	10	27,0
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale	4	10,8
Hystérectomie avec annexectomie unilatérale	1	2,7
Total	37	100,0

Tableau XIX : Corrélation type_d'hystérectomie et diagnostic

	Hystérectomie totale simple interannexielle	Hystérectomie subtotale interannexielle	Hystérectomie avec annexectomie bilatérale	Hystérectomie avec annexectomie unilatérale	
Fibrome utérin	10	0	0	0	
Prolapsus utérin 3ème degré	9	0	0	0	
Rupture utérine	0	3	0	0	
Métrorragie rebelle	3	0	0	0	
Hématome retro placentaire	0	3	0	0	
Tumeur ovarienne	0	0	2	0	
Placenta accreta	0	1	0	0	
Cancer du col	0	0	1	0	
polype	4	0	0	1	
Total	26	7	3	1	37

Tableau XX : Répartition des patientes selon les gestes associés

Geste associé	Effectif	Pourcentage
Périnéorraphie	9	24,3
Appendicectomie	3	8,1
Aucun	25	67,6
Total	37	100,0

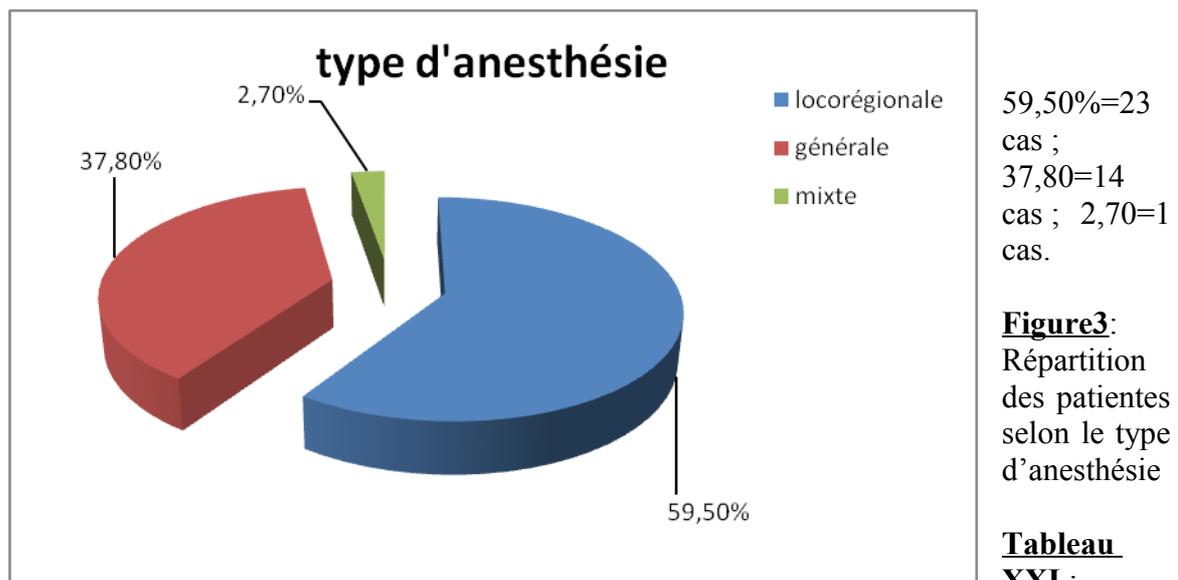


Figure3: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Tableau XXI :

Répartition des patientes selon la voie utilisée

Voie utilisée	Effectif	Pourcentage
Abdominale	28	78,4
Vaginale	9	21,6
Total	37	100,0

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la concordance entre le diagnostic pré et peropératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentage
---------------------------	----------	-------------

Oui	36	97,3
Non	1	2,7
Total	37	100,0

Autre : le diagnostic était une tumeur de l'ovaire, diagnostic peropératoire : fibrome

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les complications per opératoires

Complications immédiates	Effectif	Pourcentage
Coagulopathie	2	5,4
Aucune	35	94,6
Total	37	100,0

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon les complications post opératoires

Complications secondaires	Effectif	Pourcentage
Aucune	30	81,1
Anémie	6	16,2
Infection de la plaie opératoire	1	2,7
Total	37	100,0

Tableau XXV : Répartition des patientes par rapport à la transfusion

Transfusée	Effectif	%
Oui	27	72,97
Non	7	18,93
Besoins non satisfaits	3	8,1
Total	37	100,0

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention

Durée	Effectif	%
35 mn	3	8,1
50 mn	6	16,2
60 mn	15	40,5
90 mn	12	32,4
135 mn	1	2,7
Total	37	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les complications tardives

Complication tardive	Effectif	Pourcentage
Aucune	35	94,6
Douleur pelvienne chronique	2	5,4
Total	37	100,0

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la répercussion psychologique

Répercussion psychologique	Effectif	Pourcentage
Satisfaite	13	35,50
Désir de grossesse	11	29,70
Inconfort	7	18,90
Inconnue	6	16,20
Total	37	100

Tableau XXIX: corrélation répercussion psychologique et diagnostic

	Satisfaite	Désir de grossesse	Inconfort	Inconnue	Total
Fibrome utérine	4	3	2	1	10
Prolapsus utérin 3ème degré	3	0	3	3	9
Rupture utérine	1	2	0	0	3
Métrorragie rebelle	2	0	1	0	3
HRP	1	0	0	2	3
Tumeur de l'ovaire	1	0	1	0	2
Placenta accreta	0	1	0	0	1
Lésion in situ	0	1	0	0	1
Polype	1	4	0	0	5
Total	13	11	7	6	37

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le vécu sexuel

Vécu sexuel	Effectif	Pourcentage
Indéterminé	15	40,55
Aucun vécu sexuel	9	24,32
Satisfaites	7	18,92
Non satisfaites	6	16,21
Total	37	100,0



2 patientes sur 37 sont décédées pour coagulopathie (HRP)

Figure4 : Répartition des patientes selon l'état à la sortie

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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

1-La Fréquence :

Au cours de la période d'étude, nous avons pratiqué 37 hystérectomies sur 596 interventions chirurgicales soit une fréquence de 6,20 % de l'ensemble des interventions colligées dans le service.

C'est une intervention qui est nécessaire étant le plus souvent le dernier recours du praticien pour sauver la vie de la patiente, particulièrement les hystérectomies d'urgence dans les pays en voie de développement.

Kouma A. et Niarga M. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 11,7% au Point G de 1990 à 1999 [17] et 1,33% en 2008 [21].

Cette différence pourrait être due au fait de la durée d'étude et à la taille de l'échantillon.

Niarga M. a étudié seulement les hystérectomies d'urgence sur une année, alors que Kouma A. a fait une étude portant sur une période de 10 ans. Dans ces études la population d'étude était respectivement de 53 cas et 315 cas contre 37 cas pour la nôtre.

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

Elle est de 0,53% pour Muteganga et al. [25] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [9] au Sénégal, de 0,07% pour Sosthème Magi-Tsonga et al. [16] au Gabon et de 0,11% pour Ozumba et al. [20] au Nigeria.

Notre taux d'hystérectomie d'urgence est nettement différent de ceux des autres pays africains ; cela pourrait être dû à l'organisation sanitaire différente d'un pays à l'autre, le niveau de vie des populations et la population d'étude. Cela

pourrait expliquer aussi la différence avec les pays de l'occident : Racinet et coll. [31], l'évaluent entre 0,013% et 0,72%.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

a- Age :

L'âge moyen est de 41,5 ans dans notre étude avec les extrêmes de 20 et 63 ans. Kouma A. [17] a trouvé 41,8 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 16 et 75 ans.

La tranche d'âge de 31 à 40 ans a été la plus touchée : 12 cas, soit 32,4%. Kouma A. [17] a trouvé un taux de 26,3%.

La tranche d'âge 31 à 40 ans correspond à la période de fécondité où le désir de grossesse est souvent exprimé.

b- Niveau socioprofessionnel :

Nous n'avons enregistré que 6 cas de célibataire soit 16,2%. 29 patientes étaient non scolarisées soit 78,4%. La non scolarisation des filles reste d'actualité dans la région de Kayes.

3- La parité :

Dans notre étude les grandes multipares représentaient 45,9% contre 37,8% chez Kouma A. [17]. Par contre Niarga M. a trouvé une proportion élevée de multipare soit 44,20%. Nous avons trouvé 8,1% de nullipares. Ce taux était comparable à celui de Kouma A. [17] : 8,2%. Tout ces cas étaient pratiqués dans un but de sauvetage maternel soit pour rupture utérine ou pour CIVD compliquant un tableau d'HRP.

4- Caractéristique de la référence :

Les patientes venues d'elles mêmes représentaient 78,4%; 13,5% avaient été évacuées; 8,1% référées.

Cette répartition montre que la majorité des hystérectomies est pratiquée à froid surtout pour fibrome utérin et prolapsus génital.

5- motif de consultation :

Dans notre étude, la métrorragie a été le principal motif de consultation (32,4%). Kouma A. [17] a trouvé un taux de 16,1%.

6- antécédents chirurgicaux :

Dans notre série les patientes sans antécédent chirurgical étaient majoritaires soit 83,78%. Kouma A. [17] a pratiquement trouvé le même résultat soit 83,8%.

7- l'examen général :

Dans notre étude, 3 patientes avaient un mauvais état général soit 8,1%. Par contre Niarga M. au Point G [21] a rapporté 35,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon plus importante chez Niarga M. mais aussi, par le statut du CHU du Point G structure de 3^{ème} référence, recevant habituellement de nombreux cas compliqués.

8- le diagnostic : Le fibrome utérin était le plus représenté avec 27% soit 10 cas. Dans l'étude de Niarga M. la rupture utérine représentait 30,2%.

Tous les HRP étaient de grade IIIb de Sheer. Tous les cas de prolapsus étaient des multipares.

9-Traitement :

a. Traitement chirurgical : L'hystérectomie

Nous avons pratiqué 7 cas d'hystérectomies obstétricales, 30cas d'hystérectomie gynécologique dont 21 par voie abdominale et 9 par voie basse. Cela s'explique par le fait que le fibrome utérin était l'indication principale. Tous les prolapsus génitaux ont bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale.

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

b. Traitement médical :

27 de nos patientes ont été transfusées soit 72,97% par du sang total contre 84,9% chez Niarga M. [21]. Aucune patiente n'a reçu du PFC car non disponible. Dans Certains cas les macromolécules ont été utilisées dans le

protocole thérapeutique à défaut de sang. Aucune réaction au produit sanguin n'a été enregistrée.

Une antibiothérapie systématique per et post opératoire, une thérapie martiale, un antalgique ont été administrés chez chaque cas. Les patientes à risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

10- le type d'hystérectomie :

Les hystérectomies inter-annexielles représentaient 59,5%, les hystérectomies subtotaux 27%, les hystérectomies avec annexectomie 10,8% et un seul cas d'hystérectomie avec annexectomie unilatérale.

Chez Kouma A. 33,3% des patientes ont aussi bénéficié d'hystérectomie inter-annexielle

Dans l'étude de Niarga M. les hystérectomies inter-annexielles subtotaux étaient plus représentées (52,8%).

Cette technique est rapide, le risque des lésions urétéro-vésicales est réduit mais le moignon cervical doit être surveillé en raison du risque de cancer sur col restant. Sauf contrainte (situation hémodynamique précaire, manque de produit sanguin pour la réanimation), l'hystérectomie totale doit être privilégiée.

11- le type d'anesthésie :

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 59,5%; 37,8% sous anesthésie générale ; une seule patiente a bénéficié d'une conversion de la rachianesthésie en anesthésie générale dont la durée de l'intervention était supérieure à 2 Heures.

Tous les anesthésistes étaient des infirmiers d'état sous la supervision d'un médecin anesthésiste réanimateur. Tous les opérateurs étaient des gynéco-obstétriciens.

12- les complications :

Nous avons enregistré comme **complication immédiate** l'hémorragie souvent accompagnée de trouble de la coagulation : CIVD (5,4%). Ces deux patientes sont décédées à la suite de cette coagulopathie due à l'HRP.

Les complications secondaires étaient l'anémie : 16,2%, 1 cas d'infection de la plaie opératoire. Dans 81,1% les suites opératoires ont été simples. Nous avons enregistré 2 cas de douleur pelvienne chronique comme complication tardive.

Chez Niarga M. [21] la CIVD représentait aussi la plus grande cause de décès soit 45,4%.

13-Etat à la sortie :

Nous avons enregistré un taux de décès maternel (5,4%) tandis que Niarga M. rapportait (20,8%) [21]. Chez Kouma A. le taux de décès maternel était (4,5 %) [17] proche du nôtre.

14- Répercussions psychologiques :

Le désir de grossesse était manifesté par 29,7% de nos patientes. Beaucoup parmi elles se plaignaient de l'arrêt brutal des menstruations. Elles supportaient mal cette intervention mutilante au décours de laquelle subsistait chez elles le sentiment psychologique de personne diminuée physiquement. Certaines étaient satisfaites (35,5%) parce qu'elles étaient guéries.

15- PRONOSTIC :

Dans notre étude les 30 cas d'hystérectomie gynécologique ont eu une suite simple soit 81,08% contrairement aux 7 cas d'hystérectomie obstétricale où 2 décès sont été enregistrés.

Les cas d'anémie (16,2%) enregistrés ont été pris en charge par la supplémentation martiale.

1 cas de suppuration pariétale ; 2 cas de douleur pelvienne chronique (5,4%); 2 cas d'hémorragie (5,4%) dues aux hystérectomies obstétricales furent enregistrées.

Les 2 décès étaient liés à l'hémorragie (CIVD due à l'HRP). Ceci confirme le meilleur pronostic des hystérectomies gynécologiques par rapport aux hystérectomies obstétricales.

Niarga M. [21] a trouvé que 45,4% des décès sont dus à la même cause(CIVD). Notre taux décès est de (5,4%) largement en deçà de celui rapporté par Niarga M. (20,75%) chez Niarga M. [21].

Osfo [26] ; Diouf [9] ; Ferchiou et coll [13] ; Muteganya [25]. ont trouvé respectivement 29,8% ; 20% ; 12,5% et 11%.

Le taux de décès varie entre 0,8% et 16% dans la littérature [29-30]

Dans notre étude tous les nouveaux nés étaient morts nés. Ce taux très élevé de mortinaissance est dû au retard à l'évacuation et prise en charge lui-même lié à l'état désastreux des routes, les longues distances à parcourir et la faiblesse de la logistique (ambulance), des moyens de communication (RAC, téléphone).

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A-Conclusion :

L'hystérectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus fréquentes dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital F. DAOU de Kayes. Elle représente 6,20% des interventions chirurgicales.

Elle est le plus souvent indiquée pour sauver la vie de la patiente ou résoudre une pathologie dont la solution est chirurgicale. Cependant certaines hystérectomies peuvent être évitées de façon préventive surtout les hystérectomies d'urgences pour rupture utérine, pour HRP notamment par un suivi prénatal de qualité et une prise en charge de l'accouchement selon les normes. A noté aussi que le coût de l'hystérectomie (environ 95685FCFA) est excessif pour certaines patientes.

B-Recommandations :

AUX FEMMES :

1. la consultation gynécologique régulière pour toute femme en activité génitale dans le but du diagnostic précoce d'éventuelles pathologies dont le traitement ne nécessite pas l'hystérectomie.
2. la fréquentation des centres de santé pour la pratique de consultations prénatales répondant aux normes.
3. l'accouchement en milieu médical pour la prévention et le traitement des dystocies mécaniques pourvoyeuses de complications graves pouvant imposer l'hystérectomie.
4. le respect des recommandations faites par le personnel de santé.

AUX PERSONNELS DE SANTE :

1. l'utilisation systématique du partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement.
2. le respect des règles d'utilisation de l'ocytocine lors du travail d'accouchement
3. la recherche systématique des états précancéreux et leur traitement adéquat.
4. la rigueur dans les indications d'hystérectomie
5. la mise en application systématique des expériences acquises au cours des formations en soins obstétricaux.
6. l'exigence de la réalisation des bilans prénataux
7. la promotion du diagnostic précoce des facteurs de risque.
8. l'utilisation de l'antibioprophylaxie qui diminue le risque de complications infectieuses.
9. la référence à temps des cas qui le nécessitent.

AUX AUTORITES :

1. l'amélioration du plateau technique des structures de référence.
2. la formation continue des gynéco-obstétriciens pour la maîtrise des nouvelles techniques chirurgicales.
3. la formation continue du personnel de santé surtout dans les structures périphériques
4. la dotation de la banque de sang de l'hôpital en PFC
5. l'amélioration du plateau technique du service des urgences et de réanimation de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.
6. la diminution du coût de l'hystérectomie.
7. la promotion de l'IEC des communautés dans le but de développer les attitudes et les comportements bénéfiques pour la santé.

VIII. Références et Bibliographie

1. **AKOTIONGO M. et Collaborateurs** Les ruptures utérines à la maternité de CHN-YO aspect épidémiologique et clinique.) Med. D'Afrique Noire 1998.45 (8-9) 508-51.
2. **Bayo A.** Les ruptures utérines à propos de 58 cas récentes à l'Hôpital Gabriel Touré.
Thèse Med. Bamako 1991 n °4
3. **Barclay D.L.** caesarean hysterectomy at the charity hospital in New Orleans.Clin obstet gynecol 1969, 12: 635-651.
4. **Bloc M.** Hystérectomies après césarienne: contribution a l'établissement d'un score infectieux. Thèse, Abidjan, 1980,423p.
Thèse Med. Abidjan 1986 n ° 714.151P.
5. **Dembélé B.T.** Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas.
Thèse de Med. Bamako 2002. 87 P n° 28
6. **Diarra O.** Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétriques de l'hôpital du Point-G.
Thèse Med. Bamako 2000 n ° 177, 81P
7. **Diallo A.O.** Contribution a l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré.
Thèse de Med. Bamako 1990.n° 38

- 8. Dicko S.** Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes. A propos de 160 cas
Thèse Med. Bamako 2001, n° 101. 65P.
- 9. Diouf A. et collaborateurs** L'hystérectomie obstétricale d'urgence
Contraception fertilité sexualité 1998. 26 (2) 167-172
- 10. Dolo A. Keita B. Diakité F.S. Maiga B.** Les ruptures utérines au cours du travail à propos de 21 cas observés au service de gynéco obstétrique de l'hôpital National du Point-G.
Med D'Afrique Noire 1991 ; 38(2)= 133-134.
- 11. Drabo A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant pronostic materno foetal et mesures prophylactiques. A Propos de 25 cas
Thèse Med. Bamako 2000 n° 17. 132P
- 12. DEZH F.** Hémorragies graves en obstétrique : 35ème congrès National D'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation
Paris Masson 1993 : 511-529.
- 13. Ferchiou M. et collaborateurs** L'éclampsie, une urgence obstétricale toujours d'actualité
Maghreb médical 1995.
- 14. Kamina P.** Dictionnaire d'anatomie (ATLAS) P-Z
- 15. Keiti Num S. et collaborateurs** Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère
Paris 25 Mars 1994, colloque National.
- 16. Kosary CL. Reis LAG, Miller BA, Hankey BF. Harras A. Edwards UK.**
SEER cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs, Md: National Cancer Institut. 1995; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789)
- 17. 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 cxwx<

18. Langer R.D. Pierce JJ. O'hanlan KA. Johnson SR. Transvaginal ultrasonography compared with endometrial disease.

Postmenopausal estrogen/ Progestin interventions.

19. Lansac J. Lecomte P. Gynécologie pour le praticien 3^{ème} Edition. Novembre 1988, page 13 à 42.

20. Lansacs/ Plecomte Gynécologie pour le praticien, 4^{ème} Edition. Mars 1994, page 14 à 56.

21. Mariam Niarga Keïta les hystérectomies d'urgence au service de gynéco-obstétrique au CHU du Point G à propos de 53 cas.

Thèse Med. Bamako 2009.n° 15-80

22. Marianne Fontanges, Françoise Rauch Chabrol.

Conduites pratiques devant des métrorragies.

Département d'imagerie en gynécologie- Clinique Jean Villar 33520 Bruges.

Institut Européen d'Enseignement et de Formation en Gynécologie.

Unité Spéciale : l'endomètre

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

23. Merger R. et Collaborateurs Précis d'obstétrique 6 édition Masson Paris 1995

24. Merger R. Levy Z. Melchior S. Intervention par voie haute: Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979-618-27

25. Muteganya D. Sindayirwana JB. Ntandikiye C. Ntunda B. Rufyikiri Th. Les hystérectomies Obstétricales au CHU de Kamenge. Une Série de 36 cas. Med AF Noire 1998; 45: 11-4.

26. Osefo J. Caesarean and postpartum hysterectomy in Enugn, 1973-1986. In J Gynécol. Obst 1989; 30: 93-7.

27. Raby C. Coagulation intra vasculaires disséminées et localisées. Paris: Masson. 1970

28. Rouvier H. Anatomie Humaine. Description topographique et fonctionnelle Tome2. TRONC A. DELMAS. 11^{ème} Edition 1978.

29. Stanco L M. Shimmer DB. Paul RH. Michel DR. Emergency péripartum hysterectomy and associated Risk factors. Amr S Obstet Gynécol. 1996; 168: 879-83à-côté.

30. Thonet RGN. Obstetric hysterectomy. An 11years experience. BrJ Obstet Gynécol. 1986 ; 93 : 794-8 ;

31. Villet R. et Salet L. Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes)

Encycl.Méd chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie 41.600.1995, 16P.

Paris : SIMEP ; 1994

32.Lansacs, G. Body, G. Magnin La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; PARIS 1998. Page 23 à 48; 227 à 242.

FICHE D'ENQUETE

N° d'ordre.....

Caractéristique sociodémographique

Q1 Nom et Prénom

Q2 Age /_____/

1. < 20 ans 2.30-40 ans 3.20-40 ans 4.40-50 ans 5. >50 ans

Q3 Ethnie /_____/

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

Q4 Statut matrimonial:/_____/

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

Q5 Profession /_____/

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

Q6 Niveau d'instruction : /_____/

1. Scolarisée 2. Non scolarisée

Q7 Provenance /_____/

1. Kayes ville 2. En dehors de Kayes ville 3. Autre région

Etude clinique :

Q8 Mode d'admission /_____/

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

Q9 Si référée ou évacuée provenance /_____/

1. CSRef 2. CSCOM 3. Structure privée

Q10 Motif de consultation /_____/

1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital
4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie intrapartum 6.
Hémorragie post partum immédiat 7. Saignements post-coïtaux 8.
Autres

Q11 Antécédents médicaux /_____/

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

Q12 Les antécédents chirurgicaux : / _____ /

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

Q13 Les antécédents obstétricaux :

a-Gestité / _____ /

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

b- La parité : / _____ /

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

c- Nombre d'enfants vivants : / _____ /

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

5. Plus de 6 enfants vivants
6. Aucun

Q14 Est-elle ménopausée ? / _____ /

1. Oui
2. Non

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

Q16 Examen général / _____ /

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

Q17 Le Diagnostic : / _____ /

1. Rupture utérine
2. Fibromes utérins
3. Prolapsus utérins
4. Meno-métrorragies rebelles
5. Placenta accreta
6. HRP
- 7.

Tumeur de l'ovaire

C - Les examens complémentaires

a) La biologie :

Q18 La NFS / _____ /

1. Taux d'Hb $\leq 5g/dl$
2. Taux d'Hb $7g/dl$
3. Taux d'Hb $8g/dl$
4. Taux d'hb entre $9-12g/dl$

Q20 VS / _____ /

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

Q21 Glycémie / _____ /

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

Q22 Groupe Sanguin rhésus / _____ /

Q23 TCK / _____ /

1. Normal
2. Elevée
4. Non fait

Q24 TS / _____ /

1. Normal
2. Elevée
4. Non fait

Q25 Azotémie / _____ /

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q26 Test de dépistage du cancer du col / _____ /

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q27 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie / _____ /

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

b) Imagerie

Q28 Echographie pelvienne / _____ /

1. Oui 2. Non

Q29 Hystérosalpingographie / _____ /

1. Oui 2. Non

Q30 Radiographie du thorax

1. Oui 2. Non

Q31 Consultation pré anesthésique / _____ /

1. Oui 2. Non

Traitement : Hystérectomie

I –traitement chirurgical :

Q32 Hystérectomie / _____ /

1. Obstétrical 2. Gynécologique

Q33 Type d'hystérectomie / _____ /

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

2. Hystérectomie avec annexectomie bilatérale 4. Hystérectomie subtotale

Q34 Gestes secondaires / _____ /

1. Appendicectomie 2. Périnéorrhaphie 3. Aucun

Q35 Qualification de l'opérateur / _____ /

1. Gynéco obstétricien 2. Chirurgien

Q36 Anesthésie / _____ /

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

Q37 Voie utilisé / _____ /

1. Abdominale 2. Vaginale 3. Mixte

Q38 Diagnostic per- opératoire / _____ /

1. Idem 2. Autres

Q39 Complications immédiates / _____ /

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

Q40 Complications secondaires / _____ /

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

Q41 Complications tardives/_____/

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

Q42 Durée de l'intervention /_____/

Traitement Médical

Q43 Macromolécules /_____/

1. Oui 2. Non

Q44 Transfusion /_____/

1. Oui 2. Non

Q45 PFC /_____/

1. Oui 2. Non

Q46 Antibioprophylaxie per opératoire /_____/

- 1 Oui 2. Non

Q47 Antibioprophylaxie postopératoire /_____/

- 1 Oui 2. Non

Q48 Si Oui Durée /_____/

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

Q50 Durée d'hospitalisation /_____/

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

Q51 Etat à la sortie /_____/

1. Bon 2 Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée

Q52 Répercussion psychologique /_____/

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

Q53 Vécu sexuel /_____/

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

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom: Mariam Kariba

Titre de thèse : Les Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital régional F. DAOU de Kayes à propos de 37 cas.

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Tel. : 66 94 85 06

Email : dmariame88@yahoo.fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

RESUME

Notre étude est prospective descriptive allant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009 réalisée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Elle visait à

Etudier les aspects épidémiocliniques de l'hystérectomie dans le service de gynéco-obstétrique à l'hôpital F. DAOU de Kayes

Durant cette période 37 cas d'hystérectomie sur 596 interventions chirurgicales furent réalisés soit une fréquence de **6,20%**.

La tranche d'âge **31-40** ans soit **32,4%** a été la plus touchée.

L'âge moyen était de **41,5** ans avec des extrêmes de **20** et **63** ans.

Le fibrome utérin était le diagnostic le plus fréquent avec 27% soit 10 cas.

Le taux de décès est de **5,40% (2 cas)**.

Le manque de renseignement sur les évacuations a été le problème majeur.

L'hystérectomie surtout d'urgence est assez fréquente dans notre pays où les centres spécialisés sont d'accès difficile.

A notre avis le système référence/évacuation dans la région de Kayes mérite d'être amélioré.

Mots clés : Hystérectomie, Pronostic.