

LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU :	Aspiration Manuelle Intra Utérine
ASC :	Agent de Santé Communautaire
CGO :	Clinique Gynécologique et Obstétricale
CIN :	Néoplasie Intra-épithéliales Cervicale
CPN :	Consultation prénatale
CSRB :	Centre de santé Roi Baudouin
GP :	Grossesses Pathologiques
IB :	Infirmière Brevetée
IE :	Infirmière d'Etat
PEV :	Programme élargi de vaccination
PF :	Planification Familiale
SFE :	Sage Femme d'Etat
SMI :	Santé maternelle et infantile
SR :	Santé de la Reproduction

LISTE DES FIGURES ET PHOTOS

<u>Figure 1</u> : Situation de l'utérus dans le pelvis (coupe sagittale) [29].....	6
<u>Figure 2</u> : Configuration externe de l'utérus (coupe sagittale) [31].....	9
<u>Figure 3</u> : Les rapports de l'utérus (coupe sagittale) [31].....	13
<u>Figure 4</u> : Croisement de l'artère utérine et l'uretère (vue antérieure) [31]...	16
<u>Figure 5</u> : Position de la malade [34].....	20
<u>Photo 1</u> : Valve postérieure.....	22
<u>Photo 3</u> : Valves de Breisky.....	22
<u>Photo 2</u> : Valve postérieure à poids.....	22
<u>Photo 4</u> : Aiguille vaginale de Deschamps.....	23
<u>Photo 5</u> : Le jeu complet des instruments pour l'hystérectomie par voie basse	23
<u>Figure 6</u> : Colpotomie antérieure [29].....	24
<u>Figure 7</u> : Colpotomie postérieure et ouverture du cul-de-sac de Douglas [34]	25
<u>Figure 8</u> : Ligature du paracervix supérieur droit [29].....	27
<u>Figure 9</u> : Extériorisation de l'utérus [29].....	28
<u>Figure 10</u> : Prise du ligament utéro-ovarien et du ligament rond gauche dans une pince de Jean-Louis Faure [34].....	29
<u>Figure 11</u> : Godronnage de la tranche vaginale postérieure [34].....	30
<u>Figure 12</u> : Début et fin de la péritonisation [34].....	32
<u>Figure 13</u> : Godronnage de la tranche vaginale antérieure [34].....	33
<u>Figure 14</u> : Région de Dakar, situation de la commune de Guédiawaye [60]..	44
<u>Photo6</u> : centre de santé Roi Baudouin de guédiawaye.....	50
<u>Figure 15</u> : Répartition des patientes selon leur adresse.....	54
<u>Figure 16</u> : Répartition des patientes en fonction de l'indication d'hystérectomie.....	57
<u>Figure 17</u> : Répartition des patientes selon le type d'intervention.....	58
<u>Figure 18</u> : Répartition des patientes en fonction des complications per opératoires.....	59

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Variations du taux des hystérectomies selon les pays	
pour 100 femmes de plus de 15 ans [34].....	5
<u>Tableau II</u> : Répartition du personnel selon la catégorie	
professionnelle et l'employeur.....	46
<u>Tableau III</u> : Répartition des patientes selon leur tranche d'âge.....	53
<u>Tableau IV</u> : Répartition des patientes selon leur gestité.....	55
<u>Tableau V</u> : Répartition des patientes selon leur parité.....	56

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. DEFINITION.....	4
II. HISTORIQUE [16, 34,48].....	4
III. EPIDEMIOLOGIE [34].....	5
IV. RAPPELS ANATOMIQUES [29, 30, 31,50].....	6
IV.1 ANATOMIE DESCRIPTIVE.....	6
IV.1.1. Situation.....	6
IV.1.2. Forme.....	7
IV.1.3. Dimensions.....	7
IV.1.4. Direction.....	7
IV.1.5. Configuration externe.....	8
IV.1.6. Configuration interne.....	9
IV.1.7. Ligaments utérins.....	9
IV.1.8. Fornix vaginal.....	11
IV.2. RAPPORTS.....	11
IV.2.1. Le corps utérin.....	11
IV.2.2. La partie supra-vaginale du col.....	12
IV.2.3. La partie vaginale du col et le fornix vaginal.....	12
IV.3. VASCULARISATION ET INNERVATION.....	14
IV.3.1. Vascularisation.....	14
IV.3.2. Innervation.....	17
V. INDICATIONS [22, 34].....	17
VI. CONTRE-INDICATIONS [10, 28, 34].....	18
VII. TECHNIQUE [9,29, 34].....	19
VII.1. CONDITIONS [9, 34].....	19
VII.1.1. Préparation.....	19
VII.1.2. Anesthésie.....	19

VII.1.3. Installation de la patiente.....	19
VII.1.4. Conditions anatomiques.....	21
VII.1.5. Conditions matérielles.....	21
VII.2. MATERIEL.....	21
VII.2.1. Valves	21
VII.2.2. Passe-fils.....	22
VII.2.3. Pincés.....	23
VII.3. TECHNIQUE PROPREMENT DITE.....	24
VII.4. VARIANTES [9, 34].....	34
VII.5. DIFFICULTES [9, 34].....	37
VIII. COMPLICATIONS PER ET POST-OPERATOIRES [9, 34].....	38
VIII.1. COMPLICATIONS PER OPERATOIRES.....	38
VIII.2. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES.....	40
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	42
I. CADRE D'ETUDE.....	43
I.1. SITE	43
I.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-SANITAIRE.....	44
I.3. MISSION.....	45
I.4. PERSONNEL DU CENTRE.....	46
I.5. INFRASTRUCTURES SANITAIRES DU CENTRE	47
I.6. PRESENTATION DE LA MATERNITE DU CENTRE (C.S.R.B).....	48
I.6.1 INFRASTRUCTURES.....	48
I.6.2. RESSOURCES HUMAINES.....	50
II. MATERIEL ET METHODES.....	51
II.1. TYPE D'ETUDE.....	51
II.2. CRITERES D'INCLUSION.....	51
II.3. CRITERES D'EXCLUSION.....	51
II.4. PARAMETRES ETUDIES.....	51

II.5. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE.....	52
III. RESULTATS.....	53
III.1. AGE	53
III.2. ADRESSE.....	54
III.3. SITUATION MATRIMONIALE	54
III.4. ACTIVITES PROFESSIONNELLES.....	54
III.5. ANTECEDENTS	55
III.5.1. Gynécologiques.....	55
III.5.2. Obstétricaux.....	55
III.5.2.1. Gestité	55
III.5.2.2. Parité	56
III.5.2.3. Chirurgicaux	56
III.6. DIAGNOSTIC.....	57
III.7. TYPE D'INTERVENTION	58
III.8. COMPLICATIONS PER ET POST-OPERATOIRES.....	59
III.9. SUITES POST-OPERATOIRES.....	59
DISCUSSION.....	60
CONCLUSION.....	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	72
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale consiste en l'exérèse de l'utérus à travers le vagin. A la fin du XIX siècle, l'hystérectomie vaginale était la technique chirurgicale la plus utilisée pour l'ablation de l'utérus, progressivement supplantée par l'hystérectomie abdominale en raison des progrès de l'anesthésie et de l'instauration de l'asepsie ; elle a été remise à l'honneur par Dargent en France dans les années 1970-1975 [17].

La voie vaginale représente en Europe 50-80% des voies d'abord pour les cas d'hystérectomies ; alors qu'au centre hospitalier universitaire Aristide Le Dantec à Dakar en 2005, elle ne représentait que 13,7% des voies d'hystérectomie [21].

Les avantages de cette voie sont multiples : réalisée selon une technique adaptée, elle est facilement transférable dans nos pays en développement, la mortalité et la morbidité sont moindres et le bénéfice esthétique par l'absence de cicatrice visible rend cette voie d'abord attrayante.

L'hystérectomie vaginale est devenue une réalité au centre de santé Roi Baudouin depuis l'année 2005, d'où l'intérêt que nous lui portons.

Notre étude a pour objectif d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostique des patientes qui ont eu une hystérectomie vaginale afin d'en tirer des recommandations pour sa bonne pratique.

Pour atteindre ces objectifs, cette étude comportera deux principales parties : une revue de la littérature sur l'hystérectomie vaginale qui constitue la base et l'étude proprement dite où l'on rapportera nos résultats et nos commentaires ; puis nous terminerons par des recommandations.

PREMIERE PARTIE :

(REVUE DE LA LITTERATURE sur l'hystérectomie vaginale sur utérus non prolabé)

I. DEFINITION

L'hystérectomie vaginale consiste en l'exérèse de l'utérus à travers le vagin [25].

II. HISTORIQUE [16, 34,48]

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse il y a plus de dix sept siècles. Aux XVIème et XVIIIème siècles, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarius da Capri à Bologne en 1507). C'est en 1813 que Langenbeck fit avec succès la première hystérectomie vaginale pour un cancer du col. En 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines. En 1864, en France, Koeberlé décrit la ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale. En 1888, Péan décrit le morcellement et en 1893, Doyen préconise l'hémisection antérieure. En 1901, Döderlein préconise l'hémisection postérieure et la bascule postérieure du fundus utérin.

A la fin du XIXème siècle, l'hystérectomie vaginale était la technique la plus utilisée, elle a été progressivement supplantée par l'hystérectomie abdominale en raison des progrès de l'anesthésie et de l'instauration de l'asepsie. L'hystérectomie vaginale sur utérus non prolabé est pourtant restée une technique de référence dans les pays germaniques qui en ont perpétué la pratique. Cette voie d'abord a été remise à l'honneur en France par Dargent dans les années 1970-1975 [34].

III. EPIDEMIOLOGIE [34]

En France, on estime que 71000 hystérectomies sont pratiquées tous les ans ; en 1997, 24000 hystérectomies pour lésions bénignes ont été pratiquées dont 50% par voie basse.

Le pourcentage des femmes hystérectomisées à l'âge de soixante ans pour la période 1985-1990 est de 37% aux USA, 20% en Angleterre et de 5.8% en France. En Australie, 25% des femmes âgées de 55 ans n'ont plus leur utérus [51]. Le taux varie en fonction de la catégorie sociale des patientes, du sexe du chirurgien, et de l'organisation des soins (nombre de médecins, lits d'hôpitaux, du type d'assurance et du mode de paiement).

Tableau I : Variations du taux des hystérectomies selon les pays pour 100 Femmes de plus de 15 ans [34]

Pays	Nombre d'hystérectomies pour 100
	femmes de plus de 15 ans
Canada	9,7%
USA	5,6%
Australie	4,5%
Hollande	3,9%
Angleterre	2,6%
Suède	1,6%
France	3,1%

IV. RAPPELS ANATOMIQUES [29, 30, 31,50]

IV.1. ANATOMIE DESCRIPTIVE

L'utérus est un organe creux destiné à contenir le conceptus en développement et à l'expulser à terme.

IV.1.1. Situation

L'utérus est situé dans la cavité pelvienne, sur la ligne médiane entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin, au-dessous des anses intestinales et du colon iléo-pelvien.

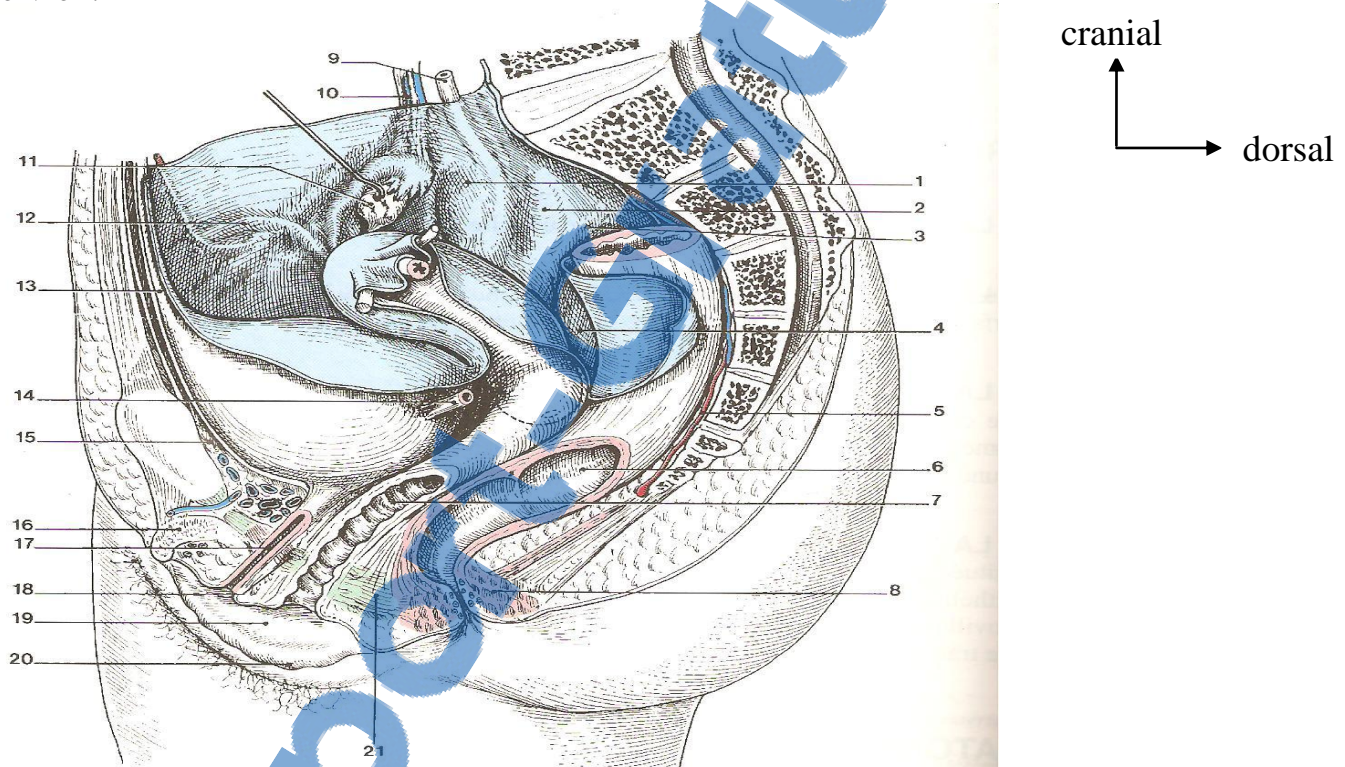


Figure 1 : Situation de l'utérus dans le pelvis (coupe sagittale) [29]

- 1- fossette ovarique
- 2- fossette infra-ovarique
- 3- pli recto-utérin
- 4- cul-de-sac recto-utérin
- 5- artère sacrale médiane
- 6- rectum
- 7- vagin
- 8- muscle sphincter externe de l'anus
- 9- uretère droit
- 10- ligament suspenseur de l'ovaire
- 11- ovaire

- 12- ligament rond
- 13- ouraque
- 14- uretère gauche
- 15- espace prévésical
- 16- clitoris
- 17- uretère
- 18- muscle sphincter de l'urètre
- 19- petite lèvre
- 20- grande lèvre
- 21- centre tendineux du périnée

IV.1.2. Forme

Sa forme est celle d'un cône tronqué aplati d'avant en arrière et dont le sommet est en bas. Il présente un peu au-dessous de sa partie moyenne un étranglement appelé isthme. L'isthme divise l'utérus en deux parties : l'une supérieure, le corps ; l'autre inférieure, le col.

Le corps est triangulaire, sa base est en haut et le sommet fortement tronqué répond à l'isthme.

Le col, moins volumineux que le corps, se rétrécit légèrement à ses deux extrémités à la manière d'un barillet auquel il a été comparé.

IV.1.3. Dimensions

Chez la nullipare, l'utérus mesure en moyenne 6 centimètres et demi de long (3 centimètres et demi pour le corps, 2 centimètres et demi pour le col, 1 centimètre et demi pour l'isthme). Sa largeur atteint 4 centimètres au niveau du corps et 2 centimètres et demi au niveau du col. L'épaisseur mesure 2 centimètres en moyenne.

Chez la multipare, la longueur de l'utérus varie entre 7 et 8 centimètres, la largeur à la base du corps atteint 5 centimètres, elle ne dépasse pas 3 centimètres à la partie moyenne du col. Son épaisseur mesure 3 centimètres environ.

IV.1.4. Direction

Ordinairement, chez la femme dont le bassin est normal, l'utérus est à la fois antéfléchi et antéversé.

Le corps s'incline en avant sur le col et forme avec lui un angle dont l'ouverture normale varie entre 100° et 120° dans la flexion.

Il s'incline en avant de l'axe de l'excavation pelvienne et le col se porte en arrière de cet axe, c'est la version.

IV.1.5. Configuration externe

- Le corps utérin présente à décrire :
 - deux faces ; vésicale antéro-inférieure et intestinale postéro-supérieure,
 - deux bords ; droit et gauche et une base convexe ou fundus utérin,
 - deux angles ou cornes utérines droite et gauche continuant avec les trompes ; elles donnent insertion aux ligaments ronds et aux ligaments suspenseurs des ovaires.
- Le col utérin : cylindrique, il donne insertion au vagin qui le divise en 3 parties :
 - sus-vaginale ; qui se continue avec le corps,
 - vaginale : elle est représentée par la ligne d'insertion du vagin sur le col, oblique en bas et en avant et de forme elliptique, elle est située en arrière sur le tiers supérieur et en avant sur le tiers inférieur,
 - infra vaginale ou intra-vaginale ; visible au spéculum et accessible au doigt par le toucher vaginal, elle est souvent appelée museau de tanche, conique, le sommet est percé d'une ouverture ; l'orifice externe du col. Cet orifice donne accès à la cavité utérine. Il est punctiforme chez la nullipare, allongé chez la primipare, large et irrégulier chez la multipare.

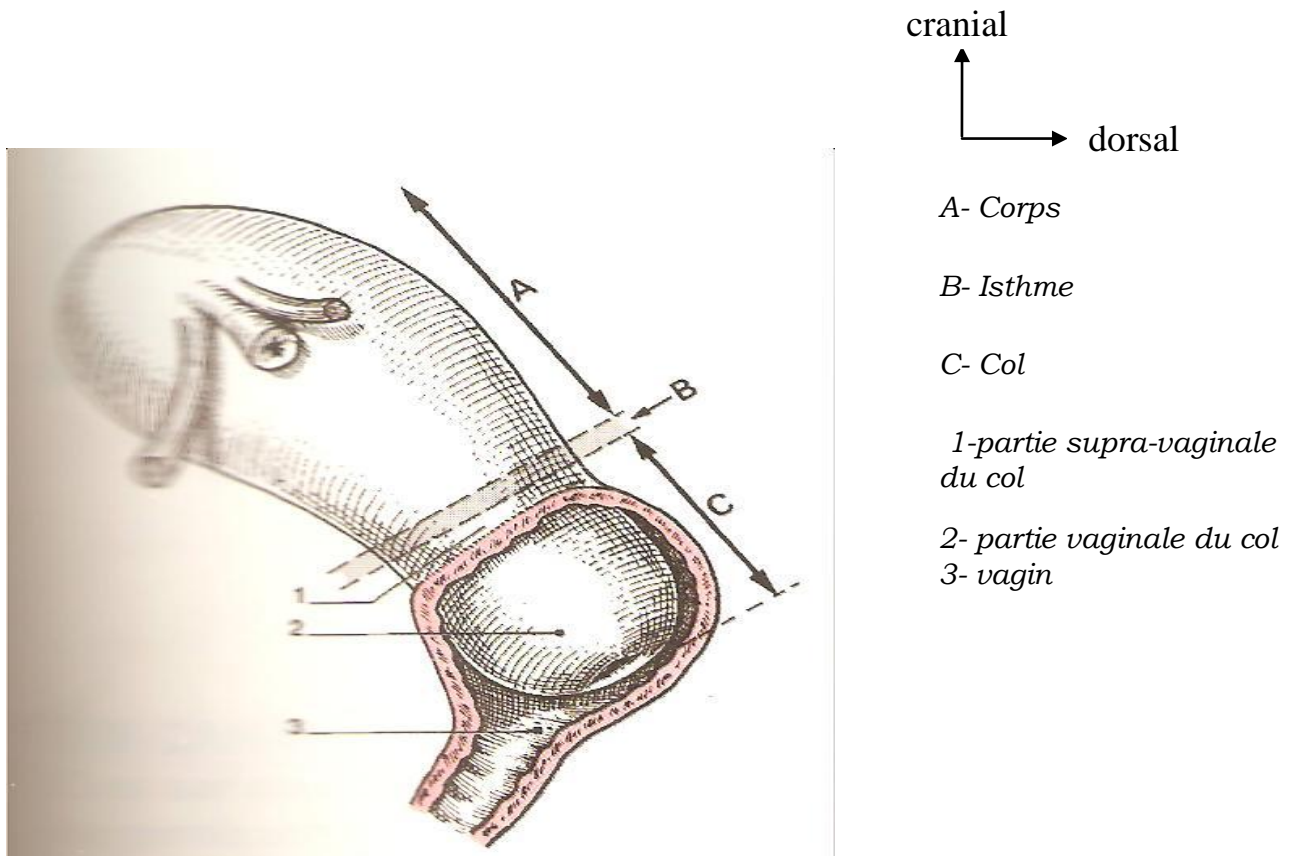


Figure 2 : Configuration externe de l'utérus (coupe sagittale) [31]

IV.1.6. Configuration interne

La cavité corporelle ou cavité utérine est triangulaire et virtuelle. Ses deux parois antérieure et postérieure sont accolées et ses angles supéro-externes se continuent avec l'ostium utérin des trompes. Quant au canal cervical, c'est une cavité réelle fusiforme remplie par la glaire cervicale. Ses parois antérieure et postérieure sont marquées par des replis : les plis palmés ; l'extrémité supérieure se confond avec l'isthme et porte le nom d'orifice interne du col.

IV.1.7. Ligaments utérins

Compte tenu de la topographie pelvienne et viscérale, on peut distinguer trois niveaux de ligaments :

- **les ligaments de niveaux I :**

- les ligaments ronds tendus des angles latéraux de l'utérus aux régions inguinale et pubienne,
- le mésomètre, formé du prolongement du péritoine des faces de l'utérus ;

- **les ligaments de niveaux II :**

- le ligament vésico-utérin, tendu de la partie antéro-latérale de la jonction cervico-vaginale à la base vésicale, il prolonge en avant le paramètre ;
- le ligament utéro-sacral ; il part de la face postéro-latérale du col et du fornix vaginal, longe la face latérale du rectum pour se terminer en regard des vertèbres S2-S4 ;
- le paramètre : situé au-dessous de l'uretère il contient l'artère utérine, quelques veines et lymphatiques utérins. Son expansion antérieure inconstante se confond avec la partie latérale du ligament vésico-utérin ;

- **les ligaments de niveau III :**

- le paracervix : inférieur, en continuité latéralement avec le ligament latéral de la vessie, et supérieur ; ils sont situés en-dessous de l'uretère et contiennent les artères vaginales les plexus veineux et les lymphatiques utéro-vaginaux,
- les ligaments rectaux latéraux ; ils sont disposés presque transversalement de chaque côté du rectum distal.

IV.1.8. Fornix vaginal

Voie d'abord de l'hystérectomie vaginale, il est habituellement facilement exposé à la vue en raison de sa grande compliance.

Le fornix vaginal solidaire du col utérin, est mis sous tension sous l'effet de la traction caudale du col. Au cours de celle –ci, le fornix se retourne en doigt de gant, entraînant avec lui toutes les structures voisines qui lui sont solidaires.

Il comporte trois parties :

- la partie antérieure, qui entraîne lors de la traction caudale du col la descente du fundus vésical et de l'uretère. Le point déclive de la vessie, détermine sur la paroi vaginale antérieure, le sillon cervico-vaginal qui est objectivé par la jonction d'une partie lisse, le col, et d'une partie ridée, la paroi vaginale antérieure ;
- la partie postérieure : elle est recouverte de péritoine et répond au cul-de-sac recto-utérin de Douglas,
- les parties latérales ; maintenues par les paracervix, elles sont situées à 15 millimètres du croisement de l'uretère et de l'anse utérine.

IV.2. RAPPORTS

IV.2.1. Le corps utérin

Il est recouvert par le péritoine utérin ou périmétrium qui est d'autant plus adhérent que l'on approche du fond utérin et qui répond :

- sur la face vésicale, à la ligne d'adhérence du péritoine, située au niveau de l'isthme utérin,
- en avant, le péritoine utérin se continue avec le péritoine vésical au niveau du cul-de-sac vésico-utérin,

- en arrière, il descend sur la face postérieure du fornix vaginal pour former le cul-de-sac recto-utérin de Douglas.

Le corps, par sa face vésicale répond à la face supérieure de la vessie, aux anses grêles et au côlon sigmoïde. Chaque bord latéral du corps répond au mésomètre.

IV.2.2. La partie supra-vaginale du col

Répond par sa face antérieure au cul-de-sac vésico-utérin, et au septum vésico-utérin limité latéralement par les ligaments vésico-utérins.

Par sa face postérieure, elle répond aux ligaments utéro-sacraux recouverts de péritoine, au cul-de-sac de Douglas et au rectum.

Chaque bord latéral répond au paramètre.

IV.2.3. La partie vaginale du col et le fornix vaginal

Elle répond dans sa partie antérieure au septum vésico-vaginal aux ligaments vésico-utérins et à l'uretère rétro-vésical.

Dans sa partie postérieure, elle répond au cul-de-sac recto-utérin, dans chaque partie latérale au paracervix et aux vaisseaux cervico-vaginaux.

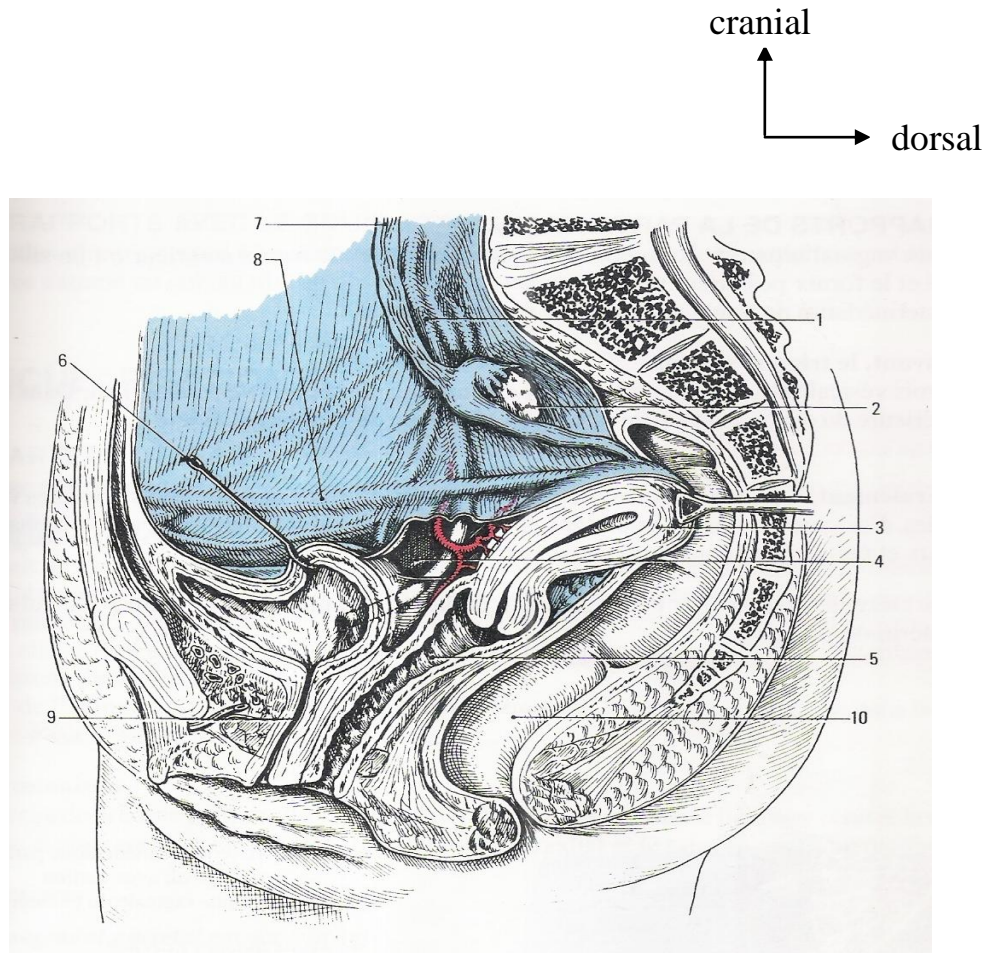


Figure 3 : Les rapports de l'utérus (coupe sagittale) [31]

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Uretère | 6- Vessie réclinée en avant |
| 2. Ovaire | 7. Ligament suspenseur de l'ovaire |
| 3. Utérus récliné en arrière | 8. Ligament rond |
| 4. Espace vésico-vaginal | 9. Uretère |
| 5. Vagin | 10. Rectum |

IV.3. VASCULARISATION ET INNERVATION

IV.3.1. Vascularisation

Le corps de l'utérus et la région cervico-vaginale sont vascularisés par :

➤ **l'artère utérine**

- Origine : Elle naît de l'artère iliaque interne ou par un tronc commun avec l'artère ombilicale ; elle peut naître aussi de l'artère honteuse interne ou d'un tronc commun avec l'artère vaginale.
- Trajet : il est arciforme avec un point déclive situé au niveau de l'isthme utérin.
- Terminaison : Au niveau de la corne utérine, elle s'incline latéralement, passe sous le ligament rond et la trompe pour se diviser en deux branches ; tubaire et ovarique médiale qui s'anastomosent avec leurs homologues latérales.
- Branches collatérales :
 - rameaux vésico-vaginaux (5-6) : ils sont grêles et naissent avant le croisement de l'uretère ;
 - rameau urétérique : inconstant, il naît au point de croisement ;
 - artère cervico-vaginale, volumineuse qui naît après le croisement de l'uretère et se divise en deux branches antérieure et postérieure qui vascularisent le col, le fornix vaginal antérieur, la base et le col de la vessie ;
 - rameaux cervicaux (5-6) flexueux et naissent plus à distance du col. Chaque rameau se bifurque pour gagner les faces antérieure et postérieure du col ;
 - rameaux corporeaux (8-10), naissent soit par paires, soit par un tronc commun très vite bifurqué, destinés à chaque face ;

- artère du ligament rond, naît près du ligament rond qu'elle vascularise ;
- artère du fundus utérin, volumineuse, vascularise le fundus utérin et la partie utérine de la trompe.

➤ les artères vaginales

Au nombre de 2 à 3, elles naissent de l'artère iliaque interne et cheminent dans le paracervix, en arrière de l'anse de l'artère utérine. Elles donnent des rameaux destinés aux faces antérieure et postérieure du vagin. Ces rameaux s'anastomosent largement entre eux et avec les rameaux cervicaux.

➤ les veines

Près des viscères, les veines forment deux plexus veineux largement anastomosés :

- le plexus veineux utérin, collectant essentiellement les veines du corps utérin, est drainé par les veines utérines situées dans le paramètre,
- le plexus vaginal, très développé, collecte des veines du col utérin, du vagin et de la base de la vessie. Il est drainé par les veines vaginales situées dans le paracervix.

➤ les vaisseaux lymphatiques

Ils forment près des viscères, les plexus lymphatiques para-utérins et para vaginaux contenant d'inconstants nœuds lymphatiques. Ils sont drainés par :

- les collecteurs annexiels, qui drainent aussi le corps utérin, aboutissent aux nœuds lombaires ;
- les collecteurs paramétriaux qui drainent le corps utérin, le col, le fornix vaginal, ils rejoignent les nœuds iliaques externes médiaux et obturateurs ;

- les collecteurs situés dans chaque paracervix drainent le col et le vagin et rejoignent les nœuds interiliaques glutéaux et obturateurs ;
- les collecteurs sacraux accessoires, drainent l'utérus et le fornix vaginal postérieur vers les nœuds sacraux ou du promontoire ;
- les collecteurs du ligament rond, drainent le fundus utérin vers les nœuds inguinaux médiaux.

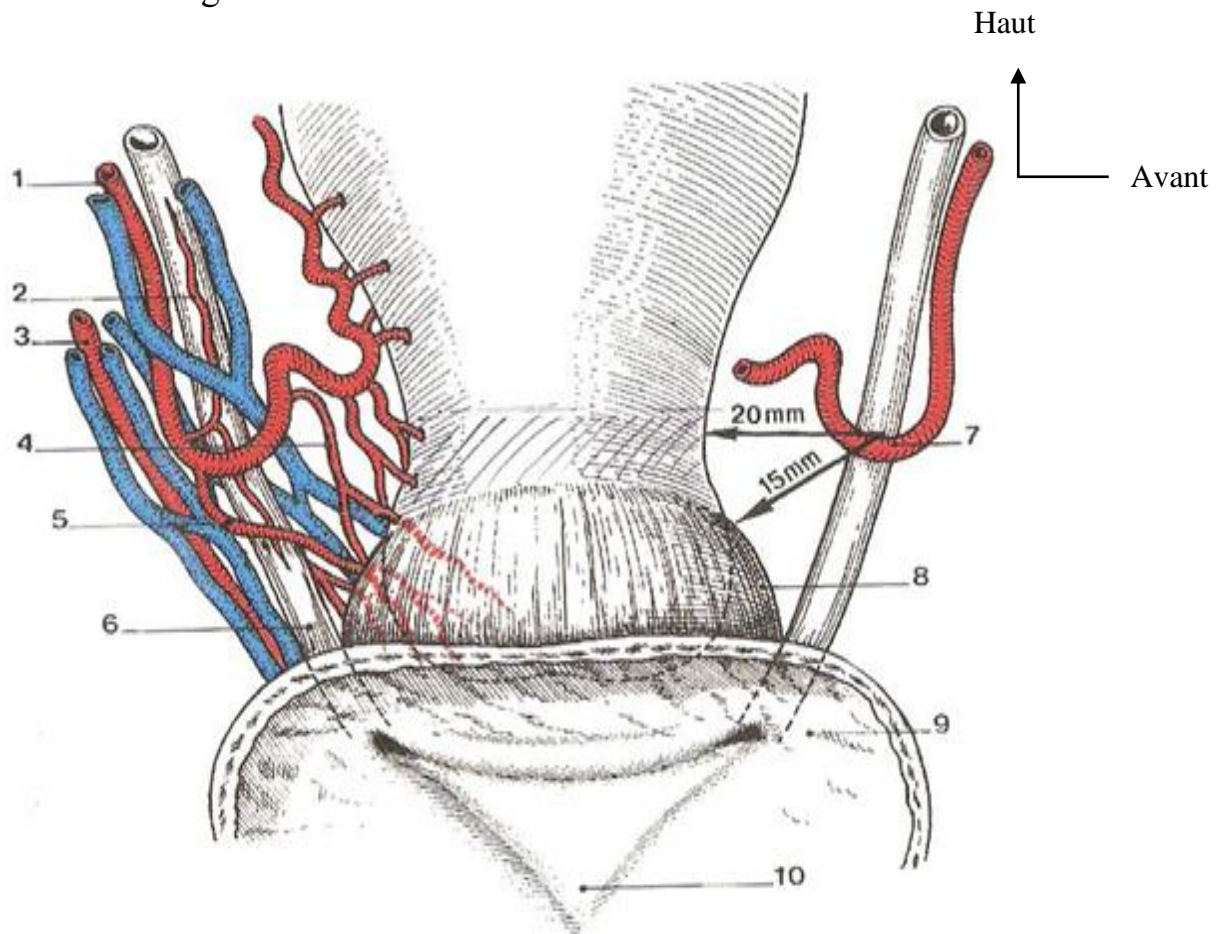


Figure 4 : Croisement de l'artère utérine et l'uretère (vue antérieure) [31]

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. artère uretère | 6- uretère |
| 2. artère urétérique | 7. crosse de l'artère utérine |
| 3. artère vaginale | 8. vagin |
| 4. artère cervico-vaginale | 9. vessie |
| 5. artère vésico-vaginale | 10. trigone vésical |

IV.3.2. Innervation

L'utérus est innervé par le plexus utérin. Ce plexus se détache du bord antérieur du plexus hypogastrique, chemine dans la partie antéro-supérieure du ligament utéro-sacré et aborde l'utérus au niveau de l'isthme.

V. INDICATIONS [22, 34]

Elles sont essentiellement gynécologiques.

Le taux des hystérectomies vaginales parmi l'ensemble des hystérectomies peut varier de 20% à 80%. Certains ne réservent l'hystérectomie vaginale qu'au traitement des prolapsus, d'autres choisissent de façon systématique l'hystérectomie vaginale et ne pratiquent l'hystérectomie abdominale qu'en cas de contre-indication de l'hystérectomie vaginale. Par ordre de fréquence dans les indications, on peut citer :

- le prolapsus génito-urinaire,
- le fibrome utérin,
- les ménométrorragies,
- les hémorragies post-ménopausiques,
- les endométrioses,
- la pathologie cervicale non invasive,
- les douleurs pelviennes (adénomyose),
- les pathologies endométriales (polype, myome sous-muqueux, cancer au stade de début).

VI. CONTRE-INDICATIONS [10, 28, 34]

Les contre-indications sont les suivantes :

- un volume utérin supérieur à la taille d'une grossesse de 12 à 14 semaines représente une contre-indication de l'hystérectomie vaginale car au-delà de cette taille, l'extraction de l'utérus malgré son morcellement ou des myomectomies, peut s'avérer très difficile ;
- les adhérences pelviennes sévères post-infectieuses ou dues à une endométriose représentent également une contre-indication à l'hystérectomie vaginale. En cas de doute sur de telles adhérences, une cœlioscopie préalable peut s'avérer utile ;
- une tumeur de l'ovaire suspecte à l'échographie ou après dosage du CA 125 ;
- l'absence de mobilité de l'utérus tant dans le sens antéro-postérieur que latéral représente également une contre-indication ;
- une atrésie vaginale chez une patiente nullipare âgée ou une vierge ;
- les antécédents d'interventions pelviennes en particulier les pexies utérines, les promontofixations, les ligamentopexies sont des contre-indications formelles.

Pour les autres interventions, tout dépend du compte-rendu opératoire, et des complications post-opératoires ; là encore une cœlioscopie pré-opératoire peut aider à prendre la décision.

VII. TECHNIQUE [9,29, 34]

VII.1.CONDITIONS [9, 34]

VII.1.1. Préparation

La douche préalable à l'intervention, la toilette vaginale antiseptique immédiatement pré-opératoire et le respect des règles d'asepsie font partie de la prévention des infections.

L'antibioprophylaxie est obligatoire car la chirurgie vaginale est automatiquement contaminée. Il faut utiliser un antibiotique actif sur les germes Gram négatif et anaérobies.

VII.1.2. Anesthésie

L'anesthésie peut être indifféremment générale ou locorégionale, puisque la chirurgie vaginale se prête aussi bien à la rachianesthésie qu'à la péridurale, pourvu que la durée opératoire soit inférieure à deux heures.

VII.1.3. Installation de la patiente

- Elle est fondamentale. La patiente est en décubitus dorsal, les fesses dépassant le bord de la table, les cuisses hyperfléchies en abduction légère, les jambes légèrement fléchies elles aussi, appuyées sur des jambières et placées de sorte à ne pas gêner les aides opérateurs. Ne pas mettre de sonde urinaire à demeure (diagnostic d'une lésion vésicale).
- Opérateur assis en face du périnée, la table est levée jusqu'à ce que la vulve soit à la hauteur des épaules.

L'instrumentiste se place entre l'opérateur et l'aide situé à sa droite. Un champ collant sera appliqué pour recouvrir l'orifice anal.

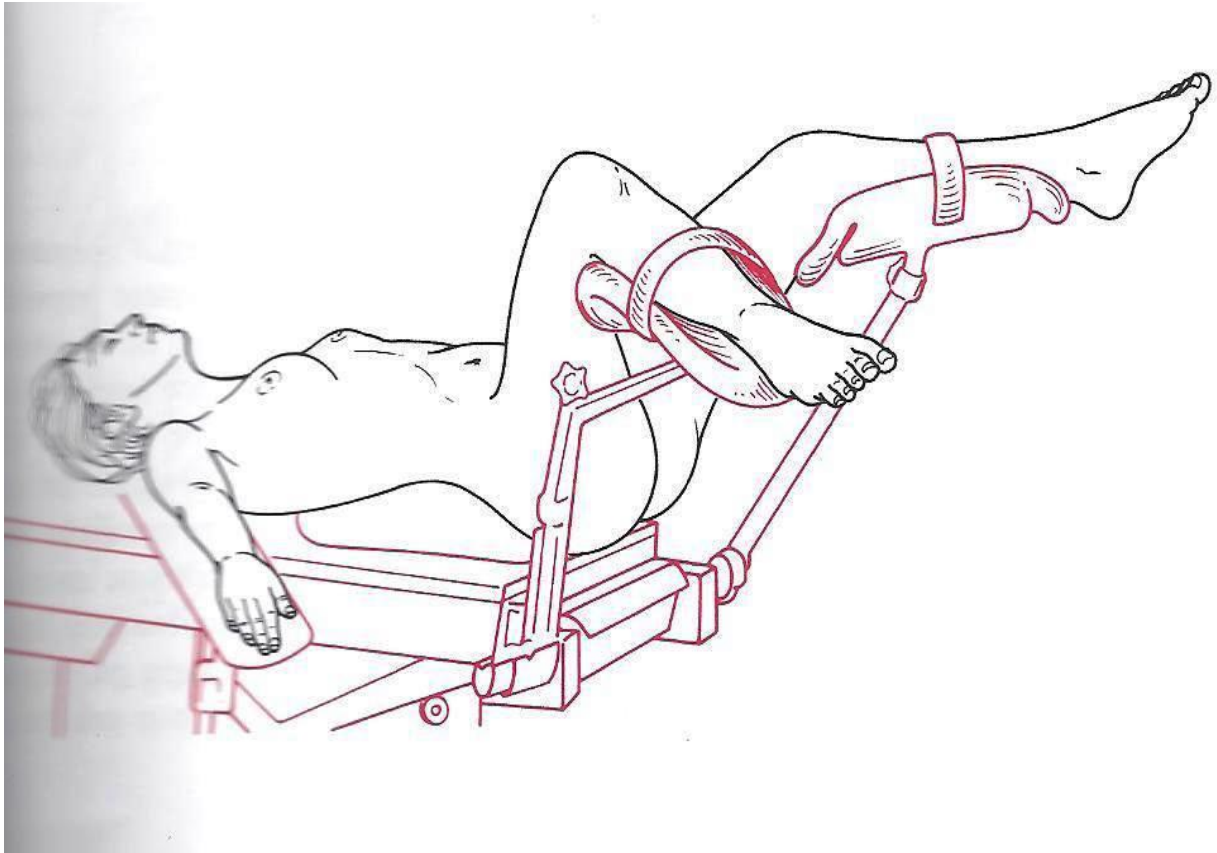


Figure 5 : Position de la malade [34]

Le badigeon antiseptique s'étend de la région supra pubienne au sillon interfessier, et s'étend latéralement vers la face interne des cuisses. Les champs doivent être adaptés à la chirurgie vaginale :

- un champ sous-fessier,
- des champs pour chacun des membres inférieurs qui doivent être recouverts en totalité,
- Une poche de recueil permet de mesurer les pertes sanguines et de prévenir la perte d'instruments.

VII.1.4. Conditions anatomiques

Les principales conditions anatomiques requises pour envisager une hystérectomie vaginale sont :

- une mobilité utérine suffisante,
- un volume utérin compatible avec le calibre opératoire du vagin, soit environ 8 centimètres de diamètre.

VII.1.5. Conditions matérielles

Il faut disposer d'une boîte de laparotomie en cas de conversion.

VII.2.MATERIEL

Il ne faut pas, pour la chirurgie vaginale beaucoup d'instruments spécifiques car tout le jeu des pinces à préhension et à hémostase, de porte-aiguilles, de ciseaux, appartient à l'instrumentation standard. Mais quelques instruments le sont vraiment, tout particulièrement les valves.

VII.2.1. Valves

Le principe de la chirurgie vaginale est de ne voir du champ opératoire qu'une parcelle à la fois, celle qu'on est en train de traiter. Cette parcelle est mise en évidence par les valves.

L'usage pour des valves de la chirurgie vaginale est de deux ordres.

Une valve doit pouvoir être placée dans le cul-de-sac de Douglas et s'y maintenir seule sans encombrer le champ : la valve de Mangiagalli coudée à 45°. Toutes les autres valves doivent écarter à plat les parois vaginales et les viscères, sans que la main de l'aide obstrue le champ, leur forme idéale est donc en baïonnette : les valves de Breisky; il en faut au minimum deux.



Photo 1 : Valve postérieure (photo roi Baudouin)



Photo 3 : Valves de Breisky (photo roi Baudouin)



Photo 2 : Valve postérieure à poids (photo roi Baudouin)

VII.2.2. Passe-fils

La chirurgie vaginale étant parfois profonde, elle bénéficie de passe-fils, dont le plus utilisé est l'aiguille de Deschamps à grande courbure, qu'on manipule entre deux doigts comme un forceps, et dont la pointe mousse ne risque pas de blesser les tissus qu'elle pénètre.



Photo 4 : Aiguille vaginale de Deschamps (photo roi Baudouin)

VII.2.3. Pinc

La chirurgie vaginale nécessitant une manipulation des tranches de section, des pinc

Pour l'hystérectomie vaginale, des pinc à mors puissants et larges pour attirer et isoler la collerette vaginale sont indispensables : les pinc de Chroback ; il en faut six.

Il faut aussi des pinc de Pozzi et de Museux pour accéder au fond utérin.

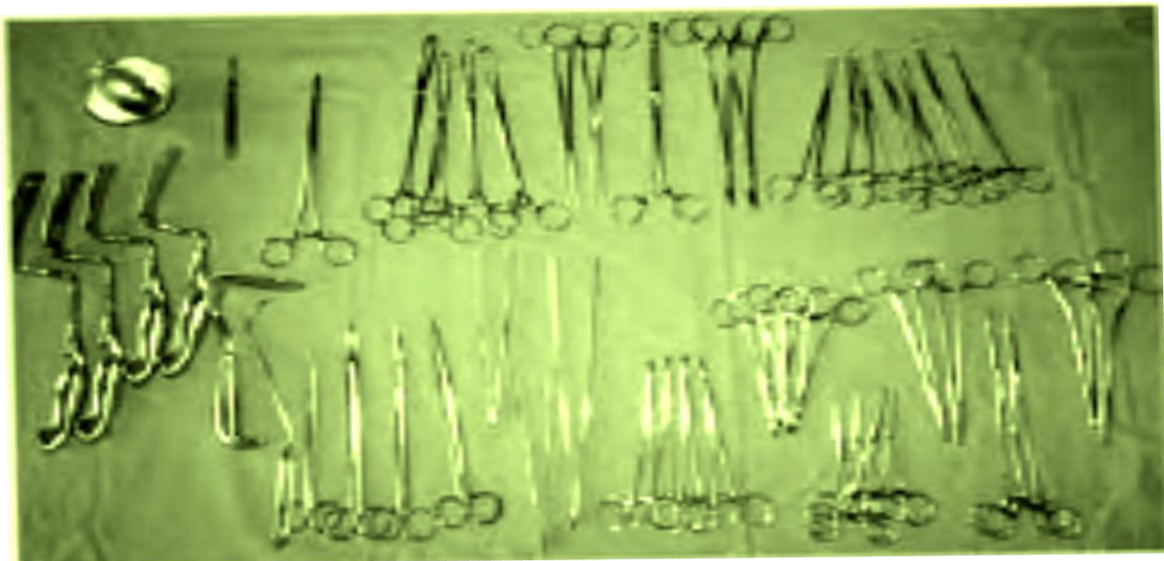


Photo 5 : Le jeu complet des instruments pour l'hystérectomie par voie basse (photo roi Baudouin)

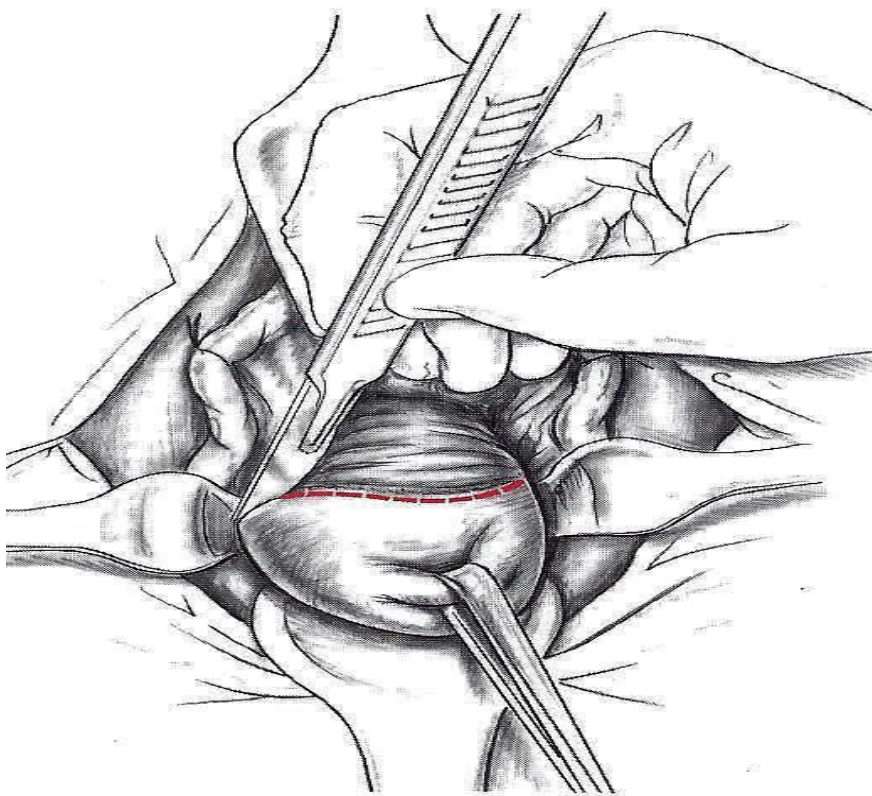
VII.3. TECHNIQUE PROPREMENT DITE

- **Premier temps : Colpotomie antérieure, décollement vésico-utérin**

La lèvre antérieure du col est saisie dans une pince de Museux.

On réalise des tractions d'avant en arrière afin de repérer la zone de transition entre la muqueuse lisse du col et la muqueuse vaginale où sont situés les plis transversaux de la face antérieure du vagin. C'est à l'union de ces deux zones qu'est réalisée l'incision courbe à convexité supérieure.

Pour accéder à l'espace inter-vésico-utérin, on sectionne un fascia vaginal et vésical; une fois sectionné, il est facile d'ouvrir au doigt l'espace inter-vésico-vaginal.



Colpotomie antérieure.

Figure 6: Colpotomie antérieure [29]

- **Deuxième temps : Colpotomie postérieure et ouverture du Douglas**

La valve postérieure déprime fortement le périnée postérieur, la deuxième pince de Museux est placée sur la lèvre postérieure du col et la traction sur les pinces est relevée. A un bon travers de doigt, la muqueuse vaginale postérieure est sectionnée franchement au bistouri selon une incision transversale. Le tissu cellulaire qui est au contact du cul-de-sac de Douglas est sectionné; on ouvre le cul-de-sac de Douglas, cette incision est élargie au doigt et la valve postérieure y est placée.

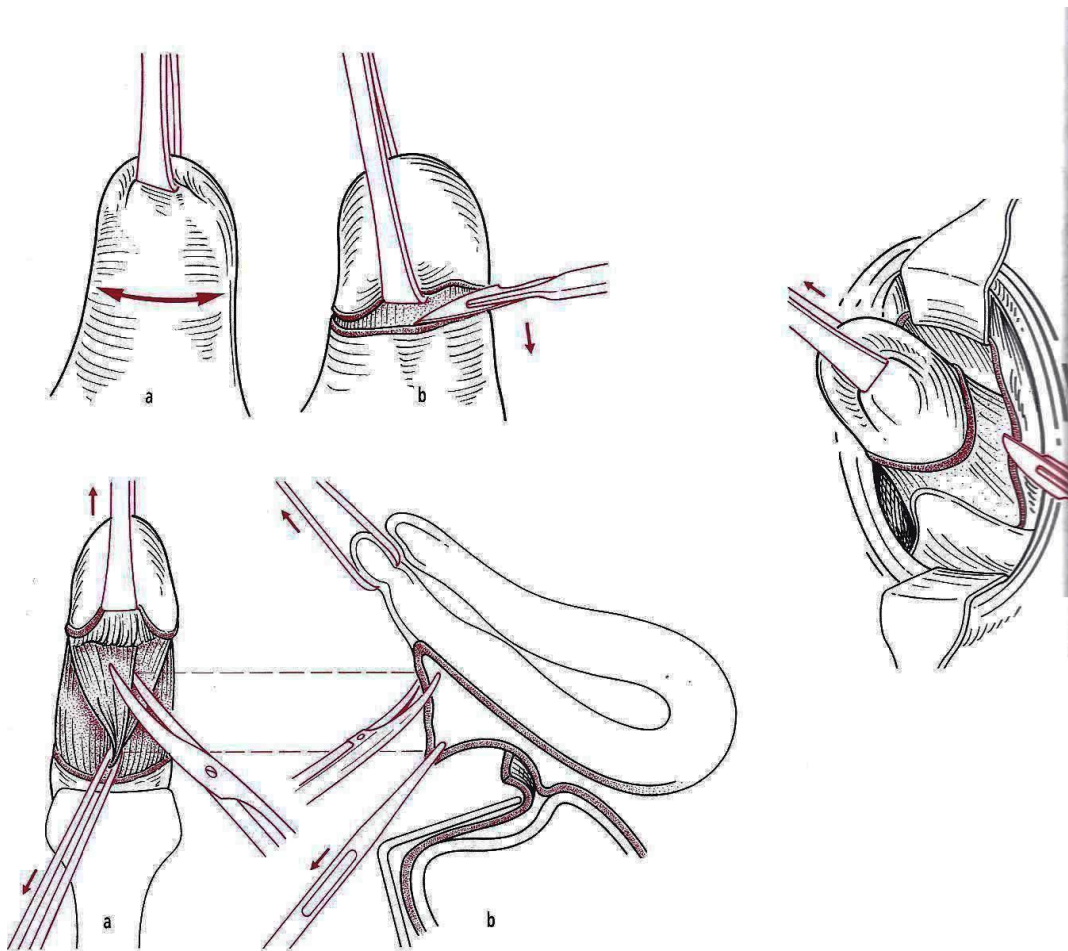


Figure 7 : Colpotomie postérieure et ouverture du cul-de-sac de Douglas [34]

Incision latérale du vagin entre les deux incisions de Colpotomie antérieure et postérieure [34]

- **Troisième temps : Incisions vaginales latérales**

Entre les incisions des colpotomies antérieure et postérieure, on trace au bistouri deux sillons de quelques millimètres dans lesquels viendront s'appliquer les fils des futures ligatures. Ces incisions sont faites à un travers et demi de doigt du col.

- **Quatrième temps ; Ligature/ section des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines droite et gauche**

On commence par ligaturer le ligament utéro-sacré gauche et l'artère utérine gauche. L'index gauche de l'opérateur est placé à la face postérieure du ligament utéro-sacré ; l'aiguille de Deschamps chargée d'un fil de *Vicryl I* vient prendre contact avec la pulpe de l'index dans l'espace situé entre le coude de l'artère utérine et le bord supérieur du ligament utéro-sacré ; elle transfixie les tissus et le péritoine postérieur.

Le fil est noué à la hauteur du sillon tracé sur le bord latéral de l'utérus; on sectionne ensuite les deux tiers du ligament utéro-sacré suffisamment à distance du nœud réalisé.

Une deuxième ligature prend l'utéro-sacré et cette fois-ci l'artère utérine ; ici l'aiguille de Deschamps va transfixier les tissus 5 à 8 mm au-dessus du premier nœud de façon à passer au-dessus du coude de l'artère utérine.

La section du ligament utéro-sacré est complétée.

La traction sur l'utérus et le refoulement de la vessie vers le haut séparent l'uretère de l'artère utérine, qui peut alors être électivement liée.

Une pince de Bengolée, dirigée d'arrière en avant, transfixie à la façon d'un passe fil, puis les mors de la pince sont écartés largement. Une deuxième pince de Bengolée saisit alors le pédicule utérin qui est sectionné entre l'utérus et la

pince. Ce moignon vasculaire est ligaturé. Le ligament utéro-sacré droit et l'artère utérine droite sont traités de la même manière.

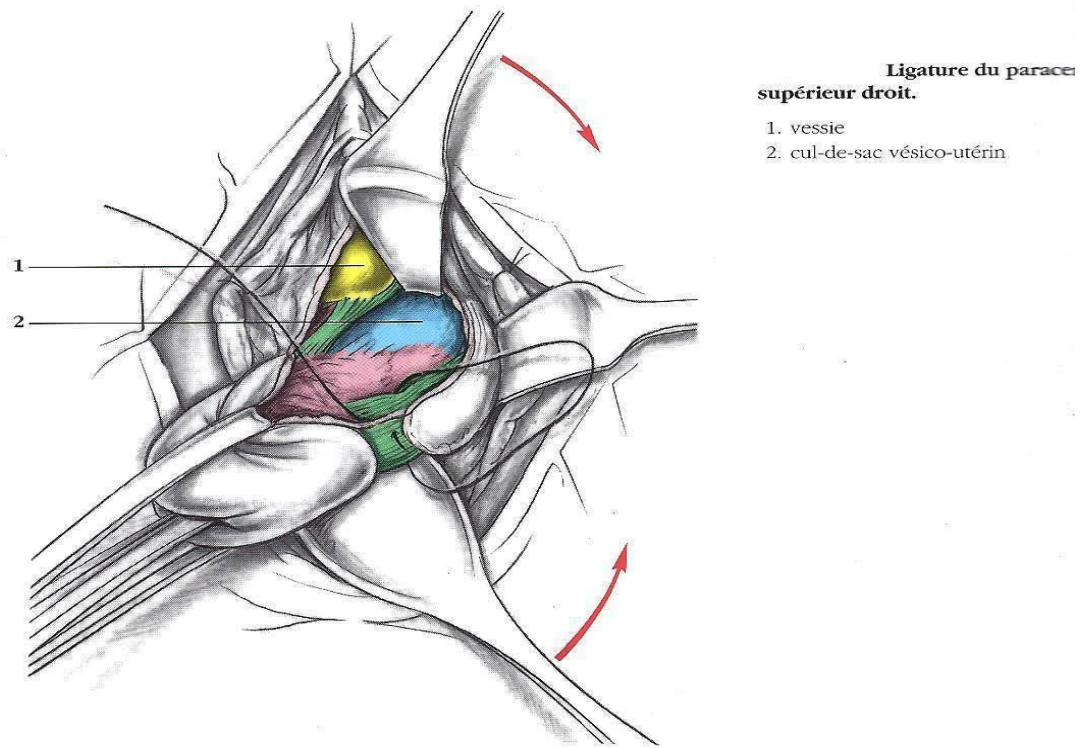


Figure 8: Ligature du paracervix supérieur droit [29]

- **Cinquième temps : Extraction de l'utérus**

L'aide relève la traction sur les pinces de Museux vers le haut ; l'opérateur introduit l'index et le majeur gauches qui vont cheminer à la face postérieure de l'utérus, contourner le fond utérin jusqu'à rejoindre le cul-de-sac vésico-utérin.

La traction des pinces de Museux est alors dirigée vers le bas et l'on distingue parfaitement à travers le péritoine les doigts placés dans le cul-de-sac vésico-utérin qu'il est alors possible de perforer, puis l'incision péritonéale est poursuivie de chaque côté jusqu'aux cornes utérines. La valve vaginale antérieure est alors introduite dans l'ouverture péritonéale et elle continuera à refouler la vessie. Le fond utérin est luxé dans le champ opératoire.

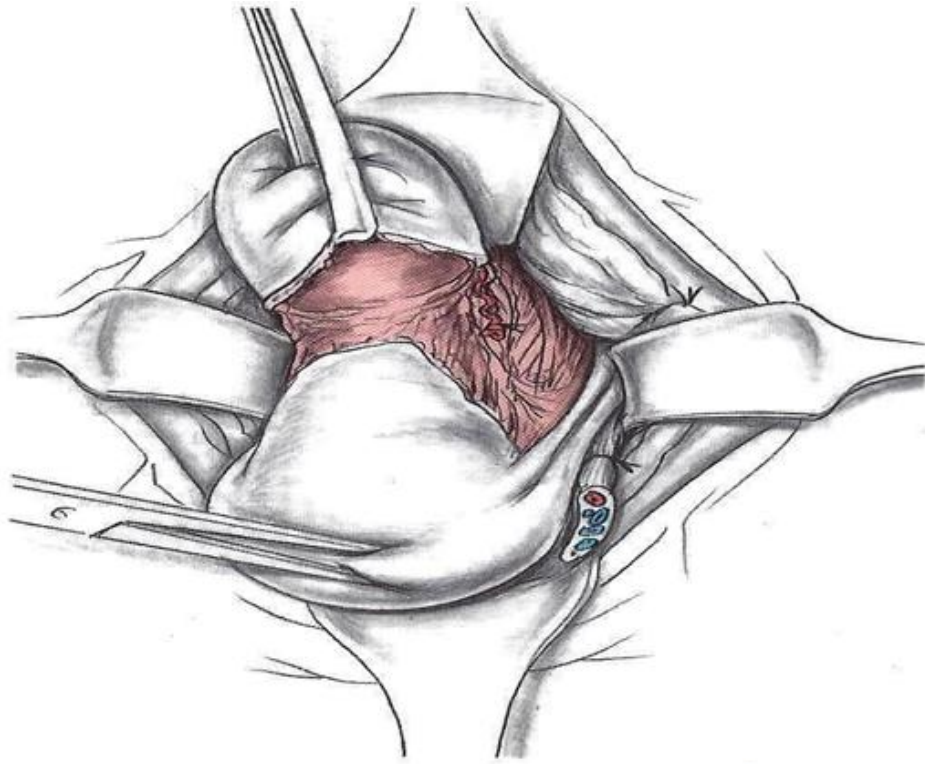


Figure 9: Extériorisation de l'utérus [29]

- **Sixième temps : section et ligature des ligaments utéro-ovariens droit et gauche.**

Après avoir basculé le fond utérin en arrière, on saisit entre le majeur et l'index, passé le long du bord latéral gauche de l'utérus, le ligament rond et le ligament utéro-ovarien. Une pince de Jean-Louis Faure introduite de bas en haut en longeant le guide formé par les doigts, prend l'ensemble de ces éléments anatomiques qui sont sectionnés entre la pince et le corps utérin.

La même manœuvre est réalisée du côté controlatéral libérant ainsi l'utérus dans sa totalité. Si les ovaires doivent être conservés leur normalité est vérifiée. L'hémostase des ligaments utéro-ovariens et ronds est assurée par une ligature 10mm en dehors de la pince de Jean-Louis Faure. La même manœuvre est effectuée sur le pédicule utéro-ovarien droit.

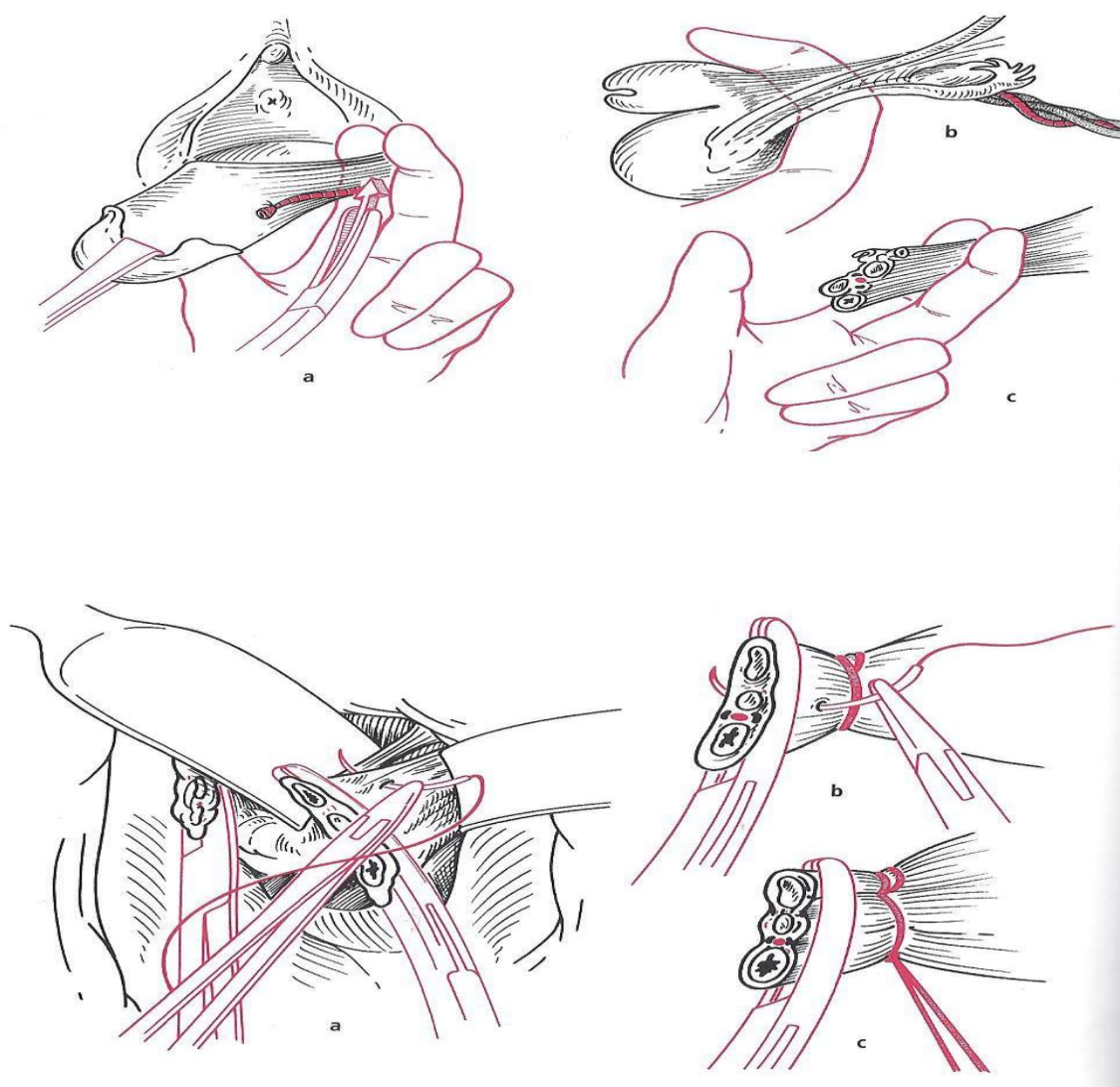


Figure 10 : Prise du ligament utéro-ovarien et du ligament rond

Gauche dans une pince de Jean-Louis Faure [34]

Ligature du pédicule annexiel gauche [34]

- **Septième temps : Vérification de l'hémostase des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines**

Les deux valves antérieure et postérieure sont placées de façon à exposer correctement ces éléments anatomiques et, avec deux pinces à griffes, les ligaments utéro-sacrés, les artères utérines et les tissus situés entre les moignons utérins ; puis les pédicules utéro-ovariens sont successivement exposés pour vérifier la qualité de l'hémostase.

- **Huitième temps : Godronnage de la tranche vaginale postérieure**

Il est réalisé par un surjet qui débute du côté gauche par un point en X prenant largement la tranche vaginale postérieure, le ligament utéro-sacré gauche et le péritoine immédiatement en dedans du ligament utéro-sacré. Ce point en X est noué et son extrémité libre est gardée sur une pince de Kocher puis on poursuit selon un surjet non passé en prenant largement la tranche vaginale postérieure et le péritoine pré-rectal de façon à les adosser intimement et à combler tous les espaces libres cruentés entre tranche vaginale et péritoine. Le dernier point au niveau de l'extrémité droite de la tranche vaginale prend largement le ligament utéro-sacré droit et le vagin. Le surjet est alors arrêté en serrant fermement le nœud de façon à rétrécir la longueur de la tranche vaginale postérieure.

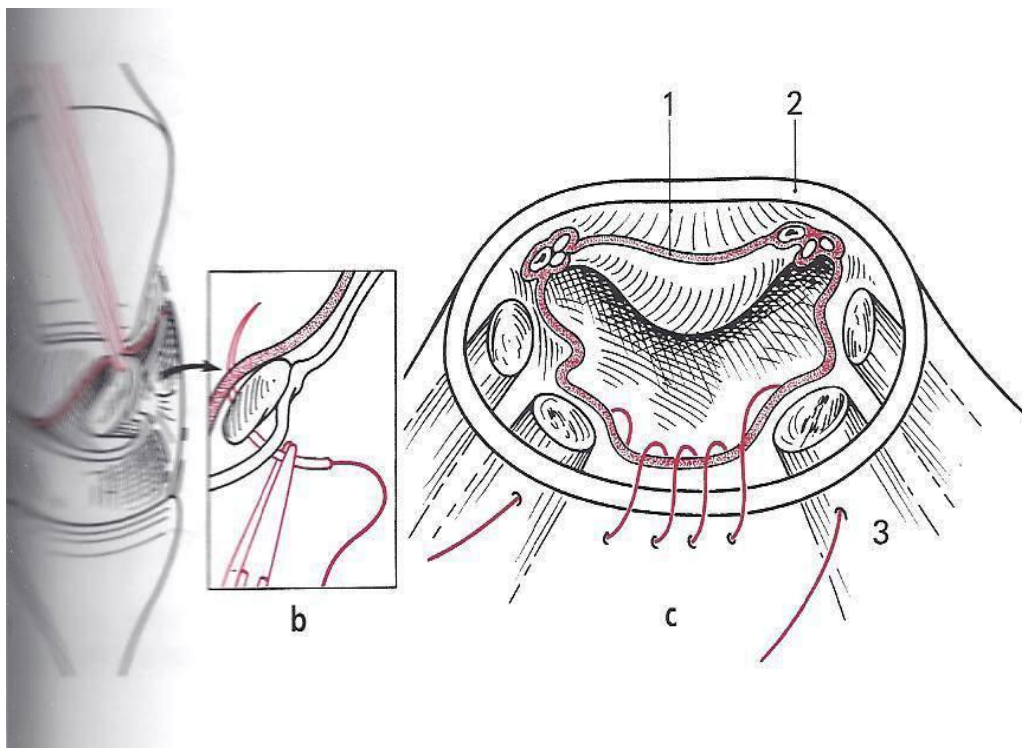


Figure 11: Godronnage de la tranche vaginale postérieure [34]

1. *Péritoine vésical*

2. *Ligament rond et trompe*

3. *Ligament utéro-sacré*

- **Neuvième temps : Péritonisation**

Elle consiste à fermer le péritoine par deux hémibourses en extériorisant les pédicules utéro-sacrés, utérins et utéro-ovariens.

On débute par l'hémibourse du côté droit en faufilant la séreuse péritonéale prérectale, puis le péritoine latéral en veillant à ne pas piquer l'artère utérine. Le moignon utéro-ovarien est ensuite attiré dans le champ opératoire. Le péritoine antérieur vésical est ensuite repéré puis aiguillé par deux ou trois points se dirigeant vers la ligne médiane.

Les fils de cette hémibourse ne sont pas noués et on procède à l'hémibourse du côté gauche en débutant cette fois-ci par le péritoine antérieur vésical qui est à nouveau faufilé par deux ou trois points, puis la bourse est poursuivie en aiguillant le ligament utéro-ovarien gauche attiré dans le champ opératoire, puis le péritoine latéral, et enfin le péritoine pré-rectal. Cette hémibourse gauche est ensuite serrée en prenant soin d'extra-péritoniser les pédicules.

Cette péritonisation classique n'est actuellement plus réalisée, lorsque l'hémostase des ligaments utéro-sacrés et utéro-ovariens est satisfaisante et les auteurs se limitent à adosser le péritoine vésical au péritoine prérectal en regard de la tranche vaginale par un seul point [34].

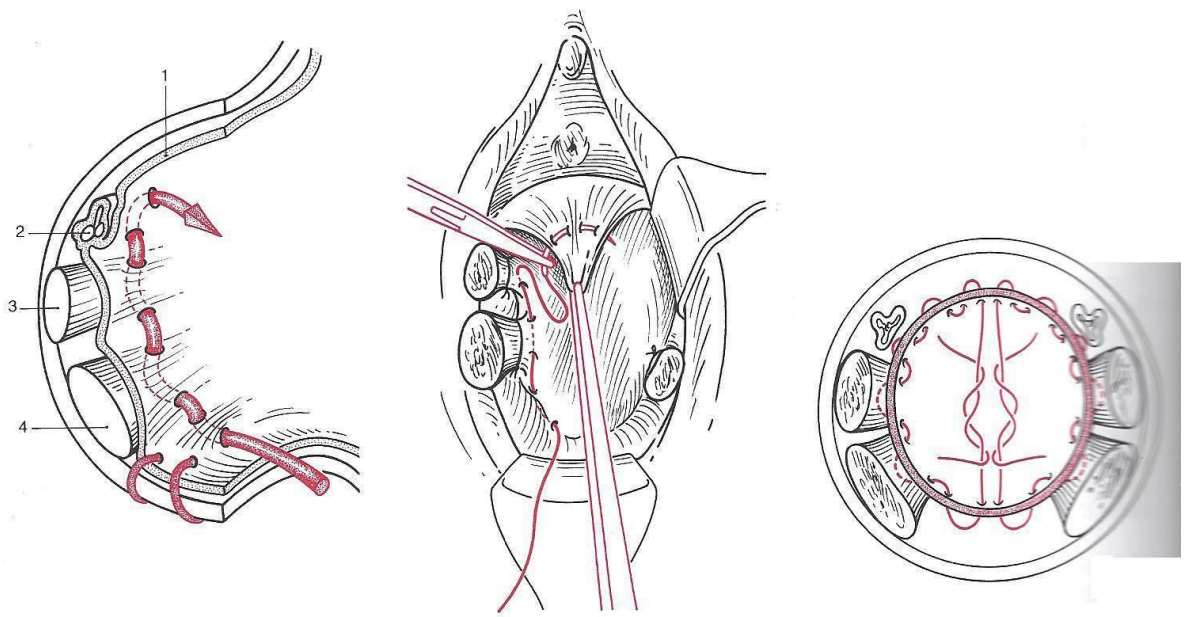


Figure 12: Début et fin de la péritonisation [34]

- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| 1. Péritoine | 2. Ligament utéro-ovarien et trompe |
| 3. Ligament rond | 4. Ligament utéro-sacré |

- **Dixième temps : Godronnage de la tranche vaginale antérieure**

Il débute du côté droit par un point en X placé à la hauteur du ligament utéro-sacré droit et est poursuivi en prenant largement la tranche vaginale antérieure ainsi que la tranche postérieure en passant entre les points du surjet postérieur; et l'on rejoint ainsi le ligament utéro-sacré gauche. Ce godronnage est serré fermement de façon à réduire, comme au niveau de la tranche vaginale postérieure, la longueur de la tranche, en la fronçant.

A la fin de ce temps, les deux tranches vaginales sont adossées, ce qui facilite la cicatrisation du dôme vaginal et réduit de façon très importante les granulomes post-opératoires.

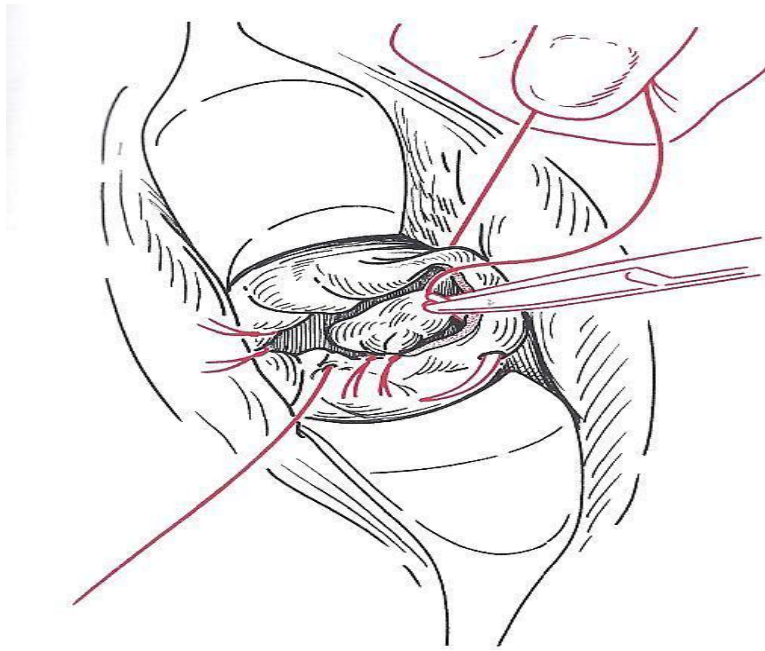


Figure 13: Godronnage de la tranche vaginale antérieure [34]

- **Dernier temps**

Il faut vérifier l'hémostase ; lorsque l'hystérectomie a été facile et que le champ opératoire est exsangue, on peut se dispenser du méchage et de la sonde à demeure, ce qui est le cas trois fois sur quatre avec comme avantage un meilleur confort post-opératoire et une réduction des infections urinaires.

Lorsque l'hémostase n'est pas parfaite, une à deux mèches à prostate sont tassées contre le dôme vaginal. Une sonde à demeure s'impose car les mèches peuvent être à l'origine de rétention d'urines.

Les mèches seront retirées le lendemain matin et l'ablation de la sonde deux heures après.

Cette technique représente celle pratiquée dans notre étude.

VII.4.VARIANTES [9, 34]

- ✓ **Réalisation d'une colpotomie circulaire**, à 1.5cm de l'orifice du col utérin ;
- ✓ **Prise en bloc de l'utéro-sacré, du paracervix et du paramètre** avec son artère utérine chez les femmes ménopausées ou en cas de prolapsus ;
- ✓ **Absence de péritonisation ;**
- ✓ **Annexectomie**

La principale variante au cours d'une hystérectomie vaginale est la conservation ou non des annexes, tous les autres temps devant être scrupuleusement réalisés dans l'ordre précédemment décrit.

L'annexectomie est réalisée après l'extraction de l'utérus. Pour cela, il convient de pédiculiser la trompe et l'ovaire de façon à pouvoir saisir le ligament lombo-ovarien. Une pince de Jean-Louis Faure est placée sur le ligament rond, 20mm en dehors de la ligature du pédicule annexiel sur lequel un aide exerce une traction modérée. Le ligament rond et le péritoine peuvent alors être sectionnés. On saisit l'extrémité distale de la trompe dans une pince losangique qui prend également l'ovaire. La traction sur cette pince permet de placer une deuxième pince de Jean-Louis Faure sur le ligament lombo-ovarien permettant l'exérèse de l'annexe. Le ligament rond est aiguillé et ligaturé, et le fil est conservé. Une double ligature aiguillée prudente afin de ne pas blesser les vaisseaux lombo-ovariens est placée sur le ligament lombo-ovarien et les fils en sont également gardés longs pour être utilisés lors de la péritonisation.

✓ **Coelio-terminaison**

Cette annexectomie simple en théorie peut s'avérer difficile en particulier chez les femmes ménopausées dont les ligaments lombo-ovariens sont plus courts.

C'est la raison pour laquelle seules 20% des femmes ayant une hystérectomie vaginale, subissent dans le même temps une annexectomie. Dans les cas où l'annexectomie, obligatoire du fait du haut risque familial ou d'une pathologie ovarienne, ne peut-être réalisée par la voie vaginale, on peut la réaliser par une « coelio-terminaison » qui consiste à terminer l'intervention sans inclure le ligament utéro-ovarien dans la péritonisation puis à faire une coelioscopie une fois l'hystérectomie vaginale achevée.

✓ **Coelio-préparation**

La coelio-préparation a été proposée pour augmenter le nombre d'hystérectomies vaginales surtout en cas d'adhérences pelviennes (antécédents d'infections pelviennes), d'endométriose ou de kyste de l'ovaire dont on veut préciser la nature.

La coelioscopie faite avant de commencer l'hystérectomie vaginale peut consister en un simple « coup d'œil » permettant de s'assurer qu'il n'y a pas d'obstacle, une adhésiolyse, voire une ligature-section des pédicules annexiels avec ou sans conservation ovarienne. Ce geste permet de faire environ 10% d'hystérectomies vaginales supplémentaires et il est surtout intéressant chez les femmes qui ont des antécédents de chirurgie pelvienne ou de césarienne.

La coelio-préparation proprement dite consiste à débiter l'hystérectomie en libérant les attaches de l'utérus à un niveau plus ou moins haut ; ligature des ligaments utéro-ovariens ou de la trompe et du ligament utéro-ovarien ; ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur ou postérieur et décoller la vessie, ou enfin lier en plus le pédicule utérin.

- ✓ la thermofusion : classiquement, on utilise des fils résorbables pour l'hémostase mais actuellement, certains auteurs préconisent la thermofusion pour faire l'hémostase [8,24]. Dans nos conditions de

pratique, l'utilisation de la thermofusion va être limitée par le cout du matériel malgré le gain de temps et la sécurité pour la malade.

✓ La technique de caennaise [58]

L'originalité de la technique (dite << caennaise >>) est d'avoir simplifié les temps opératoires de l'intervention, la rendant plus reproductible. Après dissection poussée des incisions latérales du vagin, les ligaments utéro-sacrés, les paracervix, le paramètre et l'artère utérine sont liés en bloc. Ce qui constitue un gain de temps important. On procède à l'extrapéritonisation des pédicules, il n'ya pas de repéritonisation, et les pédicules et ligaments mis sur pinces repères sont liées en paletots croisés.

✓ les spécificités liées aux gros utérus myomateux [44]

Si le fundus est pelvien la voie basse reste envisageable. Avec un volume utérin important certaines difficultés peuvent être rencontrées selon les temps opératoires. L'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin est parfois difficile sur un gros utérus polymyomateux. Il faut insister. Si l'on n'y parvient pas on peut passer au temps suivant qui abaissera un peu plus l'utérus et revenir ensuite vers le cul-de-sac. L'ouverture de ce dernier est en tout cas indispensable pour envisager la bascule de l'utérus. Si l'extériorisation s'avère impossible il ne faut pas hésiter à recourir à la section sagittale et au morcellement éventuel de l'utérus. La section sagittale est souvent nécessaire pour un diamètre utérin supérieur à 10 centimètre. L'incision se fait aux ciseaux et s'efforce de rester sagittale afin de ne pas aboutir sur l'un des pédicules des cornes. Elle doit toujours se faire sous le contrôle de la vue ou au moins de l'index gauche pour la face postérieure. L'extériorisation de chaque héli-utérus devient alors souvent possible.

VII.5.DIFFICULTES [9, 34]

✓ Ouverture de l'espace vésico-utérin

Un antécédent de conisation, de césarienne, un allongement supravaginal du col peuvent rendre difficile l'accès à l'espace inter-vésico-utérin. On risque de réaliser une plaie de la vessie ou de rester trop près de l'utérus et de ne pas trouver le bon plan de décollement vésico-utérin en cheminant dans le myomètre. Dans les cas où on ne trouve pas d'emblée le bon plan de clivage, il faut placer deux pinces de Kocher à 2-3 cm l'une de l'autre sur la lèvre supérieure de l'incision vaginale, exercer une traction vers le haut sur ces pinces, et diriger la traction sur les pinces de Museux vers le bas de façon à présenter au mieux la cloison supravaginale pour la sectionner correctement.

✓ Difficultés à l'extraction de l'utérus

Près d'une fois sur deux, l'utérus ne peut être extrait, le basculement en arrière ou en avant étant impossible, même en s'aidant d'une pince de Museux qui saisit le fond utérin ou d'un gros fil tracteur que l'on passe progressivement dans le myomètre.

• Hémisection de l'utérus

La première manœuvre à réaliser est l'hémisection de l'utérus. Les pinces de Museux qui étaient placées sur les lèvres antérieure et postérieure du col sont placées au niveau des commissures droite et gauche. Avec les gros ciseaux droits, la lèvre postérieure du col et l'isthme sont sectionnés sur la ligne médiane alors que l'on contrôle en permanence le cheminement des ciseaux en relevant la traction sur les pinces de Museux. On procède de la même façon sur la lèvre antérieure jusqu'à atteindre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin qui est ouvert et agrandi de façon à y placer la valve antérieure et protéger ainsi la vessie.

L'hémisection est poursuivie sur les faces antérieure et postérieure, et lorsqu'elle atteint le niveau de la moitié inférieure du corps utérin, il est très souvent facile d'extraire l'utérus et de reprendre le cours habituel de l'intervention. En cas d'échec de cette manœuvre, il convient d'amputer les deux héli-cols latéraux et de replacer les pinces de Museux au niveau de l'isthme.

- **Myomectomies**

Si l'utérus est porteur de myomes, c'est à ce moment que leur exérèse est réalisée, soit directement, soit en pratiquant leur hémisection.

- **Morcellement**

Les gros utérus adénomyosiques, impossibles à extraire après l'hémisection, doivent faire l'objet d'un morcellement du corps utérin. Dans certains cas, après l'hémisection et l'amputation cervicale, il est parfois nécessaire de refouler le pôle inférieur de l'utérus dans le pelvis afin d'amener dans le champ opératoire ainsi libéré par une manœuvre de bascule du fond utérin sur lequel on réalise soit un morcellement, soit une myomectomie.

VIII. COMPLICATIONS PER ET POST-OPERATOIRES [9, 34]

VIII.1. COMPLICATIONS PER OPERATOIRES

- ✓ **Plaie de vessie** [9]; la vessie est menacée au cours de la chirurgie vaginale, avec un taux significatif de plaies, sans gravité si elles sont identifiées et réparées immédiatement, mais qui peuvent être la source de fistules postopératoires si elles sont ignorées.

Les plaies vésicales sont plus fréquentes qu'au cours des hystérectomies abdominales. Après une plaie vésicale, la sonde à demeure est laissée en place pendant 8 à 10 jours.

- ✓ **Plaie de l'uretère** [9]; elle est exceptionnelle mais toujours possible au cours de l'hémostase de l'artère utérine, du pédicule lombo-ovarien.
- ✓ **Plaie digestive** [9]; Du grêle, du sigmoïde, ou du rectum, elle est possible au cours de l'hystérectomie rendue difficile par la présence d'adhérences. Lorsque les adhérences sont vélamenteuses, elles peuvent être libérées par les voies naturelles ; en revanche lorsqu'elles sont épaisses, scléreuses et étendues, il faut renoncer à l'hystérectomie vaginale et passer par voie abdominale.
- ✓ **Hémorragie per opératoire** [34]; Leur fréquence varie de 0,7% à 4,9%. La quantité moyenne des saignements au cours des hystérectomies vaginales reste toutefois nettement inférieure à celle observée au cours des hystérectomies abdominales. Le saignement de la tranche vaginale est la première et la dernière manifestation hémorragique de l'opération. Bien que gênant et peu esthétique, il est sans gravité et cesse avec la suture vaginale.

Le lâchage des ligaments utéro-sacrés est de peu d'importance, on en mesure la faible conséquence lorsque les fils sont accidentellement coupés ou arrachés.

Le lâchage des artères utérines est rare. Il faut se garder de mettre des pinces à la volée. Il convient d'aspirer pour identifier l'extrémité ouverte.

Le saignement veineux utérin est moins rare. Issu de l'organe, le saignement de retour peut être contrôlé par une pince provisoire ou négligé si l'opération est susceptible d'être terminée rapidement.

Le saignement du pédicule utéro-ovarien après hystérectomie conservatrice est repris par clampage et ligature. Le saignement du pédicule lombo-ovarien après annexectomie vaginale est de traitement plus délicat.

VIII.2. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

✓ Hémorragies post-opératoires [9]

Ce sont des hémorragies survenant dans les premières 24 heures post-opératoires :

- hémorragie vaginale ; un saignement significatif peut provenir de la tranche vaginale ou du foyer opératoire;
- hémorragie interne aiguë ; un état de collapsus avec anémie aiguë sans hémorragie extériorisée impose un retour au bloc opératoire ;
- hématome ; révélé par une anémie inexplicée, par des douleurs, une hyperthermie modérée, par des signes de compression ou par une ecchymose tardive périnéale ou supra pubienne.

✓ Complications infectieuses [34]

La règle de l'antibioprophylaxie et de ses bénéfices n'est plus à démontrer. Dans toutes les séries récentes où cette antibioprophylaxie a été mise en œuvre, la morbidité infectieuse des hystérectomies vaginales n'est pas supérieure à celle des hystérectomies abdominales.

Les infections urinaires sont les plus fréquentes, elles sont le plus souvent asymptomatiques.

✓ Complications digestives [34,59]

Elles sont à type d'occlusion mais sont exceptionnelles de même que les fistules recto-vaginales. Des cas de fistules péritonéo-vaginales post-hystérectomie ont

été rapportés dans la littérature. Cette complication peut se révéler par un écoulement séreux vaginal persistant, apparaissant quelques mois après une hystérectomie, pouvant être confondu avec une incontinence urinaire ; des métrorragies, souvent post-coïtales ; des douleurs pelviennes, une dyspareunie, un pneumopéritoine, typiquement récidivant d'apparition post-coïtale ou une grossesse extra-utérine, tubaire ou abdominale.

✓ **Complications urinaires [34]**

Il s'agit d'infections urinaires liées à la sonde et aux rétentions d'urines. Le retard à l'apparition d'une miction normale est exceptionnel lors des hystérectomies simples mais lorsqu'un geste pour traiter une incontinence urinaire a été effectué, il serait de l'ordre de 25 à 50% selon les statistiques. En cas de résidu post- mictionnel supérieur à 100cc après ablation de la sonde à demeure, on remet habituellement une sonde pendant 24 à 48 heures.

✓ **Complications thrombo-emboliques [34]**

Elles sont rares, encore moins fréquentes qu'après les hystérectomies abdominales. Cette morbidité plus faible résulte d'une moindre importance des saignements au cours de l'hystérectomie vaginale et de l'absence de douleurs pariétales qui permet une mobilisation de la malade plus intensive qu'après les hystérectomies abdominales.

✓ **Mortalité [34]**

Après une hystérectomie pour lésion bénigne, la mortalité est très basse, et elle est peu différente de celle observée dans les hystérectomies abdominales.

DEUXIEME PARTIE :

NOTRE ETUDE

I. CADRE D'ETUDE

I.1. SITE

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé Roi Baudouin (CSRB) de Guédiawaye, distant environs de dix sept kilomètres de Dakar centre. Ce centre est situé dans la partie nord de Guédiawaye où il constitue Le centre gynécologique et d'obstétrical de référence du district sanitaire lequel appartient au département de même nom.

Ce district est limité au nord par l'océan atlantique, au Sud et à l'Est par le district de Pikine, à l'Ouest par les districts Nord et Centre. Le district sanitaire de Guédiawaye couvre une population de 287323 habitants et dispose de 12 postes de santé.

Le CSRB de Guédiawaye, fruit de la coopération Sénégal-Belge a été inauguré en 1984. Il a pour vocation la prise en charge adéquate des problèmes prioritaires de la commune en matière de santé. Le CSRB dispose d'une maternité chirurgicale qui était la première du Sénégal, avec une moyenne de 5300 accouchements par an.

Il a été érigé en Etablissement Public de Santé (EPS) de niveau 1 en février 2011.



Figure 14 : Région de Dakar, situation de la commune de Guédiawaye [60]

I.2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-SANTITAIRE

La ville de Guédiawaye est une cité dortoir pour une frange active de la population constituée de petits commerçants « banabanas », d'agriculteurs (zone des Niayes), de pêcheurs, d'ouvriers, d'agents des secteurs publics et ou privés. Sa population est estimée à un million d'habitants, avec un taux d'accroissement annuel très important (5%). Elle est essentiellement constituée de jeunes ; 54% de la population a moins de 20 ans.

I.3. MISSION

Le C.S.R.B. de Guédiawaye fruit de la coopération Sénégal Belge a été inauguré en 1984 ; il a pour vocation la prise en charge adéquate des problèmes prioritaires de la commune en matière de santé. C'est la raison pour laquelle le centre dans ses activités de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies en vue de la préservation de la santé des populations, s'est fixé les objectifs suivants pour une durée de 10 ans à savoir :

- la réduction de la mortalité maternelle en deçà de 5% en réduisant les facteurs de risques liés à la grossesse,
- la réduction de la mortalité infanto juvénile de 25,
- l'amélioration de façon significative du dépistage, de la prise en charge et du traitement des affections les plus courantes recensées dans le district (paludisme, parasitose, diarrhée, fièvre, affection respiratoire aigue ou chronique).

Pour rendre ces objectifs opérationnels, le centre dispose d'infrastructures adéquates qui permettent d'asseoir :

- ✓ la santé maternelle et infantile (S.M.I.), de même que la planification familiale (P.F),
- ✓ la consultation prénatale (C.P.N) et la maternité (accouchement, suites de couches),
- ✓ les urgences médicales,
- ✓ le programme élargi de vaccination (P.E.V.) et la nutrition infantile,
- ✓ les examens de laboratoire et les examens radiologiques en vue du dépistage et du diagnostic précoce des maladies,
- ✓ Les soins obstétricaux d'urgences y sont devenus disponibles et permanents 24h/24 depuis Janvier 1997.

I.4. PERSONNEL DU CENTRE

Tableau II : Répartition du personnel selon la catégorie professionnelle et l'employeur

Profession	Etat	Municipalité	Personnel communautaire
Médecin	8	0	0
Pharmacien	1	0	0
Technicien de santé	6	0	0
Sage-femme	21	0	0
Infirmier d'état	9		0
Infirmier breveté	9	0	0
Aide soignant	2	5	0
Matrone et Garçons de salle	7	1	30
Assistant Social	2	0	0
Manœuvre	2	0	0
Gestionnaire	1	0	1
Comptable	1	0	0
Agent administratif	4	0	0
Gérant	1	0	1

I.5. INFRASTRUCTURES SANITAIRES DU CENTRE

Le C.S.R.B. comprend différentes unités ou services dont :

- un service administratif,
- une polyclinique qui regroupe :
 - ❖ une subdivision de soins,
 - ❖ une salle de consultations adultes,
 - ❖ une salle de consultation enfants,
 - ❖ un cabinet de vaccination et de pesée,
 - ❖ un service de pédiatrie (incluant une hospitalisation pour enfant),
 - ❖ une unité avec des salles réservées à l'hospitalisation des adultes,
 - ❖ une maternité avec des suites de couches,
 - ❖ un service de planification familiale,
 - ❖ un laboratoire d'analyses médicales,
 - ❖ une unité de consultations prénatales,
 - ❖ un service de ré-nutrition et de réhydratation par voie orale (nutrition infantile),
 - ❖ une morgue qui dispose de chambre froide,
 - ❖ un service de maintenance,
 - ❖ une pharmacie centrale et les postes de vente qui lui sont rattachés,
 - ❖ une cuisine et une buanderie.

I.6. PRESENTATION DE LA MATERNITE DU CENTRE (C.S.R.B)

Crée en 1984, elle a été érigée en maternité de référence à activité chirurgicale.

I.6.1. INFRASTRUCTURES

Au moment de notre étude, le service de Gynécologie-Obstétrique du centre de santé Roi Baudouin comportait 5 unités :

- une salle d'accouchement avec :
 - sept lits de travail,
 - sept tables d'accouchements,
 - une salle de garde, et
 - une table de réanimation pour nouveau-né ;
- une unité d'hospitalisation composée de 43 lits répartis comme suit :
 - une salle de 6 lits destinée aux femmes présentant une grossesse pathologique (Gp),
 - deux salles de 19 lits réservées aux patientes opérées,
 - deux salles de 16 lits réservées aux femmes en suites de couches normales (10 lits) et pathologiques (6 lits), et
 - deux cabines de 2 lits chacune ;
- une salle d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) avec :
 - une table d'examen comportant des étriers, et
 - deux lits ;

- une unité de consultations externes avec :
 - quatre box de consultation gynécologique,
 - deux box réservés au suivi prénatal et à la planification familiale, et
 - une salle d'écographie ;
- le bloc opératoire disposait de 3 salles d'intervention réparties comme suit :
 - une salle pour les urgences gynécologiques et obstétricales,
 - une salle pour le programme opératoire, et
 - une salle réservée aux activités chirurgicales mineures.

En outre, le bloc opératoire abrite en son sein une salle de cinq lits destinée aux patientes récemment opérées avant leur transfert en unité d'hospitalisation.

Les autres locaux disponibles sont :

- ❖ le bureau du Médecin-Chef,
- ❖ le bureau du deuxième Gynécologue,
- ❖ le bureau du Gynécologue associé,
- ❖ le bureau de la secrétaire,
- ❖ une salle d'attente,
- ❖ le bureau de la maîtresse sage femme,
- ❖ le bureau de la sage-femme responsable du service de P.F.,
- ❖ une salle d'insertion d'implants progestatifs,
- ❖ une salle de counseling,
- ❖ une salle d'Information Education Communication (I.E.C.).

I.6.2. RESSOURCES HUMAINES

Au moment de notre étude, le service de Gynécologie et d'obstétrique comptait :

- un professeur Agrégé en Gynécologie-Obstétrique,
- trois praticiens hospitaliers en gynécologie-Obstétrique,
- deux internes des hôpitaux,
- huit médecins inscrits au diplôme d'études Spéciales de Gynécologie-Obstétrique qui constituent un personnel non permanent,
- dix-sept Sages Femmes d'Etat,
- trois techniciens Supérieurs en Anesthésies et Réanimation (TSAR),
- un infirmier diplômé d'Etat,
- deux infirmiers brevetés,
- douze aides-infirmières, et



- sept agents de santé communautaire(ASC).

Photo6 : centre de santé Roi Baudouin de guédiawaye

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée à la maternité du centre de santé Roi Baudouin portant sur 219 cas d'hystérectomie par voie vaginale sans prolapsus associé, recensés de la période allant de Janvier 2006 au 30 octobre 2013.

II.2. CRITERES D'INCLUSION

Toutes les femmes ayant eu une hystérectomie par voie vaginale sans prolapsus génital associé durant la période d'étude étaient incluses dans notre étude. Le consentement éclairé de ces patientes était aussi recueilli.

II.3. CRITERES D'EXCLUSION

Les femmes ayant eu une hystérectomie dans le cadre d'un prolapsus, ou par voie haute, ou opérée en dehors de la période d'étude étaient exclues de l'étude.

II.4. PARAMETRES ETUDIES

Les paramètres étudiés concernaient les caractéristiques socio-démographiques (âge, adresse, situation matrimoniale, niveau d'étude), les antécédents gynéco-obstétricaux, les données cliniques et paracliniques, les complications per et

post-opératoires, la durée d'hospitalisation, les résultats de l'examen anatomopathologique.

II.5. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSE

Le recueil des données était réalisé à partir des dossiers médicaux, des rapports de bloc opératoire, des comptes rendus opératoires, des registres d'anesthésie et des comptes rendus d'examen anatomopathologiques.

La saisie informatique et l'analyse étaient réalisées par le logiciel EPI-INFO version 6.

III. RESULTATS

III.1. AGE

L'âge moyen de nos patientes était de 51 ans avec des extrêmes de 38 et 67 ans. Plus de la moitié des patientes avaient au moins 50 ans (56,4 %).

Les femmes d'âge ≤ 40 ans ne représentaient que 4,5 % des cas.

Tableau III : Répartition des patientes selon leur tranche d'âge

AGE (ANS)	NOMBRE	POURCENTAGE %
≤ 40	10	4,5
41 – 45	46	21
46 – 49	40	18,1
≥ 50	123	56,4
TOTAL	219	100

III.2. ADRESSE

Près de la moitié des patientes (49%) habitaient la banlieue dakaroise. Une femme sur trois venait de la ville de Dakar ; celles habitant les régions ne représentaient que 16% des cas.

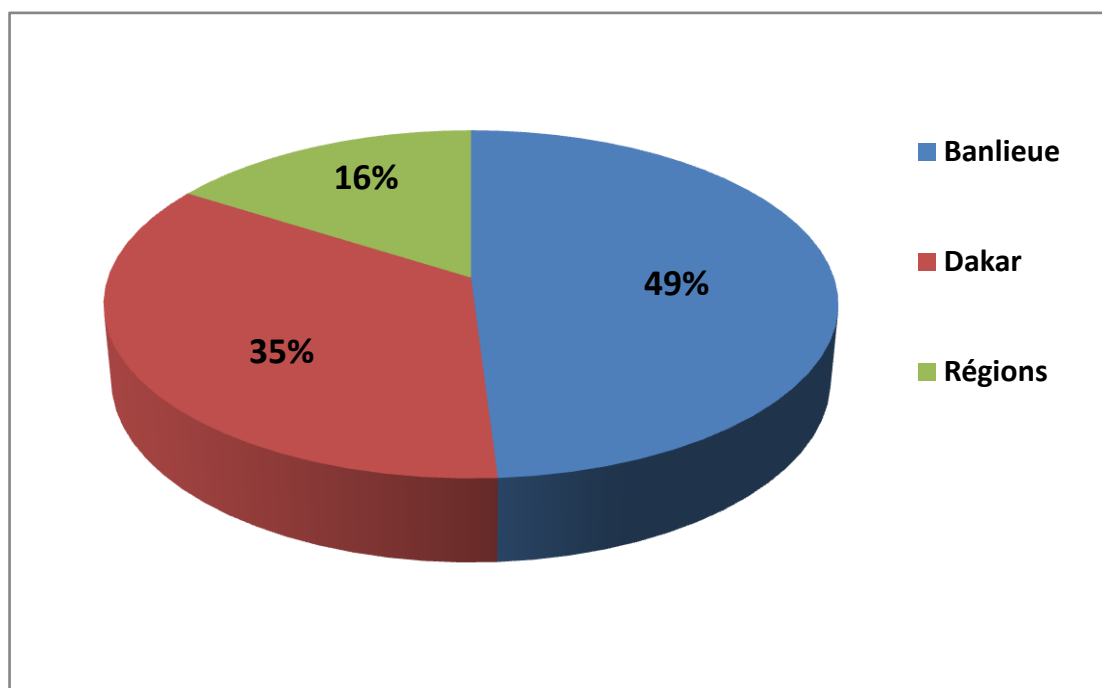


Figure 15 : Répartition des patientes selon leur adresse

III.3. SITUATION MATRIMONIALE

Plus de 7 femmes sur 10 était mariées (71 %), les célibataires représentaient 4 % des cas. Les veuves et les divorcées constituaient 25 % des patientes.

III.4. ACTIVITES PROFESSIONNELLES

La plupart de nos patientes étaient sans profession (68 %). Les patientes ayant une profession libérale représentaient 18 % des cas et les salariées 14 % des cas.

III.5. ANTECEDENTS

III.5.1. Gynécologiques

La majorité de nos patientes étaient en période d'activité génitale (55 %) contre 45 % de femmes ménopausées. La presque totalité des femmes n'étaient pas sous contraception (81%).

III.5.2. Obstétricaux

III.5.2.1. Gestité

La gestité moyenne était de 5 avec des extrêmes de 0 et 14. La moitié des patientes étaient des multigestes (50 %), suivis par les secondigestes (31%) et primigestes (14,5%). Les nulligestes ne représentaient que 4,6% des cas.

Tableau IV : Répartition des patientes selon leur gestité

GESTITE	NOMBRE	POURCENTAGE %
Nulligestes (0)	10	4,6
Primigestes (I)	32	14,5
Secondigestes (II-III)	68	31
Multigestes (\geq IV)	109	50
TOTAL	219	100

III.5.2.2. Parité

La parité moyenne était de 5 avec des extrêmes de 0 et 12. Les multipares étaient majoritaires (47 %) suivi des paucipares (29 %) et des primipares (17 %). Les nullipares ne représentaient que 7 % des cas.

Tableau V : Répartition des patientes selon leur parité

PARITE	NOMBRE	POURCENTAGE %
Nullipares (0)	15	7
Primipares (1)	37	17
Paucipares (II-III)	64	29
Multipares (\geq IV)	103	47
TOTAL	219	100

III.5.2.3. Chirurgicaux

Une femme sur dix avait eu une chirurgie pelvienne ; césarienne, ou myomectomie (11 %).

III.6. DIAGNOSTIC

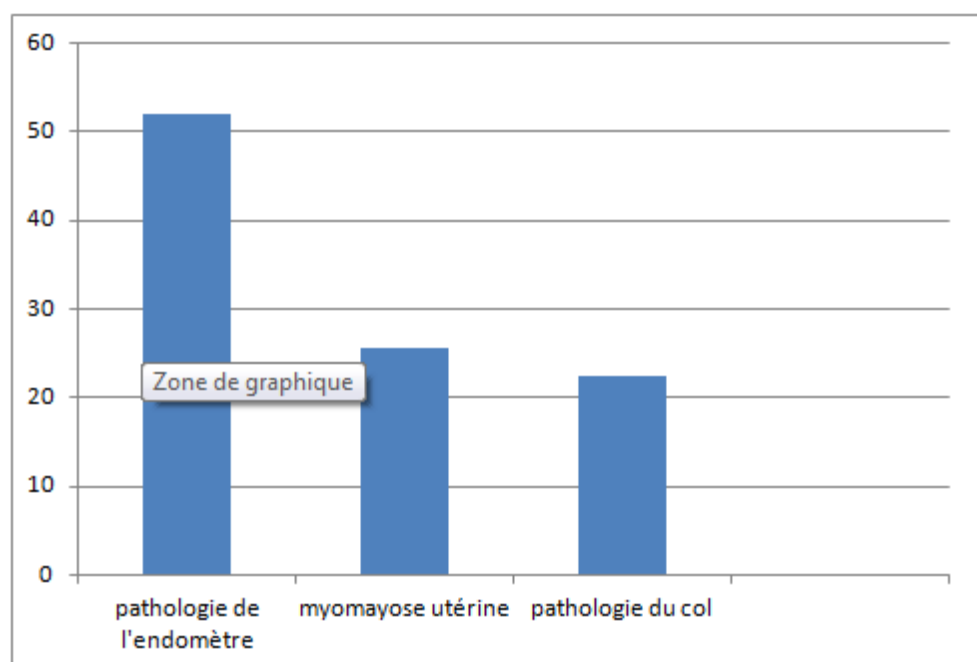


Figure 16 : Répartition des patientes en fonction de l'indication d'hystérectomie

Les ménométrorragies constituaient le motif de consultation le plus rencontré.

L'échographie pelvienne associée ou non à l'hystérosonographie était faite en cas de ménométrorragies ou de suspicion de myomatose utérine dans 56 % des cas. Le frottis cervico-vaginal avait été fait dans majorité des cas (94%).

La colposcopie a été réalisée dans 48 % des cas.

Les pathologies de l'endomètre (polype endocavitaire, hyperplasie de l'endomètre) dominaient les indications de l'hystérectomie par voie basse (52%), suivi de la myomatose utérine (25,5 %) des cas. Enfin, les pathologies du col de l'utérus (CIN2 ou 3, polype accouché par le col) représentait (22,5%) des indications d'hystérectomie par voie basse.

III.7. TYPE D'INTERVENTION

L'hystérectomie interannexielle avec conservation des annexes, si elles sont saines macroscopiquement, était faite chez les patientes de moins de 49 ans.

Les patientes ménopausées, ou en péri ménopause, ou de plus de 50 ans avaient eu une hystérectomie totale plus annexectomie bilatérale.

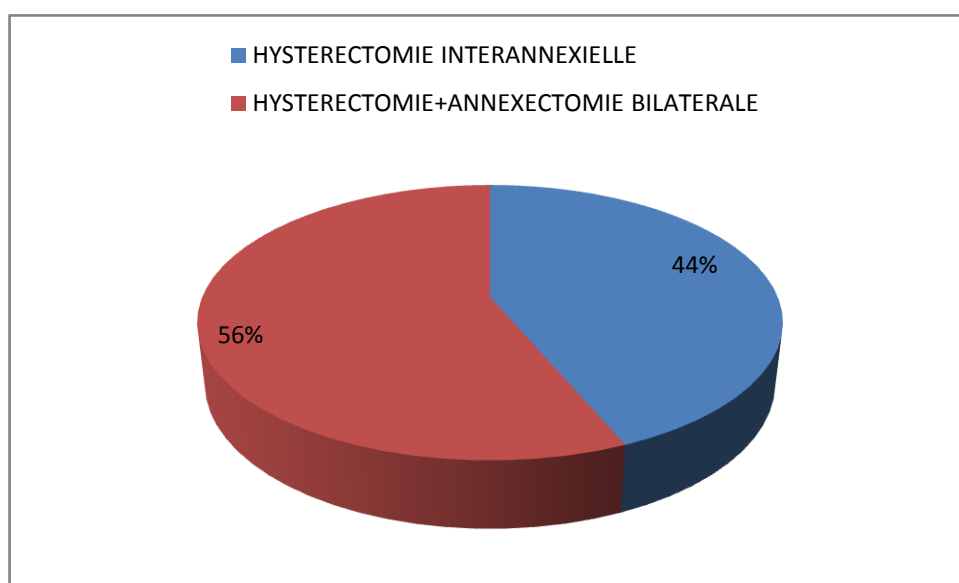


Figure 17 : Répartition des patientes selon le type d'intervention

III.8. COMPLICATIONS PER ET POST-OPERATOIRES

Une patiente avait nécessité une conversion en laparotomie du fait des adhérences pelviennes liées à un pelvis multicatriciel (0,9 %).

Dans 4,2% des cas, les patientes ont été transfusées suite à une hémorragie peropératoire (saignement de la tranche vaginale).

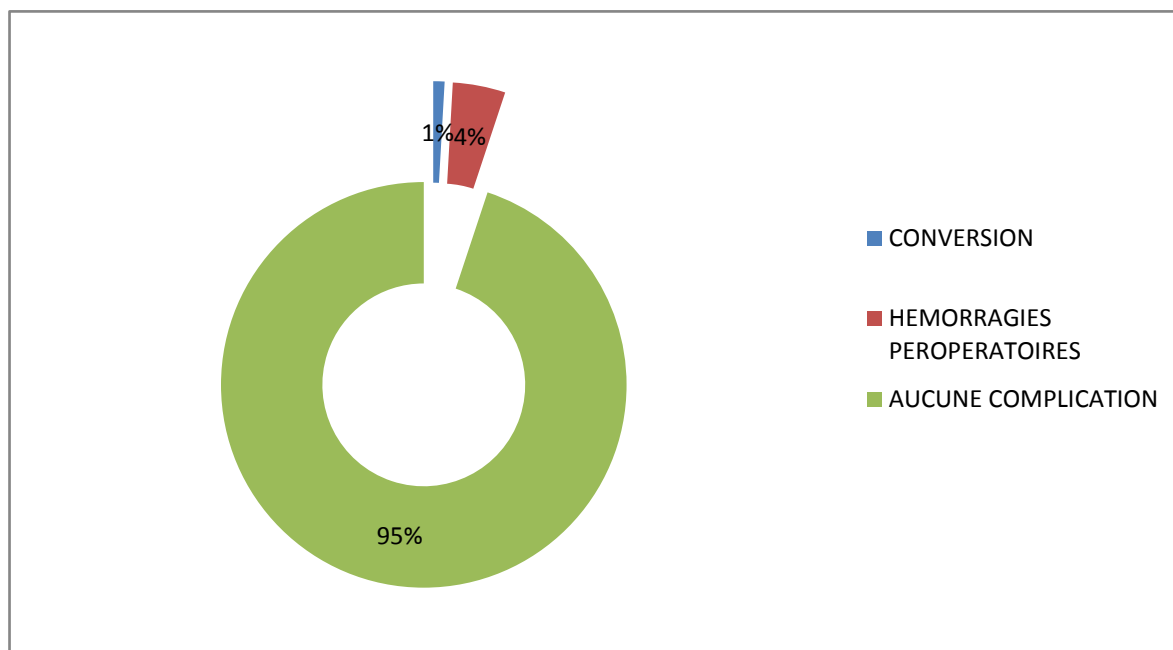


Figure 18 : Répartition des patientes en fonction des complications per opératoires

III.9. SUITES POST-OPERATOIRES

Les suites opératoires avaient été simples dans tous les cas. La durée d'hospitalisation était de 3 à 4 jours.

L'examen anatomo-pathologique était réalisé dans 96,5% des cas. Il révélait qu'il s'agissait d'une lésion bénigne sauf dans un cas où on retrouvait un adénocarcinome de l'endomètre.

IV. DISCUSSION

IV.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

IV.1.1. FREQUENCE

L'hystérectomie vaginale représentait 45% de l'ensemble des hystérectomies gynécologiques effectuées durant la période de notre étude, ce taux était supérieur à ceux retrouvés par Pither (41%) à Libreville [47] et par Diallo (13.7%) à la CGO en 2005 [21], mais inférieur aux taux de 50-80% rapportés par Kalinkov[28], aux 61% rapportés par Pither toujours à Libreville entre mars 2006 et novembre 2010[44]. Un taux de 70% d'hystérectomie vaginale sur utérus non prolabé est un objectif pour un service de Gynécologie selon Cravello [13].

Dans notre contexte élargir les indications serait un moyen pour y parvenir.

IV.1.2. AGE

L'âge moyen de nos patientes était de 51 ans, et plus de la moitié de celles ci avaient au moins 50ans. Notre âge moyen était superposable à celui rapporté par Cravello à Marseille [13] et par Pither à Libreville [47]. A la cinquantaine d'année révolue, l'atrophie des organes génitaux associés à la multiparité peuvent faciliter l'intervention. Cependant quand la ménopause est bien installée, il est nécessaire de faire une préparation oestrogénique locale préalable surtout chez la nullipare.

IV.1.3. ADRESSE

Près de la moitié des patientes habitaient la banlieue dakaroise, le centre de santé Roi Baudouin est le point focal de référence pour la Gynécologie et l'Obstétrique du district de Guédiawaye. Le centre prend en charge de plus en plus de patientes provenant hors du district de Guediawaye depuis la fermeture de la CGO pour réfection en août 2005.

IV.1.4. SITUATION MATRIMONIALE ET NIVEAU DE REVENU

Plus de 71% de nos patientes étaient mariées, et 68% d'entre elles étaient sans profession. Le coût de l'intervention repose exclusivement sur les ressources du ménage.

Quelque soit la voie d'abord, le coût de l'hystérectomie reste le même au CSRB, l'économie est faite ici par rapport à la durée d'hospitalisation qui est moindre dans les cas d'hystérectomie vaginale.

Plusieurs études dont certaines prospectives, ont comparé les prix de revient des différentes hystérectomies selon les voies d'abord utilisées. Elles ont pris en compte les durées d'interventions, d'hospitalisation et de convalescence ; l'intervention la moins chère est l'hystérectomie vaginale [19,53].

IV.2. ANTECEDENTS

IV.2.1. GYNECOLOGIQUES

La majorité de nos patientes étaient en période d'activité génitale (55%), contre 45% de femmes ménopausées. Nos résultats contrastent avec ceux de Cravello [13] qui retrouve un taux de 19.9% de femmes ménopausées dans leur série, malgré la même moyenne d'âge. Ceci peut s'expliquer par une consultation tardive dans nos pays en voie de développement, et par le comportement pronataliste de la femme sénégalaise.

IV.2.2. OBSTETRICaux

La gestité et la parité moyenne étaient de 5. Une patiente sur deux (50%) était multigeste. Les multipares représentaient près de la moitié des patientes (47%). Notre parité moyenne était superposable à celles rapportées par Fouelifack à Yaoundé [26], à celle de Pither au Gabon [46] et à celle de Dossou à Kandi au Bénin [22] qui retrouvent respectivement une parité de 4, 5 et de 5,7 ; mais

diffère des chiffres européens de 2,1 enfants par patiente comme rapportés par Switala [54] et Martin [38].

La multiparité favorise la réalisation de l'hystérectomie par voie basse en améliorant la trophicité tissulaire.

Les nullipares représentaient 8% de nos patientes, taux inférieur à celui rapporté par Switala (14.3%) [54]. La nulliparité n'est plus considérée comme une contre indication de la voie vaginale si l'examen de la patiente est favorable à la voie basse [33].

IV.2.3. CHIRURGICAUX

Dans 11% des cas, les patientes avaient des antécédents de chirurgie pelvienne (césarienne ou myomectomie). Ce taux est inférieur à celui rencontré dans les séries de Cosson (20,2%) [11], de Pither (19,56%) [46] et de Theobald (41%) [55].

Dans tous les cas l'antécédent de césarienne ne représente pas une contre indication à la voie basse [5, 52, 56], il augmente le risque de plaie de la vessie, mais la mobilité de l'utérus apprécié après anesthésie générale rassure le chirurgien qui doit être attentif lors de la dissection de l'espace vésico utérin et lors de l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur [5].

IV.3. DIAGNOSTIC

IV.3.1. MOTIF DE CONSULTATION

Le premier motif de consultation de notre étude était les ménométrorragies. Il en était de même dans la série de Théobald (84%) [55] et dans celle de Renaudie [49]. Les indications d'hystérectomie dans ces deux études étant similaires aux nôtres.

IV.3.2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le frottis cervico-vaginal avait été fait pour 94% de nos patientes, il avait été effectué également au cours de l'étude de Kouam [32] au Cameroun, précédé dans ce cas par un prélèvement vaginal.

L'échographie pelvienne associée ou non à l'hystérosonographie était faite chez 56% de nos patientes et la colposcopie dans 48%, examens paracliniques qui permettaient de poser le diagnostic de pathologie utérine.

IV.3.3. INDICATIONS D'HYSTERECTOMIE VAGINALE

Les pathologies de l'endomètre (52%) à type de polype endocavitaire, d'hyperplasie de l'endomètre dominaient les indications de l'hystérectomie vaginale dans notre étude. Elles étaient suivies de la myomatose utérine dans 25,5% des cas et en troisième place venaient les pathologies du col de l'utérus (22,5%) à savoir la CIN 2 ou 3, et le polype accouché par le col,

L'ordre des indications est modifié dans l'étude de Fouelifack [26] à Yaoundé où la myomatose utérine reste la première des indications d'hystérectomie suivie par les pathologies cervicale et endométriale. Dans l'étude de Cravello [13] qui incluait les prolapsus génitaux, la myomatose utérine dominait également dans les indications, suivies des pathologies de l'endomètre et enfin des pathologies cervicales non invasives.

El Ghaoui [25] retrouve quant à lui 67,7% d'hystérectomie pour fibromes utérins, il excluait de sa série les cancers génitaux, les troubles de la statique pelvienne et les lésions annexielles ce qui explique sûrement ce biais de sélection.

Le morcellement utérin a été pratiqué pour trois de nos patientes (18,7% des hystérectomies pour myomatose utérine) dont le volume utérin, important à cause des myomes imposait cette technique. Cette technique s'est avérée

également nécessaire chez 37,9% des patientes de l'étude d'El Ghaoui [25] et chez 58% des patientes de l'étude de Pither [46].

IV.4. TYPE D'INTERVENTION

L'hystérectomie vaginale dans notre étude était interannexielle dans 44% des cas en général pour des patientes de moins de 49ans si les annexes étaient macroscopiquement saines. Elle était totale associée à une annexectomie bilatérale dans 56% des cas pour le reste des patientes. Nos résultats diffèrent de ceux de Pither [39] qui a effectué 97% d'hystérectomie interannexielle, et de ceux de Bambara [2] qui n'a effectué d'annexectomie que chez 22% de leurs patientes.

Un consensus s'élève toute fois pour toutes les études car lorsque l'âge de la patiente est supérieur ou égal à 48 ans, les auteurs s'accordent pour associer l'annexectomie au geste opératoire [7, 10, 12,].

IV.5. COMPLICATIONS PER ET POST-OPERATOIRES

Dans notre étude une seule patiente avait nécessité une conversion de la voie vaginale en laparotomie du fait d'un pelvis multicatriciel soit un taux de 0,9%(utérus tricatriciel). Boukerrou [5] retrouve dans sa série un taux de 10,5% toutes les patientes avaient au moins un antécédent de césarienne. Chapron [6] quant à lui retrouve un pourcentage de 0,38% comparable à notre taux de conversion. Pither [46] retrouve un taux de 2,17% dans sa série; ceci apporte de l'intérêt à la voie vaginale coelio-assistée qui permettrait de libérer les adhérences si possible ou au moins de faire le pronostic de l'hystérectomie par voie vaginale.

Nous avons eu à transfuser 4,2% de nos patientes qui ont présenté une hémorragie per opératoire, ce pourcentage est comparable à celui de Théobald

[55] et de De Meeus [18] qui retrouvent respectivement des taux de 5,5% et de 3,9%.

Ce taux est inférieur à celui rapporté par Diallo [21] et par Cravello [13] où les pertes sanguines sont en général négligeables dépassant rarement 1%.

Nous n'avons pas eu de décès maternel lié à l'acte ou aux suites de l'hystérectomie par voie basse. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la mortalité est nulle en cas d'hystérectomie vaginale [4, 6, 14].

IV.6. SUITES OPERATOIRES

IV.6.1. DUREE D'HOSPITALISATION

La durée d'hospitalisation de nos patientes était de 3 jours. Cette durée d'hospitalisation est la même dans la série de Myskry [41]. Elle passe à 5 jours selon le geste opératoire associé ou à l'existence de conversion en laparotomie. Notre durée d'hospitalisation est inférieure à celle rapportée par Cravello (5jours) [13], Diallo (5jours) [21] et Switalla (4jours) [54].

La réduction de la durée d'hospitalisation améliore l'occupation des lits d'hospitalisation, les coûts d'intervention mais surtout diminue le risque d'infections nosocomiales.

IV.6.2. EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

Il était réalisé chez 96,3% de nos patientes et n'a révélé que des lésions bénignes, mais également un cas d'adénocarcinome de l'endomètre référé en cancérologie. L'examen anatomopathologique reste important, il avait été impossible à réaliser par Bambara [2] au Burkina Faso du fait du coût et de l'absence de spécialiste. Sa réalisation devrait être systématique pour toutes les patientes afin de confirmer la bénignité des lésions ou affections.

Nous rejoignons Bambara [2] dans la nécessité de former des spécialistes et des techniciens supérieurs en anatomie pathologique et dans celle de réduire le coût financier pour rendre cette analyse accessible à toutes les patientes.

CONCLUSION

L'hystérectomie vaginale consiste en l'exérèse de l'utérus à travers le vagin.

Les avantages de cette voie sont multiples. Réalisée selon une technique adaptée, elle est facilement transférable dans nos pays en voie de développement. La mortalité et la morbidité sont moindres et le bénéfice esthétique par l'absence de cicatrice visible rend cette voie d'abord attrayante.

L'hystérectomie vaginale est devenue une réalité au centre de santé Roi Baudouin depuis l'année 2005, d'où l'intérêt que nous lui portons.

Notre étude a pour objectif d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostique des patientes afin d'en tirer des recommandations pour sa bonne pratique.

Nous avons mené une étude prospective réalisée à la maternité du centre de santé Roi Baudouin portant sur 219 cas d'hystérectomie par voie vaginale sans prolapsus associé, recensés de la période allant de Janvier 2006 au 30 octobre 2013.

Les femmes ayant eu une hystérectomie dans le cadre d'un prolapsus, ou par voie haute, ou opérée en dehors de la période d'étude étaient exclues de l'étude.

Les paramètres étudiés concernaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, adresse, situation matrimoniale, niveau d'étude), les antécédents gynéco-obstétricaux, les données cliniques et paracliniques, les complications per et postopératoires, la durée d'hospitalisation, les résultats de l'examen anatomo-pathologique.

La saisie informatique et l'analyse étaient réalisées par le logiciel EPI-INFO version 6.

Il ressort de cette étude les résultats suivants.

L'hystérectomie vaginale représentait 45% de l'ensemble des hystérectomies gynécologiques effectuées durant la période de notre étude.

L'âge moyen de nos patientes était de 51 ans avec des extrêmes de 38 et 67 ans. Plus de la moitié des patientes avaient au moins 50 ans (56,4 %).

Près de la moitié des patientes (49%) habitaient la banlieue dakaroise.

Plus de 7 femmes sur 10 était mariées (71 %), les célibataires représentaient 4 % des cas. Les veuves et les divorcées constituaient 25 % des patientes.

La plupart de nos patientes étaient sans profession (68 %).

La majorité de nos patientes étaient en période d'activité génitale (55 %) contre 45 % de femmes ménopausées.

La gestité moyenne était de 5 avec des extrêmes de 0 et 14. La moitié des patientes étaient des multigestes (50 %).

La parité moyenne était de 5 avec des extrêmes de 0 et 12. Les multipares étaient majoritaires (47 %) suivi des paucipares (29 %) et des primipares (17%). Les nullipares ne représentaient que 7 % des cas.

Une femme sur dix avait eu une chirurgie pelvienne à savoir une césarienne, ou une myomectomie (11 %).

Les ménométrorragies constituaient le motif de consultation le plus rencontré.

Le frottis cervico-vaginal avait été fait dans majorité des cas (94%).

Les pathologies de l'endomètre (polype endocavitaire, hyperplasie de l'endomètre) dominaient les indications de l'hystérectomie par voie basse (52%) suivies de la myomatose utérine (25,5%) en fin les pathologies du col de l'utérus (CIN2 ou 3, polype accouché par le col) représentait (22,5%) des indications d'hystérectomies par voie basse .L'hystérectomie interannexielle avec

conservation des annexes, si elles sont saines macroscopiquement, était faite chez les patientes de moins de 49 ans.

Les patientes ménopausées, ou en péri ménopause, ou de plus de 50 ans avaient eu une hystérectomie totale plus annexectomie bilatérale.

Une patiente avait nécessité une conversion en laparotomie du fait des adhérences pelviennes liées à un pelvis multi cicatriciel (0,9 %).

Dans 4,2% des cas, les patientes ont été transfusées suite à une hémorragie peropératoire.

Les suites opératoires avaient été simples dans tous les cas. La durée d'hospitalisation était de 3 à 4 jours. Nous n'avons pas eu de décès lié à l'acte ou aux suites de l'hystérectomie par voie basse.

L'examen anatomo-pathologique était réalisé dans 96,3% des cas. Il révélait qu'il s'agissait d'une lésion bénigne sauf dans un cas où on retrouvait un adénocarcinome de l'endomètre.

Il ressort de notre travail les recommandations suivantes :

- Former les médecins en spécialisation et les praticiens hospitaliers sur l'hystérectomie vaginale dans le cadre de la formation de base et la formation continue,
- Equiper nos structures en matériel spécifique pour l'hystérectomie vaginale,
- Elargir les indications de l'hystérectomie par voie basse aux fibromes utérins et aux pathologies annexielles bénignes,
- promouvoir la technique de ligature par électro fusion dans la pratique de l'hystérectomie vaginale : évaluer ses avantages et son cout,

- Utiliser les techniques de morcellement en cas d'utérus très volumineux notamment : un évidement sous séreux, une hémisection utérine, une myomectomie première, un morcellement en quartiers d'orange.
- Utiliser la cœlioscopie assistée en cas d'antécédents de chirurgie pelvienne, de pathologie annexielle ou de fibromes utérins,
- Rendre accessible financièrement l'hystérectomie vaginale, et les examens anatomopathologiques des pièces opératoires,
- évaluer les répercussions psychosexuels de cette intervention.

RÉFÉRENCES

1. Abauleth R, Yessufu A, Bokossa E et al.

Les hystérectomies à la maternité du CHU de Cocody. Indications et résultats à propos de 108 cas colligés de 2001 à 2002.

Med. Afr. Noire 2005; 52(10): 567-571.

2. Bambara M, Yaro S, Ouattara H et al.

Les hystérectomies dans une maternité de référence en milieu africain; à propos de 385 cas au CHNSS de Bobo-Dioulasso (Burkina –Faso).

Med. Afr. Noire 2007; 54 (7): 402-405.

3. Belaische R.

Rubrique économique : coût de l’hystérectomie abdominale et coelioscopique.

SYNGOFF 1993 ; 14 :14-15.

4. Blanc B, Cravello L, Cohen D Roger V Bretelle F.

Hystérectomie vaginale sur utérus non prolabés.

Bull. Acad. Natle. Med. 183: 107-115.

5. Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P, Crepin G, Cosson M.

L’antécédent de césarienne est un facteur de risque opératoire de l’hystérectomie vaginale.

Gynécol. Obstet. Fertil. 2004; 32 : 490-495.

6. Chapron C., Laforest L., Ansquer Y. et al.

Hysterectomy techniques used for benign pathology: results of a French multicentre study.

Hum. Reprod. 1999; 14: 2464-2470.

7. Chapron C., Dubuisson J B.

L'hystérectomie totale pour pathologie bénigne.

Ann. Chir. 1995; 49(7) : 613-620.

8. Clavé H, Clavé A.

Hystérectomie vaginale mini-invasive avec hémostase par thermo-fusion.

Journal de Chirurgie Viscérale 2011 ; 148 : 214-222.

9. Cosson M, Querleu D, Dargent D.

Chirurgie vaginale, Paris, Masson, 2005: 3-36, 190-197.

10. Cosson M, Querleu D, Crepin C.

Voies d'abord des hystérectomies pour lésions bénignes.

Références en Gynécologie-Obstétrique 1994; 2 : 230-240.

11. Cosson M, Querleu D, Buchet B et al.

Voies d'abord pour hystérectomie sur utérus non prolabé.

Job. Gyn. 1994; 2: 129-137.

12. Cosson M, Querleu D, Subtil D Buchet B, Crepin G.

The feasibility of vaginal hysterectomy .

Eur. J. Obstet. Gynecol. 1996; 64: 95-99.

13. Cravello L, Bretelle F, Cohen Det al.

L'hystérectomie vaginale : à propos d'une série de 1008 interventions.

Gynécol. Obstét. Fertil. 2001 ; 20 : 288-294.

14. Dancoisne P, Abossolo T, Tuailon J et al.

Critères de choix de la voie vaginale lors des hystérectomies pour lésions autres que le cancer invasif.

Rev. Fr. Gynecol. 1994; 89 : 11-14.

15. Dao B, Toure B, Sano D et al.

Hysterectomies in tropical zones: experience of one African maternal health service, 141 cases in Burkina Faso.

Tunis Med. 2001 ; 79(1) : 41-50

16. Dargent D, Rudigoz R D, Audra P.

Répertoire de chirurgie gynécologique par voie vaginale.

Lyon : Ediprim ; 1985

17. Dargent D.

Choix de la voie d'abord, hystérectomies pour pathologies bénignes.

Paris Masson- Williams & Wilkins, 1997: 291-302.

18. De Meeus J B, Body G, Lemseffer J et al.

L'hystérectomie par voie abdominale garde-t-elle toutes ses indications? A propos de 340 observations.

J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1992; 21 : 513-518.

19. Deprest J, Depretere R, Maton F.

A comparison of hospital cost for laparoscopy abdominal and vaginal hysterectomies in Belgium.

2nd European Congress in Gynaecological Endoscopy and New Surgical Techniques: Heidelberg; 1993.

20. Deval B, Rafii A, Samain E, Thouimy M, Levardon M, Darai E.

Etude du morcellement utérin au cours de l'hystérectomie vaginale : à propos d'une série prospective de 216 cas.

Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2002 ; 30 : 850-855

21. Diallo D, Sy M R, Gueye S M K, Moreau J C.

L'hystérectomie par voie vaginale à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU A. Le Dantec

Med. Afr. Noire 2005 ; 52 (6) : 376-378.

22. Dossou F , Tonato-Bagnan J A , Allode A et al.

Indications et voies d'abord des hystérectomies à Kandi (Bénin)

Med. Afr. Noire 2009; 56(8): 425-428.

23. Douay N, Belot F, Bader G, Guyot B, Heitz D, Fauconnier A.

Douleur postopératoire après hystérectomie par voie vaginale selon la méthode d'hémostase utilisée : thermofusion ou suture aux fils.

Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2007 ;35 : 632-636

24. Dubuisson J, Golfier F, Massoud M, Benchaid M, Bryssine B, Raudrant D.

Hystérectomie vaginal par électrofusion : étude sur 96 cas.

Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction 2008 ; 37 : 82-87

25. El Ghaoui A, Parant O, Monrozies X et al.

Hystérectomie vaginale pour fibrome. A propos de 453 cas. Comparaison rétrospective à 509 hystérectomies abdominales.

Ann. Chir. 1999 ; 53(3): 201-205.

26. Fouelifack Y F, Keugoun G B, Fouedjio J H Mboudou E, Doh A S.

Indications et complications des hystérectomies: service de gynécologie « A »
Hôpital Général de Yaoundé.

Med. Afr. Noire 2009; 56(7): 361-364.

27. Graesslin O, Martin-Morille C, Leguillier-Amour M C, Darnaud T, Gonzales N, Bancheri F et al.

Enquête régionale sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie

Gynécol Obstet Fertil 2002; 30 : 474-482.

28. Kalinkov D, Buchholz R.

L'hystérectomie par voie vaginale

Encycl. Med. Chir. Paris, Techniques chirurgicales, Urologie Gynécologie
41650,4.5.07.

29. Kamina P.

Anatomie opératoire Gynécologie & Obstétrique. 2000 Paris, Edition MALOINE : 143-157.

30. Kamina P.

Hystérectomie vaginale, anatomie opératoire. 1984 Paris, Edition MALOINE : 143-157.

31. Kamina P.

Anatomie gynécologique et obstétricale.

4^{ème} édition ; 1982. Paris Edition MALOINE : 133-136.

32. Kouam L, Kamdom M, Ngassa P.

Indications et complications de l'hystérectomie par voie vaginale. Une expérience débutante sur 24 cas au CHU de Yaoundé (Cameroun).

Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1996 ; 91(5) :228-232.

33. Lambaudie E, Ocellie B, Boukerrou M, Crepin M, Cosson M.

Hystérectomie vaginale et nulliparité : indications et limites.

J. Gynecol. Obstet Biol Reprod 2001; 30: 325-330.

34. Lansac J, Body G, Magnin G.

La pratique chirurgicale en Gynécologie-Obstétrique. Paris Masson 2004; 310-332.

35. Lopes P, Besse O, Laurant F X, Mensier A.

Les complications des hystérectomies.

Rev. Gynécol. Obstet. 1994; 2 : 150-157.

36. Magnin G.

Hystérectomie conservatrice ou avec annexectomie.

Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1994; 8 : 18-21.

37. Magos A, Bournas N, Sinha R.

Vaginal hysterectomy for the large uterus.

British Journal of Obstetrics and Gynaecology March 1996; 103 (3): 246-251

38. Martin X, Gjata A, Golfier F Raudrant D.

Hystérectomie pour lésions bénignes : peut-on tout faire par la voie vaginale ?

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1999; 28 : 124-130.

39. Mayi-Tsonga S, Pither S, Ogowet N.

L'hystérectomie vaginale au CHU de Libreville, expérience débutante. A propos de 60 cas.

Med. Afr. Noire 2003; 50(4) : 149-154.

40. Monnier J C, Dognin C, Ohadi A et al.

L'hystérectomie vaginale: à propos d'une série rétrospective et comparative de 154 observations;

J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1991; 20 : 295.

41. Myskry T, Magos A.

Randomized, prospective, double-blind comparison of abdominal and vaginal hysterectomy in women without vaginal prolapsed.

Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 2003; 82(4): 351-358.

42. Nezhat C, Bess O, Admon D.

Hospital cost comparison between abdominal vaginal and laparoscopic assisted vaginal hysterectomies.

Obstet. Gynecol. 1994; 83: 713-716.

43. Perineau M, Monrozies X, Reme J M.

Complications des hystérectomies.

Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1992; 87 : 120-125.

44. Peter J, Boisselier P, Guittila E.

Hystérectomie vaginale sur utérus non prolabé

J Gynecology. Obstet. Biol. Reprod 1987; 16:925-934.

45. Pither S, Bayonne Manou L S, Mandji Lawson J M, Tchantchou T D D, Tchoua R, Ponties J P.

Les voies d'abord de l'hystérectomie étude d'une série de 78 cas (mars 2006 novembre 2010)

Santé 2011 ; 22 : 79-81.

46. Pither S, Mandji Lawson J M, Bayonne Manou L S, Tchantchou T, Ogowet Igumu N, Tchoua R, Kasia J M.

Hystérectomie vaginale pour fibrome utérin en milieu africain

Journal la SAGO, 2010; vol.11, no1:11-16.

47. Pither S, Mayi Tsonga S, Bayonne M et al

Hystérectomie vaginale à Libreville; expérience sur les 100 premiers cas au Centre Hospitalier de Libreville.

Med. Afr. Noire 2007 ; 54(4) : 221-225.

48. Recamier J C A.

Observation d'un fungus de la matrice guéri par l'extirpation de cet organe à l'aide de ligature.

Rev. Med. Fr. Etr. 1825 ; 4 : 39.

49. Renaudie J, Eyraud J P, Piver P Baudet J H.

Hystérectomie par voie basse sur utérus non prolabé.

Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1992; 87 (4) : 193.

50. Rouviere H, Delmas A.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle ; Paris Masson (2) : 597-621.

51. Selwod T. Wood C:

Incidence of hysterectomy in Australia. Med. J. Aust; 1978, 2: 201-204.

52. Sheth S S, Malpni A N.

Vaginal hysterectomy following previous cesarean section.

Int. J. Gynaecol. Obstet. 1995; 50: 165-169.

53. Summit R L, Stowall T G, Lipscomb H.

Randomized comparison of laparoscopy assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in out patient setting.

Obstet. Gynecol. 1992; 80: 895-901.

54. Switala I, Cosson M, Lanvin D Querleu D, Crepin G.

L'hystérectomie vaginale a-t-elle un intérêt pour les gros utérus de plus de 500g ? Comparaison avec la laparotomie.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1998; 27: 585-592.

55. Theobald P V, Grosdemouge I.

Hystérectomie vaginale: Technique opératoire "Caennaise"

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2002; 31: 589-596.

56. Unger J B, Meeks G R.

Vaginal hysterectomy in women with a history of previous cesarean delivery.

Am. J. Obstet. Gynecol. 1998; 179: 1473-1478.

57. Vessey M P, Villard L, MC Pherson K, Coulter A, Yeates D.

The epidemiology of hysterectomy findings in a large cohort study.

Br. J. Obstet. Gynaecol. 1992; 99 : 402-407.

58. Von Theobald P.

Technique simplifiée de l'hystérectomie vaginale

J. Chir2001;138:93-98.

59. Zafrani Y, Chauvet M P, Ocelli B, Crépin G, Cosson M.

Fistule péritonéovaginale après hystérectomie vaginale

Annales de chirurgie 2003 ;128 : 185-187

60. www.senegal.com 2013

ANNEXES

**EPIDEMIOLOGIE, INDICATION ET PRONOSTIC DE
L'HYSTERECTOMIE PAR VOIE BASSE AU CENTRE DE SANTE ROI
BAUDOUIN**

ETAT CIVIL

N° Dossier

N° Ordre

Age :

Parité :

Profession :

Adresse :

Dakar

Banlieue

Région

Situation matrimoniale :

Célibataire

Mariée

Divorcée

Niveau d'études :

Primaire

Secondaire

Supérieur

Alphabétisée

Revenu :

Faible

Moyen

Elevé

ANTECEDENTS

Gynécologiques :

Cycle menstruel : Régulier

Irrégulier

Aménorrhée

Ménopause

Infections génitales à répétitions

Contraception : Oui

Préciser.....

Non

Autres pathologies

Si Oui

préciser.....

...

Obstétricaux :

1. Gestité

2. Parité

Nombre d'enfants vivants :

Intervalle intergénésiq. < 2 ans : Oui

Non

Antécédents de môle : Oui

Non

Médicaux :

Anémie : Oui

Non

Autres pathologies

Si oui préciser

Chirurgicaux :

Abdomen :	Oui	Indication
	Non	
Pelvis :	Oui	Indication
	Non	

EXAMEN A L'ENTREE

Référence :	Oui	Non	SI oui structure
Poids :		kg	Taille cm
TA :		/ mm Hg	
Température : C°		
Pouls.....	/ min		
Abdomen : Taille l'utérus :	1 Normal		
	2 Anormal		
Abdomen : Si anormal	Préciser		cm
Autre Masse abdominale :	Oui		
Taille.....			
	Non		
Examen au spéculum :	Non fait	Fait	
	Lésion cervico-vaginale		
Préciser.....			
	Prélèvement		Non fait
Toucher vaginal :	Non fait		Fait
	1 Normal		
	2 Anormal		Taille
Forme			
Sensibilité.....			
Masse annexielle :	Oui	Non	Si oui
préciser.....			
Examen des autres appareils			
.....			

.....

DIAGNOSTIC

.....
.....

HYSTERECTOMIE

Indication :
.....

Délai d'intervention :

Type d'anesthésie : AG RA

Durée de l'intervention en
minutes :mn

Pertes sanguines : 1 Normal 2 Normal

Transfusion sanguine : Oui Non

Complication préopératoires : Oui
Si oui

préciser.....

Hémorragies

Lâchage

Suppuration

Complication anesthésique

Plaies urinaires

Plaie digestive

Autres

Préciser.....

EVOLUTION

Favorable

Oui

Non

Durée d'hospitalisation

Jours.....

Décès

Délai de

survenue.....

Sortie

Domicile

Transfert

Si transfert préciser structure

Devenir.....

Anatomie pathologie

Oui

Non

Si oui

résultats.....

RESUME

L'hystérectomie vaginale consiste en l'exérèse de l'utérus à travers le vagin. Elle a fait l'objet de notre étude prospective au centre hospitalier Roi Baudouin de Guédiawaye (Dakar-Sénégal), durant la période allant de janvier 2006 au 30 octobre 2013. Elle a porté sur 219 cas d'hystérectomie par voie vaginale sans prolapsus associé. Notre étude a pour objectif d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostique des patientes. L'âge moyen de nos patientes était de 55 ans. Plus de la moitié des patientes avaient au moins 50 ans (56,4%). Plus de la moitié des patientes étaient mariées (71%). Les célibataires (4%), les veuves et les divorcées (25%). La plupart étaient sans profession (68%). La majorité de nos patientes étaient en période d'activité génitale (55%). La gestité moyenne était de 5.

Une femme sur dix avait eu une chirurgie pelvienne. Prés de la moitié des patientes habitaient la banlieue dakaroise (49%). Les ménométrorragies constituaient le motif de consultation le plus rencontré. Le frottis cervico-vaginal avait été fait dans la majorité des cas (94%). Les pathologies de l'endomètre dominaient les indications avec 52%, suivies de la myomatose utérine 25,5% et en fin les pathologies du col avec 22,5%.

Chez 4,2% des patientes la transfusion avait été faite suite à une hémorragie per-opératoire. Une patiente avait nécessité une conversion en laparotomie du fait des adhérences pelviennes et un seul cas d'adénocarcinome de l'endomètre avait été retrouvé après réalisation de l'examen anatomopathologique chez 96,3% de patientes. Les suites opératoires étaient simples dans tout les cas et aucun cas de décès n'avait été enregistré.

La formation des médecins en spécialité, l'équipement des structures en matériel spécifique, l'élargissement des indications et l'accessibilité financière sont nécessaire pour la bonne diffusion de cette technique très avantageuse

MOTS CLÉS : Hystérectomies voies basses, utérus non prolabé, pathologie utérine bénigne, pronostic.