

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
Thèse de Doctorat en Médecine.....	1
B- ENSEIGNANTS PERMANENTS.....	4
DEPARTEMENT BIOLOGIE.....	4
DEPARTEMENT CHIRURGIE.....	4
DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES.....	4
DEPARTEMENT MERE- ENFANT.....	4
DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE.....	4
DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES.....	4
DEPARTEMENT TETE ET COU.....	4
DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES.....	5
DEPARTEMENT MERE ET ENFANT.....	5
DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE.....	5
DEPARTEMENT TETE ET COU.....	5
DEPARTEMENT MERE ET ENFANT.....	5
DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE.....	5
DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES.....	5
DEPARTEMENT TETE ET COU.....	5
Monsieur Le Professeur RAJAONARIVELO Paul.....	11
A TOUS LES MEDECINS ET ENCADREURS DE STAGES HOSPITALIERS..	11
A TOUS LES PERSONNELS ADMINISTRATIFS DE LA FACULTE DE MEDECINE	11
A TOUS LES MEDECINS ET PERSONNELS DU CHD II DE MORAMANGA	11
Nos remerciements pour vos enseignements et encadrements.....	11
SOMMAIRE.....	12
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :	
 Revue de la litteture sur L'APPAREIL GENITAL	
 DE LA FEMME ET LA TECHNIQUE OPERATOIRE.....	3
 I. RAPPELS.....	4
1. HISTORIQUE.....	4
2. ANATOMIE DE L'APPAREIL GENITAL CHEZ LA FEMME.....	4
2.1. L'utérus (15).....	4
2.1.1. Situation de l'utérus dans le pelvis.....	5
2.1.2. Structure.....	6
2.1.3. Ligaments de l'utérus.....	6
2.1.4. Fixité (16).....	6
2.1.5. Rapports avec le péritoine (16).....	7
2.1.6. Vaisseaux et nerfs (16).....	7
2.2. Le vagin (15).....	8

2.3. Les trompes (salpinx) (15).....	8
2.4. Les ovaires (15).....	8
3. PHYSIOLOGIE (15).....	8
4. PATHOLOGIE (15).....	9
II. LES INDICATIONS DE L'HYSERECTOMIE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (3) ,(13) ,(17).....	9
1. URGENCES.....	9
2. PATHOLOGIES BENIGNES :	10
2.1. Fibromes	10
2.2. Hémorragies utérines.....	10
2.3. Adénomyose.....	10
2.4. Endométriose.....	10
2.5. Infections chroniques.....	11
3. PATHOLOGIES MALIGNES :	11
3.1. Tumeurs malignes de l'utérus (13).....	11
3.2. Tumeurs malignes de l'ovaire ou des trompes (3) ,(13)	12
3.3. Tumeurs malignes du col utérin.....	12
4. INCONFORTS.....	12
4.1. Algies pelviennes.....	12
4.2. Prolapsus.....	12
5. INDICATIONS PAR EXTENSION.....	13
5.1. Stérilisation.....	13
5.2. Après castration.....	13
5.3. Associations de plusieurs pathologies utérines.....	13
III. GENERALITES SUR LES HYSERECTOMIES.....	13
1. LES DIFFERENTS TYPES D' HYSERECTOMIE (18) ,(19).....	13
2. TECHNIQUES CHIRURGICALES DES HYSERECTOMIES.....	16
2.1. Voies d'abord (6) ,(7) ,(20) ,(21).....	16
2.2. Techniques opératoires.....	17
2.2.1. Hystérectomie abdominale (1).....	17
2.2.2. Hystérectomie vaginale (22).....	22
2.2.3. Hystérectomie cœlioscopique (5).....	22
2.3. Avantages et inconvénients de chaque technique (21) ,(23).....	24
2.4. Complications (1).....	26
2.4.1. Complications per-opératoires (24).....	26
2.4.2. complications post-opératoires (1).....	27
DEUXIEME PARTIE :	
RESULTATS DE NOS OBSERVATIONS.....	29
I. MATERIEL ET METHODES.....	30
1. CADRE ET PERIODE D'ETUDE.....	30
2. PARAMETRES UTILISES.....	30
II. RESULTATS.....	35
1. FREQUENCE.....	35
2. AGE DES PATIENTES.....	35
3. PARITE.....	37
4. MOTIFS DE CONSULTATION.....	38
5. ANTECEDENTS.....	38

5.1. Antécédents médico-gynéco-obstétriques.....	39
5.2. Antécédents chirurgicaux.....	39
6. INDICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE.....	39
7. ASSOCIATION DES SIGNES FONCTIONNELS A CHAQUE PATHOLOGIE	40
8. DONNEES CLINIQUES.....	42
9. EXAMENS PARACLINIQUES.....	42
9.1. Biologie.....	42
9.2. Radiographie sans préparation abdomino-pelvienne.....	43
9.3. Echographie abdominale.....	43
9.4. Biopsie de l'endomètre.....	44
9.5. Frottis cervico-vaginal.....	44
9.6 Hystérosalpingographie.....	44
11. TRAITEMENT.....	45
11.1. Préparation des patientes à opérer :.....	45
11.2. Intervention :.....	45
11.3. Gestes associés.....	46
11.4. Traitements adjutants.....	47
12. COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES.....	47
13. TEMPS OPERATOIRE.....	47
14. DUREE D'HOSPITALISATION.....	47
15. SUITES OPERATOIRES.....	48
15.1. Suites compliquées.....	48
15.2. Suites simples.....	48
15.3. Surveillance.....	48
Troisième partie :	
commentaires, discussions et suggestions.....	49
I- COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	50
II – SUGGESTIONS.....	74
1-Une bonne indication.....	74
2-Une bonne information.....	76
3-Moment de conscientisation.....	78
VELIRANO.....	92
PERMIS D'IMPRIMER.....	93
LU ET APPROUVE.....	93
Le Président de thèse.....	93
VU ET PERMIS D'IMPRIMER.....	93

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : L'hystérectomie abdominale.....	26
Tableau 2 : L'hystérectomie vaginale.....	26
Tableau 3 : L'hystérectomie coeloscopique.....	27
Tableau 4 : Complications périopératoires, toutes voies d'abord confondues.....	28
Tableau 5 : Fréquences des hystérectomies.....	35
Tableau 6 : Fréquences des hystérectomies par rapport aux interventions	

chirurgicales chez la femme.....	35
Tableau 7 : Répartition selon l'âge.....	36
Tableau 8 : Fréquence de l'hystérectomie selon la parité.....	37
Tableau 9 : Répartition selon les motifs de consultation.....	38
Tableau 10 : Répartition selon les antécédents médico-gynéco-obstétriques.....	39
Tableau 11 : Répartition selon les antécédents chirurgicaux.....	39
Tableau 12 : Répartition selon les indications.....	40
Tableau 13 : Association des signes fonctionnels à chaque pathologie.....	41
Tableau 14 : Les signes généraux.....	42
Tableau 15 : Les signes fonctionnels.....	42
Tableau 16 : Les signes des examens gynécologiques.....	42
Tableau 17 : Résultats de la biologie.....	43
Tableau 18 : Résultats de la radiographie.....	43
Tableau 19 : Résultats de l'échographie abdominale.....	43
Tableau 20 : Résultats de l'anatomie pathologie.....	44
Tableau 21 : Résultats du frottis cervico-vaginal.....	44
Tableau 22 : Résultats de l'hystérosalpingographie.....	45
Tableau 23 : Gestes associés avec l'hystérectomie.....	46
Tableau 24 : Complications per opératoires.....	47
Tableau 25 : La durée d'hospitalisation.....	47
Tableau 26 : Fréquence des hystérectomies des différents pays.....	49
Tableau 27 : Répartition des patientes selon l'âge (10).....	50

Tableau 28 : Comparaison des interventions selon les voies d'abord	59
Tableau 29 : Comparaison des types d'intervention.....	61
Tableau 30 : Comparaison des gestes associés.....	64
Tableau 31 : Comparaison des durées opératoires.....	66
Tableau 32 : Comparaison des complications per-opératoires.....	68
Tableau 33 : Comparaison des durées d'hospitalisation (45).....	70

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Fréquence de l'hystérectomie par rapport aux autres interventions chez les femmes.....	35
Figure 2 : Répartition de l'hystérectomie selon l'âge.....	36
Figure 3 : Répartition de l'hystérectomie selon la parité.....	37
Figure 4 : Répartition selon les motifs de consultation.....	38
Figure 5 : Représentation graphique des indications de l'hystérectomie par rapport aux pathologies.....	40
Figure 6 : Répartition des gestes associés par rapport à l'hystérectomie simple.....	46

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma 1 : Le petit bassin de la femme.....	04
Schéma 2 : Hystérectomie subtotale conservatrice.....	14
Schéma 3 : Hystérectomie subtotale non conservatrice.....	14
Schéma 4 : Hystérectomie totale conservatrice.....	14
Schéma 5 : Hystérectomie totale non conservatrice.....	14
Schéma 6 : Modalité de l'hystérectomie.....	15
Schéma 7 : Hystérectomie intra-fasciale.....	15
Schéma 8 : Hystérectomie extra-fasciale.....	15
Schéma 9 : Hystérectomie extra-fasciale. Plan de clivage.....	20
Schéma 10 : Section du septum supra-vaginal.....	20
Schéma 11 : Refoulement de la vessie après ouverture de l'espace vesico-uterin.....	20
Schéma 12 : Section des ligaments utéro-sacrés.....	21
Schéma 13 : Hémostase de l'artère utérine et de l'artère cervico-vaginale.....	21
Schéma 14 : Principe de l'hystérectomie vaginale.....	25
Schéma 15 : Principe de l'hystérectomie coelioscopique.....	25

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens
ASP : Abdomen Sans Préparation
AVA : Augmentation du Volume Abdominal
CHD : Centre Hospitalier de District
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CEN. HO. SOA: Centre Hospitalier de Soavinandriana
CPN : Consultation Prénatale
ECBU : Etude Cytobactériologique des Urines
ELITT : Endometral Laser Intrautérines Thermal
GEU : Grossesse Extra-Utérine
HA : Hystérectomie Abdominale
HAT : Hystérectomie Abdominale Totale
HV : Hystérectomie Vaginale
HVCP : Hystérectomie Vaginale Coelio-Préparée
HJRA : Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
IEC : Information Education Communication
IPPF : International Planned Parenthood Federation
IVG : Interruptions Volontaire de la Grossesse
LH : Luteinostimuline Hormone
LMSO : Laparotomie Médiane Sous Ombilicale
MAP : Masse Abdomino-Pelvienne
M LU : Masse Latéro-Utérine
NFS : Numération Formule Sanguine
OC : Opération Césarienne
SOB : Salpingo-Ovariectomie Bilatérale
TC : Temps de Coagulation
TS : Temps de Saignement

INTRODUCTION

L'hystérectomie est une opération qui consiste à enlever l'utérus. On dit aussi, l'ablation de l'utérus. Parfois, selon le cas, le col de l'utérus, les ovaires et les trompes de Fallope peuvent également être enlevés. L'hystérectomie est pratiquée afin de soulager différents malaises ou maladies. Pendant longtemps l'hystérectomie était considérée comme la première ou la seule solution pour soulager les femmes de certains problèmes gynécologiques. De nos jours, dans certains cas, d'autres solutions de rechange peuvent être envisagées (1).

Malgré une constante diminution, l'hystérectomie est une des opérations les plus pratiquées dans le monde. Aux Etats-Unis, un des pays où on la pratique le plus avec Australie, on estime que plus de 600.000 femmes sont opérées chaque année. Au Canada, une femme sur cinq devra subir l'ablation de l'utérus (1). A Moramanga, l'hystérectomie est l'une des interventions les plus pratiquées après la césarienne en gynécologie. Elle est la chirurgie de référence dans les pathologies utérines. Elle a d'abord un rôle thérapeutique majeur puisque, dans un certain nombre de cas où les facteurs pronostiques sont excellents, elle peut être le seul geste thérapeutique.

Cette fréquence est l'une des premières raisons qui nous ont motivé dans le choix de notre sujet. Dans cette étude, nous avons choisi de travailler sur la technique appelée HYSTERECTOMIE TOTALE SUPRA-VAGINALE EXTRA-FASCIALE. Pourquoi ce choix ?

D'abord sur le plan médical, des expériences en Europe ont prouvé l'efficacité de cette technique. Ainsi, ces expériences ont montré que les complications infectieuses sont beaucoup plus réduites et aucune récidive n'a été observée. De plus, on a constaté une guérison de plus de 80% d'incontinence urinaire. Si on ajoute à ceci l'absence de décès per ou post-opératoire, le sujet mérite à notre avis d'être exploré ; notamment à Moramanga, une région où l'hystérectomie est très fréquente.

Depuis quelques années, cette technique a été introduite au CHDII de Moramanga. Notre but dans le cadre de cette étude est de rapporter notre expérience préliminaire et de montrer l'importance de cette nouvelle technique pour toutes les indications d'hystérectomies effectuées dans cet hôpital de janvier 1999 à décembre 2001.

La première partie de notre travail sera une revue de la littérature sur l'appareil génital de la femme et la technique opératoire. Dans la deuxième partie, nous essayerons de présenter les résultats de nos observations. La troisième partie sera constituée de

commentaire et recommandation formulés à partir des observations que nous avons pu effectuer.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTETURE SUR L'APPAREIL GENITAL
DE LA FEMME ET LA TECHNIQUE OPERATOIRE

I. RAPPELS

1. HISTORIQUE

Quelques hystérectomies ont été pratiquées dès l'Antiquité mais ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que cette intervention est décrite et enseignée.

Après l'hystérectomie vaginale réalisée par Langenberck en 1813, de nombreuses tentatives ont été effectuées en particulier par Sauter de Constance en 1822 et par J. Warren le 05 mai 1829 à Harvard. Mais, c'est seulement le 24 juillet 1829 à Paris que Joseph Claude Anthelme Récamier effectue avec succès la première hystérectomie vaginale, réglée sur des bases anatomiques avec ligature des pédicules. Cette première avait été préalablement répétée sur des cadavres dès 1802 (2). Depuis 1878, Freud avait découvert l'hystérectomie abdominale (3). En France, la voie basse depuis sa première réalisation était peu pratiquée au profit de la voie abdominale (4). Récemment en 1989, Harry Reich (5) a décrit la première hystérectomie réalisée totalement par voie cœlioscopique. Cette technique est encore en cours d'évaluation (6) ,(7), (8) ,(9).

L'hystérectomie est, après la césarienne, l'intervention la plus rependue en milieu gynéco-obstétrical (10). Elle est devenue l'intervention viscérale la plus pratiquée après l'appendicetomie en chirurgie générale. C'est l'une des interventions les plus pratiquées dans les pays développés mais sa fréquence varie suivant les pays (11). Aux Etats-Unis, 590.000 hystérectomies sont pratiquées annuellement touchant 6,7 % de femmes de plus de 15 ans, soit deux fois plus que les appendicetomies. Au Canada, chaque année, environ 65.000 canadiennes subissent une hystérectomie (12). En France, 60 à 65.000 hystérectomies sont effectuées chaque année, mais il n'y a pas de statistiques régulièrement publiées (11). Le taux des patientes hystérectomisées à 60 ans atteint 37% aux USA. Les chiffres sont plus faibles en Europe : 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et de 5,8% en France (10),(13). Cette fréquence dépend de la catégorie sociale des patientes, de la race, de l'organisation des soins, de l'origine (rurale ou urbaine) ainsi que du niveau d'information des patientes (10),(14).

Ces éléments sont autant de facteurs dont l'analyse présage d'une fréquence accrue des hystérectomies à Madagascar.

2. ANATOMIE DE L'APPAREIL GENITAL CHEZ LA FEMME

2.1. L'utérus (15)

2.1.1. Situation de l'utérus dans le pelvis

L'utérus est situé dans le bassin, derrière la vessie et devant le rectum au-dessus du vagin et au-dessous de l'intestin grêle et du colon pelvien. Chez la femme, il a la forme d'une poire aplatie d'avant en arrière dont la grosse extrémité est tournée en haut et en avant, tandis que la petite est dirigée en bas et en arrière. Cette dernière, qu'on appelle le col utérin, fait saillie à l'intérieur du vagin et présente une sorte de fente, nommée orifice utérin.

Normalement lorsque le rectum et la vessie sont vides, l'utérus est en antéflexion et en antéversion.

Le petit bassin de la femme

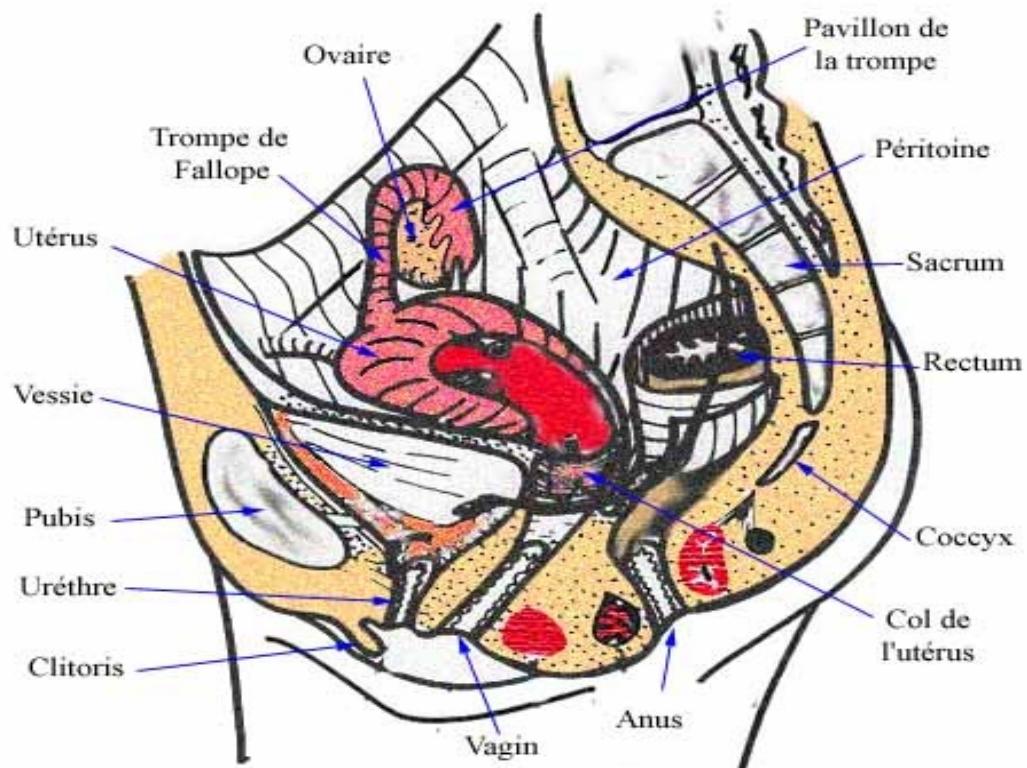


Schéma 1 : Le petit bassin de la femme

2.1.2. Structure

La paroi de l'utérus est épaisse d'environ 1 cm. Elle est composée de trois tuniques, qui sont de l'extérieur vers l'intérieur :

- une tunique séreuse qui ne revêt qu'une partie de l'utérus (LE PERITOINE),
- une tunique musculaire formée de fibres lisses disposées en couches circulaires, longitudinales et entrecroisées (LE MYOMETRE),
- et une tunique muqueuse, friable et adhèrent à la tunique musculaire (L'ENDOMETRE).

2.1.3. Ligaments de l'utérus

Deux replis du péritoine, appelés ligaments larges, fixent l'utérus aux parois du bassin.

Il existe quatre autres replis du péritoine :

- deux ligaments antérieurs sont entre l'utérus et la vessie,
- deux ligaments postérieurs sont entre l'utérus et le rectum.

Enfin, deux faisceaux ronds de fibres conjonctives et musculaires partent des angles supérieurs de l'utérus, traversent le canal inguinal et vont se terminer dans le tissu cellulaire des parties voisines : ce sont les ligaments ronds. Chacun des angles supérieurs donne également naissance à un ligament dit de l'ovaire, parce qu'il maintient cet organe en rapport avec l'utérus, et à un conduit appelé trompe utérine ou trompe de Fallope, qui se termine par un pavillon frangé, et qui amène dans la cavité utérine l'ovule produit par l'ovaire.

2.1.4. Fixité (16)

La mobilité du corps utérin n'est qu'une mobilité de position par rapport au col. Cette position est variable : l'antéversion et l'antéflexion normales étant maintenues par les ligaments utérins, en particulier : les ligaments larges et les ligaments ronds.

La fixité du col utérin maintient l'utérus en place. Les éléments de soutien du col utérin sont multiples : accessoirement par les ligaments utéro-sacré, les lames sacro-recto-pubiennes et les tissus cellulo-fibreux de l'espace pelvi-rectal supérieur ; essentiellement, le périnée par l'intermédiaire du vagin.

2.1.5. Rapports avec le péritoine (16)

Le péritoine recouvre entièrement le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure du segment sus vaginal du col. En avant, il se réfléchit au niveau de l'isthme et se continue avec le péritoine de la face supérieure en formant le cul de sac vesico-utérin.

Tandis qu'en arrière, le péritoine se réfléchit plus bas, sur la face postérieure du vagin dont il recouvre 2 cm environ et se continue avec le péritoine de la face antérieure du rectum en formant le cul de sac de Douglas. Latéralement, le péritoine se prolonge en dehors de l'utérus avec les feuillets de ligament large.

Le péritoine n'est pas uniformément uni à l'utérus. Il est très adhérent à la musculeuse au niveau du fond et des parties adjacentes du corps surtout en arrière et sur la ligne médiane. Il est séparé de l'isthme et de la face antérieure du col par des tissus celluleux qui lui permet de se décoller facilement.

2.1.6. Vaisseaux et nerfs (16)

L'utérus est vascularisé essentiellement par les artères utérines droite et gauche (branche de l'artère hypogastrique tronc antérieur), très accessoirement par les artères ovaries et du ligament rond. Les veines utérines se drainent dans la veine hypogastrique en formant de chaque côté de l'utérus le plexus utéro-vaginal.

Les nerfs de l'utérus viennent du plexus hypogastrique : ils suivent le ligament latéro-sacré, aborde l'isthme et la partie sus vaginale du col et forme un plexus latéro-utérin péri artériel, en dehors du corps. Les lymphatiques utérin forment des réseaux dans les trois tuniques muqueuses, musculeuses, séreuses et sous la séreuse puis se regroupent en collecteurs dont la distribution rend compte de la propagation lymphatique possible des cancers de l'utérus.

2.2. Le vagin (15)

C'est un organe qui s'insère sur le col utérin. Sa hauteur est comparable à l'utérus : 8 cm. Il se caractérise par sa distensibilité : il doit laisser passer la tête fœtale lors de l'accouchement. Il est recouvert d'une muqueuse malpighienne non kératinisée qui recouvre le col utérin.

Le col possède ainsi deux parties :

- l'endocol recouvert d'une muqueuse glandulaire,
- l'exocol recouvert d'un épithélium malpighien (pavimenteux stratifié).

2.3. Les trompes (salpinx) (15)

Ce sont des conduits de 12 cm qui présente un pavillon à leur extrémité. La trompe est parcourue par un canal. C'est l'organe de fécondation.

Des grossesses ectopiques peuvent s'y développer mais le pronostique est souvent incertain. Les salpingites peuvent provoquer la stérilité, empêchant la rencontre des gamètes et la migration intratubaire de l'œuf.

2.4. Les ovaires (15)

Ils sont posés sur le pavillon. Ils ont un rôle :

- endocrine : hormones sexuelles,
- exocrine : ovulation.

3. PHYSIOLOGIE (15)

Au cours du cycle menstruel, la sécrétion hormonale prépare la paroi utérine à recevoir l'œuf provenant de l'ovaire et éventuellement fécondé.

Si l'ovule n'a pas été fécondé, le corps jaune dégénère, la sécrétion de progestérone cesse, et quatorze jours après l'ovulation la muqueuse utérine se détache et tombe, provoquant une hémorragie : ce sont les règles.

Si l'ovule a été fécondé, sa nidation se produit dans la muqueuse préparée et la gestation commence.

Au cours de la grossesse, la paroi utérine se distend et ses fibres musculaires s'hypertrophient. La capacité de l'utérus, qui est de 2 ou 3 cm³ à vide, passe à plusieurs litres. Il mesure 32 cm de haut en fin de grossesse. Au terme de la grossesse, ce sont les

fibres musculaires utérines qui, par leur contraction puissante, assurent l'expulsion du fœtus.

4. PATHOLOGIE (15)

Outre les déviations utérines (antéflexion, antéversion, rétroflexion, rétroversion, latéroflexion, latéroverson) et les descentes (prolapsus), l'utérus peut être le siège de tumeurs bénignes ou malignes (fibrome, polype, cancer).

Le cancer est fréquent et insidieux. On lui connaît deux localisations : le col et le corps.

- ❖ Le cancer du col est le plus fréquent des cancers de la femme jeune.
- ❖ Le cancer du corps est plus rare et apparaît en général après la ménopause.

Tous les deux se traduisent par des hémorragies, parfois minimes ; aussi tout saignement anormal doit-il entraîner un examen approfondi, complété par un frottis et parfois par une biopsie.

Les inflammations et les infections utérines se nomment métrites. Au niveau des trompes, elles prennent le nom de salpingites et sont en général associées à une ovarite.

II. LES INDICATIONS DE L'HYSERECTOMIE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (3) ,(13) ,(17)

1. URGENCES

Les urgences peuvent être principalement d'origines obstétricales nécessitant une hystérectomie d'hémostase (hémorragie par inertie utérine, placenta accréata, trouble de la coagulation...). Elles peuvent être aussi d'origines infectieuses moins importantes que les premières car elles sont rarement une indication d'hystérectomie actuellement ; et d'origines traumatiques qui sont devenues très rares depuis la médicalisation de l'avortement.

2. PATHOLOGIES BENIGNES :

2.1. Fibromes

C'est la cause la plus fréquente des hystérectomies pour lésions bénignes (70%).

L'hystérectomie est indiquée si le fibrome se complique de ménorragies rebelles aux traitements (progestatifs, curetage, résection endoscopique).

Les troubles de compression vésicale ou rectale ou les crises de nécrobiose peuvent aussi être une indication de l'hystérectomie.

Le volume n'est en soit une indication en dehors de tous symptômes que si le volume dépasse une grossesse de 12 semaines ou un poids supérieur à 320 g.

La perspective d'un traitement substitutif de la ménopause n'est pas une indication.

2.2. Hémorragies utérines

Après un bilan soigneux (hystéroskopie, biopsie d'endomètre, échographie), un traitement médical doit être d'abord tenté. En cas d'échecs, résection endométriale perhystéroskopique est proposée classiquement chez la femme non ménopausée. Ce n'est qu'en cas d'échec de la résection endométriale que l'hystérectomie est proposée. L'hystérectomie n'est recommandée que si l'hémorragie est sévère et ou récidivante entraînant des signes d'anémie ; et ne répondant pas au traitement médical ou après échec du curetage ou de la résection endoscopique d'un fibrome ou d'un polype.

2.3. Adénomyose

L'adénomyose utérine est de diagnostic facile. Cliniquement, elle s'accompagne d'une augmentation modérée de la taille utérine, associée à des ménorragies et une dysménorrhée. L'échographie et l'hystéroskopie ne permettent pas toujours de poser le diagnostic. L'imagerie par résonance magnétique pourrait être intéressante.

L'hystérectomie est proposée après échec des traitements médicaux (des traitements hormonaux) et du curetage. La résection endométriale n'est pas classiquement indiquée en raison du fort taux d'échec en cas d'adénomyose.

Cependant, le plus souvent, le diagnostic d'adénomyose n'est posé qu'à posteriori sur l'analyse histologique de la pièce opératoire, en particulier quand l'indication de l'hystérectomie est une douleur chronique.

2.4. Endométriose

Le traitement est d'abord conservateur soit médical (traitements hormonaux), soit chirurgical (cœlioscopie opératoire) (3). L'hystérectomie n'étant le dernier recours radical qu'en cas d'échec thérapeutique et chez la femme ayant dépassée franchement la quarantaine et ayant assez eu de souffrir (17).

2.5. Infections chroniques

Les lésions infectieuses sont rarement une indication de l'hystérectomie actuellement. Ce n'est que si la vie de la femme est en danger (gangrène utérine, septicémie à point de départ utérin) que l'indication de l'hystérectomie peut être posée par les réanimateurs. Cependant, cette dernière indication se rencontre dans les pays en voie de développement. Ainsi le cas des infections sévères avec pyosalpinx bilatéral, rebelles aux traitements antibiotiques chez des femmes qui ont eu des enfants. Cette indication est devenue alors exceptionnelle. Souvent l'ablation de pyosalpinx est suffisante.

3. PATHOLOGIES MALIGNES :

3.1. Tumeurs malignes de l'utérus (13)

L'hystérectomie fait partie du traitement du cancer du corps utérin. Il s'agit d'un adénocarcinome, d'un sarcome ou d'une hyperplasie endométriale très atypique chez la femme âgée, quel que soit le stade de la lésion. Souvent l'hystérectomie simple sans conservation est la seule solution possible.

3.2. Tumeurs malignes de l'ovaire ou des trompes (3) ,(13)

L'hystérectomie fait aussi partie du traitement initial du cancer de l'ovaire.

L'hystérectomie sera faite dans la mesure du possible étant donné la fréquence des lésions endométriales associées.

3.3. Tumeurs malignes du col utérin

Il oblige à enlever l'utérus dans le même temps (17). Cette indication porte bien moins à discussion, qu'il s'agisse d'une néoplasie intra-épithéliale ou d'un épithélioma micro-invasif (13).

On ne fera pas beaucoup de commentaires sur cette indication car elle ne peut guère être discutée et on ne peut parler d'abus (17).

4. INCONFORTS

4.1. Algies pelviennes

En cas de douleurs pelviennes chroniques, un traitement médical est toujours prescrit en première intention après un bilan étiologique éliminant toute cause organique(3).

Les algies pelviennes chroniques peuvent faire discuter une hystérectomie dans le cadre du traitement d'une endométriose pelvienne rebelle aux traitements hormonaux chez une femme qui a eu des enfants ou a abandonné tous projets procréatifs.

L'indication peut aussi être posée dans le cadre d'algies pelviennes associées à des séquelles d'infections pelviennes ou encore à un syndrome de Masters et Allen.

Il faut être très réticent dans ces indications et bien évaluer la part de l'organique et du psychologique dans ces douleurs. On ne se résoudra à cette indication que convaincu de l'organicité des troubles, et après essai de toutes les autres solutions thérapeutiques (13).

4.2. Prolapsus

En cas de prolapsus symptomatique entraînant une gêne pelvienne, l'indication opératoire est posée d'emblée. La réalisation de l'hystérectomie ne représente alors qu'un des temps du traitement, surtout en péri- ou post-ménopause.

5. INDICATIONS PAR EXTENSION

5.1. Stérilisation

La stérilisation n'est pas une indication de l'hystérectomie, mais elle peut se discuter chez une femme au voisinage de la quarantaine, qui demande une stérilisation et qui a des fibromes, une dysplasie modérée, voire un petit prolapsus (13).

5.2. Après castration

Si on est obligé d'enlever les deux ovaires du fait d'une lésion borderline des ovaires ou d'une lésion infectieuse, on enlève en général l'utérus car sa persistance rend en général le traitement substitutif plus difficile. Cependant, actuellement si la femme est jeune et n'a pas d'enfant, il faut remettre ce dogme en cause et laisser l'utérus pour pouvoir obtenir une grossesse grâce au don d'ovocyte ou d'embryon (13).

5.3. Associations de plusieurs pathologies utérines

Fibrome, ménorragie de moyenne abondance, petit prolapsus, fuite urinaire vont faire porter l'indication de l'hystérectomie au motif qu'il paraît difficile d'intervenir en négligeant un ou deux problèmes de moyenne importance (13).

III. GENERALITES SUR LES HYSTERECTOMIES

1. LES DIFFERENTS TYPES D' HYSTERECTOMIE (18) ,(19)

Ce sont les gestes chirurgicaux effectués au cours de l'hystérectomie quelle que soit la voie d'abord de l'hystérectomie. Le choix du type d'hystérectomie se fera essentiellement en fonction du problème à traiter. Il existe quatre types d'hystérectomie:

- ❖ **Hystérectomie subtotale** (partielle) consiste à enlever le corps de l'utérus mais à laisser le col de l'utérus en place.
- ❖ **Hystérectomie totale**, pour sa part consiste à enlever le corps de l'utérus ainsi que le col de l'utérus.
- ❖ **Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie** (bilatérale si les deux ovaires sont à enlever), désigne une opération au cours de laquelle le corps de l'utérus, le col de l'utérus, ainsi que les ovaires et les trompes de Fallope sont enlevés.
- ❖ **Hystérectomie radicale** est surtout pratiquée dans le cas de cancers gynécologiques invasifs, elle consiste à la même procédure que

l'hystérectomie totale avec en plus l'ablation de la partie supérieure du vagin ainsi que des ganglions lymphatiques pelviens. L'ablation de l'utérus se fait soit par voie vaginale, par voie abdominale ou par voie coelioscopique. (schémas 2, 3, 4, 5)

Concernant les modalités de l'hystérectomie durant l'intervention, les dénudations opératoires se font par la séparation de l'utérus d'une part, de la vessie et du rectum d'autre part. Cette séparation peut se faire de deux façons :

- ❖ Entre les fascias précervicaux et la vessie en avant, et le fascia rétrocervical en arrière. L'ouverture du paramètre se fait après l'incision des ligaments ronds permettant l'ouverture de mésométrium. C'est **l'hystérectomie extra-fasciale** ;
- ❖ Entre les fascias et l'utérus lui-même. Il suffit de sectionner l'extrémité supérieure des fascias : c'est **l'hystérectomie intra-fasciale**, préconisée par ALDRIGE et MEREDITH (1950). Les auteurs isolent d'avant en arrière, dans l'intérieur de la gaine cervicale, les pédicules vasculaires. (schémas 6, 7, 8)

Quel que soit le procédé d'hystérectomie réalisé, l'individualisation des fascias doit permettre, après la fermeture du vagin, une reconstitution des lames génito-sacrées et pubo-vésico-génitales. La conservation des attaches fibro-musculaires de l'utérus permet une reconstitution plastique satisfaisante. Le canal vaginal est fixé de nouveau à la vessie et au rectum.

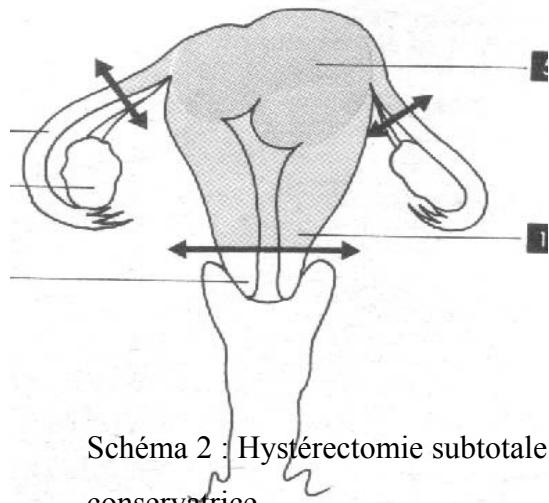


Schéma 2 : Hystérectomie subtotal conservatrice

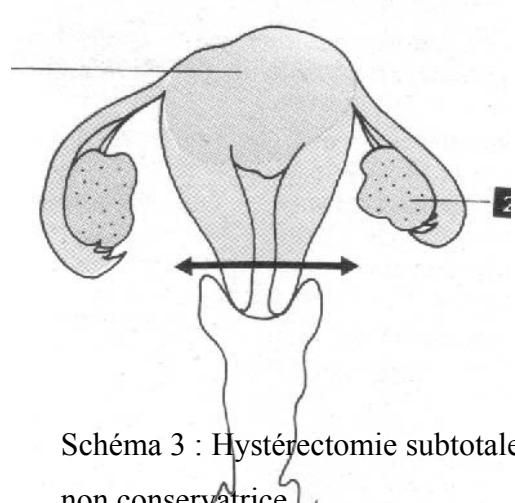


Schéma 3 : Hystérectomie subtotal non conservatrice

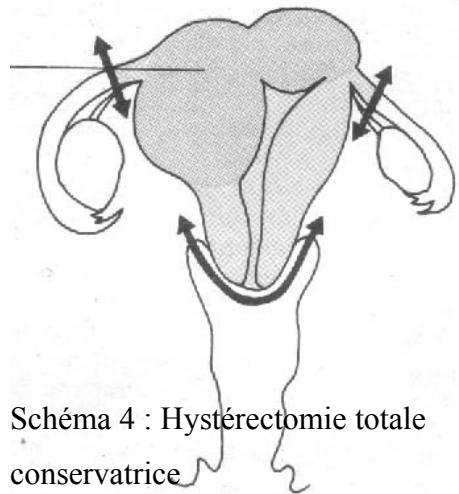


Schéma 4 : Hystérectomie totale conservatrice

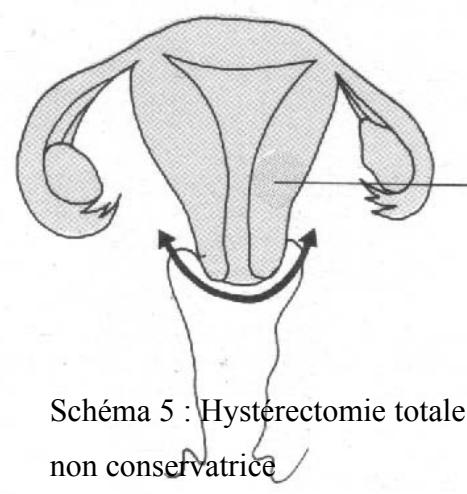


Schéma 5 : Hystérectomie totale non conservatrice

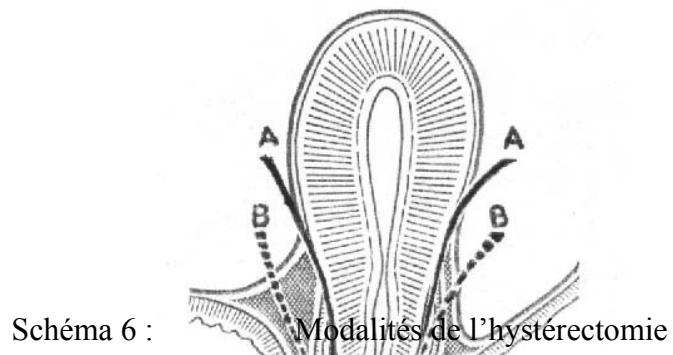
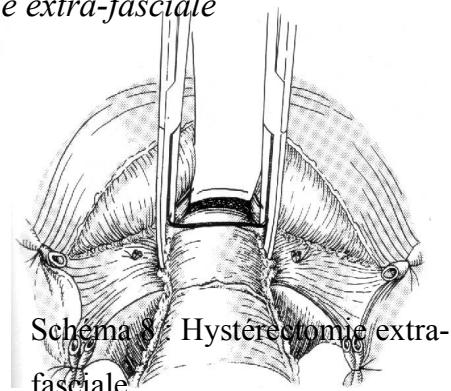
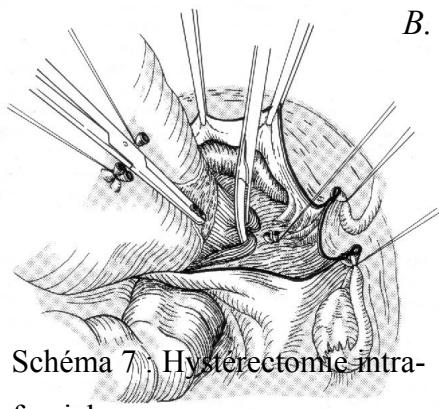


Schéma 6 :



2. TECHNIQUES CHIRURGICALES DES HYSTERECTOMIES

2.1. Voies d'abord (6) ,(7) ,(20) ,(21)

Chacune des voies d'abord possède des avantages et des inconvénients qui doivent être mesurés en termes de fiabilité d'exécution, de complications, de durée opératoire, de coût, de durée d'hospitalisation, de durée de convalescence et de satisfaction des patientes.

Le choix des voies d'abord dépend en grande partie de l'expérience du chirurgien et de la formation qu'il a reçue. Actuellement, on distingue principalement **l'hystérectomie abdominale** et **l'hystérectomie vaginale**. La diffusion de l'hystérectomie vaginale se trouve donc limitée par le fait qu'elle est, encore, moins fréquemment pratiquée que l'hystérectomie abdominale. Les progrès de l'endoscopie ont apporté deux techniques récentes : **l'hystérectomie vaginale assistée par cœlioscopie** et **l'hystérectomie per-coelioscopique** exclusive. Ces techniques sont encore en cours d'évaluation.

2.2. Techniques opératoires

2.2.1. Hystérectomie abdominale (1)

L'hystérectomie abdominale consiste à ouvrir l'abdomen. Il y a deux grands types de voie d'abord :

* Les incisions verticales

C'est la cœliotomie médiane sous ombilicale ou laparotomie médiane sous-ombilicale. Elle consiste en incision pariétale sur la ligne médiane partant de la région sus pubienne jusqu'à l'ombilic en le contournant.

L'ouverture comprend trois incisions :

- incision de la peau et du tissu cellulo-graisseux,
- incision de l'aponévrose,
- incision du péritoine après écartement du muscle grand droit.

* Les incisions transversales

Elles présentent des avantages du point de vue esthétique, la cicatrice est peu visible sinon invisible suivant la pilosité pubienne de la femme. Les types d'incisions transversales sont principalement :

- l'incision de PFANNENSTIEL,
- l'incision de CHERNAY,
- l'incision de PANDOLFO,
- l'incision de MOUCHEL.

En cas d'hystérectomie conservatrice, on pratique une ligature-section à la corne de l'utérus du ligament rond, de la trompe et du ligament utéro-ovarien.

En cas d'annexectomie, on pratique une ligature des pédicules lombo-ovariens.

Comme nous le savons, il y a plusieurs types de techniques opératoires de base de l'hystérectomie abdominale :

- l'hystérectomie totale intra-fasciale,
- l'hystérectomie totale extra-fasciale,
- l'hystérectomie subtotale,
- l'hystérectomie subtotale totalisée.

Nous décrirons comme procédé type de l'ablation de l'utérus par voie abdominale « l'hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale » afin de comprendre mieux cette technique qui est la base de notre étude.

Hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale (procédé type)

Cette technique est connue sous le nom de technique ou procédé de Wiart. Ce procédé, d'exécution beaucoup plus rapide, est aussi le plus anciennement employé.

Le principe est de ne plus cliver le col et le vagin entre les fascias pré et rétro-cervicaux, mais de passer en dehors de ceux-ci. Les temps opératoires sont identiques à ceux de l'hystérectomie intra-fasciale, jusqu'au décollement vésico-vaginal.

Après avoir réalisé la section puis la ligature du pédicule utérin à la pince de Jean Luis Faure (avec le passage de deuxième fil de sécurité), l'hémostase des différentes branches étagées du bas vers le haut de l'artère cervico-vaginale sera réalisée en un temps par une pince fine et droite. Celle-ci est placée facilement le long du bord latéral de l'isthme utérin ; « le point où on aboutit le bec de la pince doit être bien décollé auparavant ». Il faut aussi réaliser (et de façon préalable) une légère encoche de quelques millimètres sur le bord interne du pédicule utérin. L'encoche doit permettre ainsi de mieux placer la pince verticale.

En pratique, il est rarement possible d'assurer l'hémostase de l'artère cervico-vaginale en une seule prise, et celle-ci devra donc être répétée à la demande, mais toujours sur une ligne verticale, parallèlement au bord latéral de l'isthme utérin.

Ce fut la première en date d'hystérectomies totales exécutées.

Le plan de clivage de l'utérus avec la vessie et le péritoine antérieur du cul-de-sac de Douglas passe, non pas à l'intérieur des fascias pré et retro-cervicaux mais à l'extérieur de ces formations fibreuses, d'où le nom qui lui est attribué actuellement d'hystérectomie extra-fasciale (schéma 9).

Au niveau des paramètres, l'hémostase ne se fera pas au voisinage du col utérin mais plus à distance au niveau de l'artère cervico-vaginale.

L'hystérectomie ainsi proposée sera d'exécution plus aisée et plus rapide, enlevant en même temps que le col les tissus para-cervicaux immédiats, ce qui peut se passer pour un avantage lorsqu'il s'agira du cancer du corps utérin dont la chirurgie se réduit souvent à une simple hystérectomie totale.

On lui a fait, par contre, les reproches en grande partie mérités d'exposer davantage aux blessures des organes voisins, vessie, uretères et rectum et de ne pas assurer non plus bien la statique pelvienne après l'exérèse, puisqu'elle se prive d'éléments fibreux de soutien dont la suture terminale prévient les prolapsus secondaires reprochés à ce genre

d'intervention. Ce procédé étant cependant choisi, voyons en quel sens il diffère de l'hystérectomie intra-fasciale.

Tout le début de l'intervention est entièrement superposable et nous ne le décrirons pas à nouveau.

1. Le premier point particulier est la recherche de l'espace vésico-utérin. Nous avons vu sur la figure schématique 1 que la section du septum supra-vaginal était la clé de l'ouverture de cette zone décollable. Aussi, dès après l'incision du pli péritonéal de Waldeyer, procédons-nous, en tendant cette petite bandelette fibreuse, à sa section progressive (schéma 10).

Il ne nous restera plus qu'à poursuivre ce décollement au tampon monté en s'aidant au besoin de légers coups de ciseaux (schéma 11). L'on atteint finalement le vagin en avant et la palpation avec le doigt nous permet de reconnaître que le niveau recherché est atteint.

2. L'on peut alors, afin de faire monter l'utérus, procéder à la section étagée des ligaments utéro-sacrés après avoir incisé transversalement le péritoine au niveau de la face postérieure du col (schéma 12).

3. L'on arrive ainsi au temps capital de la ligature de l'artère utérine et de l'artère cervico-vaginale.

Une pince oblique atteignant en bas le bord du col utérin, assure en une seule ou deux prises quand il existe une deuxième artère cervico-vaginale plus bas placée, l'hémostase de tout un côté du col utérin.

Cette ligature en un bloc, si elle est simple et rapide et peut être approuvée dans les cas faciles où l'uretère n'est pas attiré vers la zone opératoire, a été rendue maintes fois responsable à juste titre, de la section du conduit urinaire.

Aussi Wiart a-t-il décrit, déjà anciennement, un procédé auquel son nom a été justement attaché. Il sectionne sur une pince de J-L Faure, placée transversalement, le pédicule utérin ; dégageant d'un petit coup de ciseaux le bec de cette dernière pince, il peut l'écartier ainsi légèrement du bord cervical. Profitant de cette facilité, il place longitudinalement une ou, s'il est nécessaire, deux pinces droites sur l'artère cervico-vaginale et les veines qui l'accompagnent, libérant tout le bord du col jusqu'à son insertion vaginale qui devra être dépassée légèrement (schéma 13).

4. L'on ajoutera s'il le faut, quelques pinces d'hémostase complémentaires et l'on terminera, si elle a été insuffisante, la section des ligaments utéro-sacrés afin que la coupole vaginale soit partout nettement exposée.

5. Le vagin sera ouvert sur toute sa circonférence et la pièce opératoire entièrement libérée, enlevée.

6. L'on procédera ensuite à la suture plus ou moins complète de la tranche vaginale, qui pourra être suspendue comme dans le procédé intra-fascial aux ligaments utérins, afin d'éviter, dans la mesure du possible, le fâcheux prolapsus secondaire.

La péritonisation basse ne présente rien qui la différencie de celle effectuée dans le procédé type précédemment exposé.

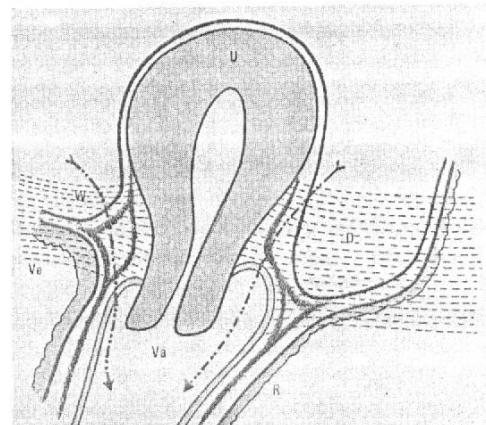


Schéma 9 : Hystérectomie totale extra-fasciale. Plan de clivage

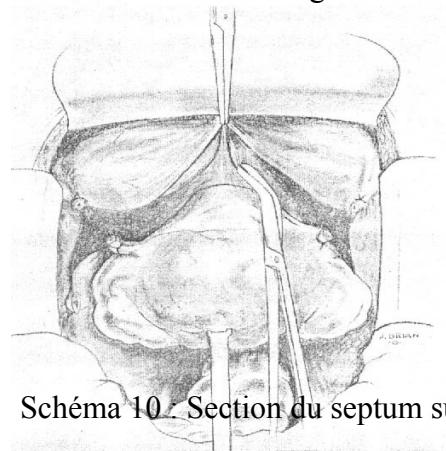


Schéma 10 : Section du septum supra-vaginal.

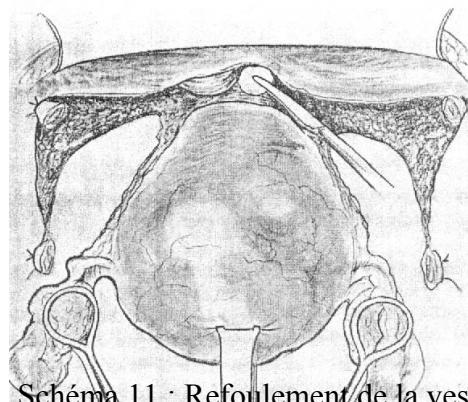


Schéma 11 : Refoulement de la vessie après ouverture de l'espace vésico- utérin

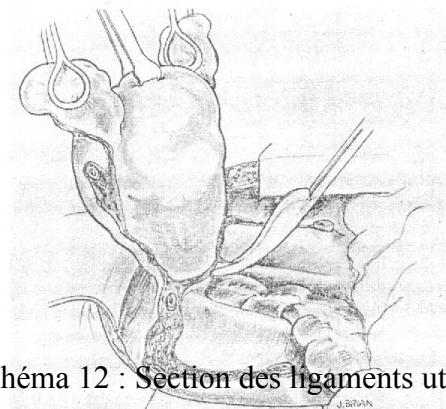


Schéma 12 : Section des ligaments utéro-sacrés.

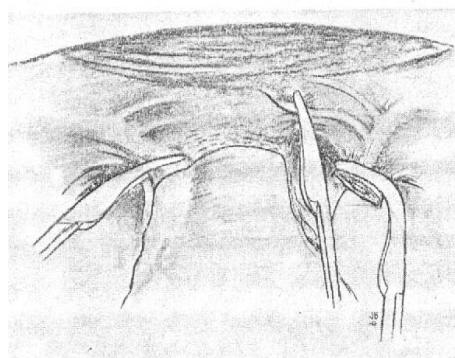


Schéma 13 : Hémostase de l'artère utérine et de l'artère cervico-vaginale

2.2.2. Hystérectomie vaginale (22)

L'hystérectomie vaginale consiste en exérèse de l'utérus. La technique fondamentale que nous avons décrit brièvement est, celle de Kalinkov et Buchholz.

La patiente est installée en position de lithotomie, les cuisses fléchies au maximum, et les fesses débordant le bord de la table. Après badigeonnage du champ opératoire, protection de la région anale par un champ autocollant, l'intervention débute. Une traction ferme et continue du col utérin doit être permanente durant les étapes techniques successives. Cette technique peut être décomposée en quinze temps :

- Temps 1 : préhension du col.
- Temps 2 : circoncision du col en gueule de poisson.
- Temps 3 : décollement vésico-utérin.
- Temps 4 : décollement vésico-utérin et refoulement des uretères.
- Temps 5 : ouverture de cul de sac de Douglas.
- Temps 6 : première ligature section des paramètres.
- Temps 7 : deuxième ligature section du paramètre.
- Temps 8 : préhension, section et ligature du pédicule vasculaire utérin gauche.
- Temps 9 : ouverture du cul de sac péritonéal vésico-utérin.
- Temps 10 : extériorisation de l'utérus.
- Temps 11 : clampage et section des attaches utéro-annexielles gauches.
- Temps 12 : ligature des moignons annexiels.
- Temps 13 : premier point d'angle gauche.
- Temps 14 : fermeture de la cavité péritonéale.
- Temps 15 : solidarisation des moignons paramétriaux au pourtour vaginal.

L'intervention se termine par un tamponnement à l'aide d'une mèche iodoformée ou prostatique. (schéma 14)

2.2.3. Hystérectomie cœlioscopique (5)

La technique que nous allons décrire nécessite du matériel pour toutes les cœlioscopies opératoires (insufflateur électronique à régulation automatique, optique de vision axiale panoramique, système vidéo...), du matériel spécifique (1 ou 2 grip-princes pour faciliter l'exposition, 2 pinces de coagulation bipolaire à mors large), d'un système d'aspiration

lavage, une électrode monopolaire pour l'ouverture vaginale et une paire de ciseaux cœlioscopique.

Pour la voie abdominale, le point spécifique de la technique est que l'exposition, assurée en laparotomie par deux fortes pinces placées sur les cornes utérines, est ici réalisée grâce à la canulation utérine. Ceci souligne l'importance du second assistant, placé entre les jambes de la patiente, dont le seul rôle est d'assurer la parfaite exposition de l'utérus.

Pour l'extraction de l'utérus par voie basse nous utilisons les instruments habituels de chirurgie vaginale qui sont préparés en début d'intervention sur une table séparée.

Les temps opératoires sont les même que ceux de l'hystérectomie par laparotomie :
Coagulation bipolaire, puis section des pédicules annexielles.

Décollement du cul de sac vésico-utérine.

Coagulation bipolaire, puis section des pédicules utérins.

Coagulation bipolaire, puis section des pédicules cervico-vaginaux.

Coagulation bipolaire, puis section des ligaments utéro-sacrés.

Ouverture du vagin.

Temps vaginal, on effectue successivement :

- la fin de l'incision vaginale,
- l'extraction de l'utérus,
- la suture vaginale,
- la mise en place d'un ou deux mèches iodoformées. Elles seront laissées en place 24 heures.

Toilette abdominale, elle est systématique après avoir réinstallé la patiente et refait le pneumopéritoine. Effectuée avec sérum chaud à 45°C, elle permet de vérifier les hémostases et les uretères. (schéma 15)

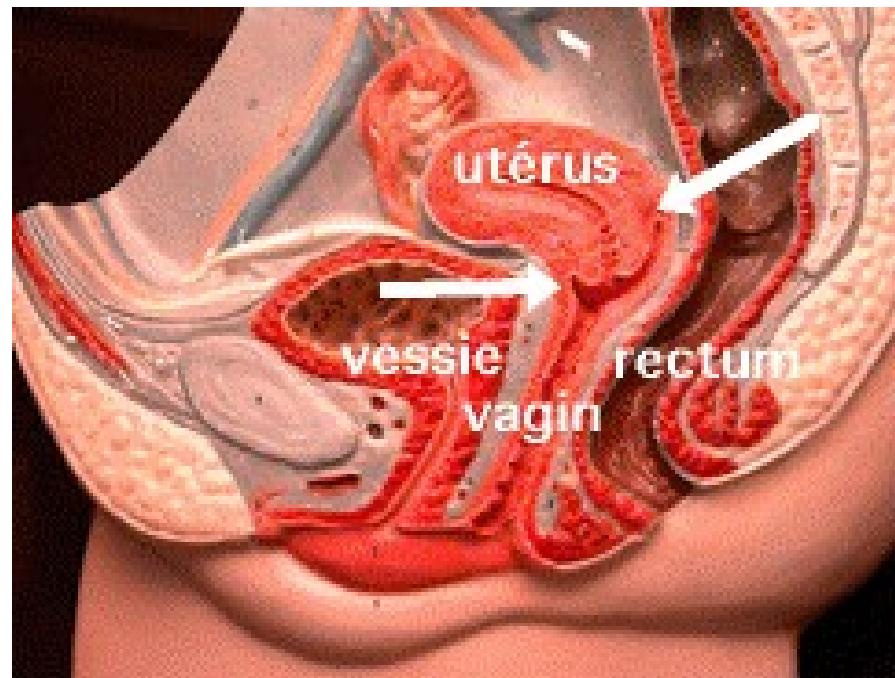


Schéma 14 : Principe de l'hystérectomie vaginale



Schéma 15 : Principe de l'hystérectomie coelioscopique

2.3. Avantages et inconvénients de chaque technique (21) ,(23)

Les trois tableaux montrent les points forts et les ponts faibles de chaque technique.

Tableau 1 : L'hystérectomie abdominale

(d'après Lopes, 1994)

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Technique de référence	Cicatrice abdominale
Exploration abdominale	Douleur post-opératoire
Pas de contre indication	Morbidité à court terme plus élevée
Enseignement bien codifié	Durée d'hospitalisation, convalescence prolongée, occlusions plus fréquentes

Tableau 2 : L'hystérectomie vaginale

(D'après Lopes, 1994)

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Absence de cicatrice	Champ opératoire limité
Temps opératoire bref	Volume utérin limitant
Douleur post-opératoire limitée	Enseignement plus délicat
Durée d'hospitalisation brève	Contre indication discutable
Coût réduit	Cicatrisation vaginale difficile à contrôler
Morbidité faible	Plaie de vessie plus fréquente
Convalescence brève	

Tableau 3 : L'hystérectomie coeloscopique

(D'après Lopes, 1994)

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Cicatrice réduite	Durée d'intervention longue
Durée d'hospitalisation brève	Coût élevé en matériel
Douleur post-opératoire limitée	Voie d'extraction de la pièce opératoire
Morbidité faible	Complication de la cœlioscopie
Convalescence brève	
Diminution de risque d'adhérence	

2.4. Complications (1)

L'analyse de quelques études récentes permet seulement de se faire une « idée » des complications relatives à certaines voies d'abord. Ceci ne devrait pas, à notre avis être considéré comme un facteur de blocage. En effet, nous estimons que quel que soit le type d'intervention chirurgicale, il n'y a pas vraiment de chirurgie sans risque.

2.4.1. Complications per-opératoires (24)

Concernant les complications per-opératoires, elles sont souvent le fait de difficultés opératoires imposées par le pelvis adhérentiel ou des modifications anatomiques en rapport avec la pathologie pelvienne en cause. Elles sont dominées par les plaies intestinales, vésicales, urétérales et les hémorragies.

Cosson et ses collaborateurs en 1999 ont publié les complications périopératoires dans le tableau 4 :

Tableau 4 : Complications périopératoires, toutes voies d'abord confondues

	Plaies vésicales	Plaies digestives	Total peropératoire	Total réinterventions	Mortalité
Dargent 1980 (884)	18 (2 %)	3 (0.33 %)	21 (2.33 %)	36 (4%)	3 (0.33 %)
Dicker 1982 (n = 1851)	12 (0.65 %)	6 (0.32 %)	18 (0.97 %)	20 (1.08 %)	2 (0.1 %)
Kovac 1986 (n = 902)	12 (1.2 %)	0 (00 %)	12 (1.2 %)	3 (0.33 %)	1 (0.11 %)
Gelle 1993 (n= 806)	6 (0.74 %)	5 (0.62 %)	11 (1.36 %)	3 (0.37 %)	0 (00 %)

2.4.2. complications post-opératoires (1)

Il existe 2 types de complications post-opératoires :

* Complications à court terme, voici une liste des principaux risques et complications qui peuvent survenir à la suite d'une hystérectomie :

- **infections sévères** qui peuvent exiger le retour de la femme à l'hôpital et un traitement avec antibiotique,
- **problèmes urinaires** pouvant aller d'une infection aux reins ou à la vessie jusqu'à l'incontinence urinaire (ce risque est plus grand dans le cas d'une hystérectomie radicale),
- **hémorragie** qui peut nécessiter des transfusions sanguines,
- **réactions sévères** dues à l'anesthésie ou
- **problèmes intestinaux** si des dommages ont été causés aux intestins pendant la chirurgie. Certaines femmes devront subir une nouvelle intervention chirurgicale afin qu'on enlève les adhérences qui obstruent (bouchent) leurs intestins.

* Parmi les complications à long terme, voici la liste des principaux risques et complications qui peuvent survenir à la suite d'une hystérectomie :

- **le prolapsus.** Lorsque l'utérus est enlevé, d'autres organes tels que les intestins ou la vessie peuvent descendre et engendrer des problèmes de constipation et/ou d'incontinence urinaire.

-la ménopause. Lorsque les ovaires sont enlevés lors d'une hystérectomie, la quantité d'hormones en circulation dans le sang chute brutalement. Suite à ce type de chirurgie, les femmes qui ne sont pas ménopausées le deviennent, c'est ce qu'on appelle une ménopause « chirurgicale » dont voici la liste des principaux symptômes : bouffée de chaleur, sécheresse vaginale, fatigue, sueurs nocturne, irritabilité, insomnie, migraine et risque accru d'ostéoporose et de maladies cardiaques.

Même si les ovaires ne sont pas enlevés, certaines femmes peuvent être ménopausées suite à l'intervention. Dans ce cas, la ménopause serait causée par la diminution de la quantité de sang amenée jusqu'aux ovaires. Cette diminution aurait pour effet d'empêcher les ovaires à produire des hormones en quantité suffisante.

- tristesse/ deuil. Pour certaines femmes, le fait de perdre leur utérus est un événement triste et très bouleversant. L'image qu'elles peuvent avoir d'elles-mêmes en tant que femme suite à l'opération peut alors être perturbée. Certaines femmes se sentiront déprimées et vivront une période de deuil, surtout pour celles qui auraient aimé être enceinte éventuellement.

Les émotions ressenties à la suite d'une hystérectomie peuvent aussi avoir une cause physiologique. Le fait d'avoir subi l'ablation des ovaires, ainsi que la chute du taux hormonal qui s'ensuit, peuvent provoquer des changements au niveau du comportement : irritabilité, crises de larmes, insomnies.

Il est important de mentionner que pour certaines femmes, l'hystérectomie peut être vécue comme un événement positif puisque les bienfaits qu'elles ressentent sont alors plus importants à leurs yeux que les complications dues à l'opération.

DEUXIEME PARTIE :
RESULTATS DE NOS OBSERVATIONS

I. MATERIEL ET METHODES

1. CADRE ET PERIODE D'ETUDE

Le cadre choisi pour notre étude qui est étalée de janvier 1999 à décembre 2001 est le service de chirurgie du CHDII de Moramanga. Ce service comprend 3 unités principales dont un bloc opératoire, une salle de réveil et réanimation et quelques salles de post-opérées.

Notre recherche est basée sur une étude rétrospective d'une série consécutive de 51 cas de patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie par laparotomie.

Comme critères d'inclusion, seules ont été prise en compte les patientes qui dans la période suscitée ont été opérée pour hystérectomies selon la technique extra-fasciale. Les patientes ont été prises en charge dès le début de leur hospitalisation, ont été examinées quotidiennement jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Comme méthode d'analyse, les données recueillies ont été consignées sur une fiche qui comportait l'état civil de la patiente, ses antécédents, les résultats de l'examen clinique, l'intervention et les suites opératoires. Nous avons procédé à une étude à la fois rétrospective et prospective d'une manière descriptive. L'analyse a été fait sur un micro-ordinateur avec le logiciel EPI-INFO.

2. PARAMETRES UTILISES

- **Fréquence** : nous entendons les nombres des hystérectomies par rapport aux autres interventions chirurgicales observées pendant la période suscitée.
- **Age des patientes** : indique l'âge des patientes au moment de l'hospitalisation.
- **Parité** : désigne le nombre d'enfants vivants.
- **Motifs de consultation** : dénomme les principaux symptômes dont la patiente se plaint lors de son entrée à l'hôpital.
- **Antécédents** : sous ce terme, nous regroupons les antécédents médico-gynéco-obstétriques désignant les pathologies rencontrées par les patientes avant leur hospitalisation ; les antécédents chirurgicaux, si les patientes ont été opérées avant l'hystérectomie pour une autre intervention chirurgicale.

- **Indications de l'hystérectomie** : ici l'hystérectomie a été indiquée pour les lésions bénignes de l'utérus, les néoplasies du corps et du col utérin et même pour les urgences gynéco-obstétricales (rupture utérine...).
- **Données cliniques** : portent des signes cliniques et des symptômes présentés par les patientes dès leur entrée avant l'intervention.
- **Examens paracliniques** : font état des résultats des examens complémentaires faits avant l'opération.
- **Voie d'abord** : c'est la voie d'abord choisie par le chirurgien pour réaliser l'hystérectomie.
- **Traitements** :
 - Préparation des patientes à opérer
 - Préparation psychologique :

Une fois que l'hystérectomie est décidée, le chirurgien organise une séance de communication avec sa patiente pour lui expliquer l'importance de cette intervention. Le colloque opérée-chirurgien consiste à expliquer l'acte opératoire, les répercussions ultérieures pour dédramatiser les conséquences de l'hystérectomie. Cette protection physique redonnera confiance à la malade et à son entourage.

- Bilan général de la future opérée :

Ce sont les examens biologiques que doit subir la patiente avant l'opération. Ce bilan comporte entre autres, les examens standards :

- NFS
- Azotémie,
- Créatininémie,
- Glycémie,
- Ionogramme sanguin...

- Préparation loco-régionale :

Faisant suite aux bilans plusieurs préparations sont systématiquement effectuées.

La préparation digestive : ne rien manger et ne rien boire après minuit, la veille de la chirurgie (6 heures avant l'opération). Eviter aussi de fumer après minuit.

La propreté : une douche ou un bain est requis la veille de la chirurgie. Bien nettoyer l'ombilic avec un coton-tige alcoolisé, pour enlever toutes les malpropretés.

Le rasage : raser la partie supérieure de la toison pubienne et couper courts, au ciseaux, les autres poils pubiens.

La préparation vaginale : la toilette vaginale est réalisée la veille par une irrigation antiseptique, puis dans les heures qui précèdent l'intervention.

Le sondage vésical : il est réalisé de préférence juste avant l'intervention, peut-être au début de l'anesthésie générale.

Les vêtements : enlever tout poli à ongles, bijoux ou maquillage la veille de la chirurgie.

Porter des vêtements amples pour prévenir toute pression au niveau de l'ombilic, la journée de l'intervention.

- Interventions

- Type d'anesthésie

C'est une anesthésie générale que nous avons adoptée. Ce sont :

- Prémédication : VALIUM 10 mg

ATROPOINE 0.5 mg

- Narcotique : NESDONAL à 2.5% 2 à 10 mg par kg de poids ou KETAMINE à la même dose.

- Analgésique : PETHIDINE 100 mg dose à repartir 10 à 20 mg sur 15 à 30 mn.

- Curare : FLAXEDIL pas de dose standard (il faut avoir un silence abdominal).

- Réanimation et antibioprophylaxie :

- Le liquide de perfusion est de 5 flacons du J1 au J3 (avec soluté macromoléculaire) puis on diminue progressivement le nombre de perfusion : 3 flacons de J3 à J5, 1 flacon pour l'antibioprophylaxie de J6 au J7.

- Poche de sang : 1 poche en générale suivant l'état d'anémie de l'opérée.

- PENICILLINE 5 Millions pendant 7 jours et GENTAMICINE 160 mg pendant 5 jours. Ceux-ci sont relayés par TETRACYCLINE 250 mg en raison de 4 comprimés le matin et 4 comprimés le soir pendant 10 jours.

- Technique chirurgicale :

C'est l'hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale.

- **Gestes associés** : c'est l'ensemble des gestes opératoires effectués en plus de l'hystérectomie.
- **Traitements adjuvants** :
 - Radiothérapie post-opératoire : cette irradiation post-opératoire (curiethérapie +/- radiothérapie externe) est destinée uniquement pour les pathologies malignes.
 - Chimiothérapie : c'est un traitement associé à la radiothérapie post-opératoire.
- **Complications per-opératoires** : ce sont les pathologies rencontrées par la patiente durant l'intervention.
- **Temps opératoire** : c'est la durée de l'opération qu'on doit passer à chaque cas d'intervention suivant les indications de l'hystérectomie.
- **Durée d'hospitalisation** : c'est l'intervalle de temps en jour après l'hystérectomie jusqu'à la sortie de la patiente.

□ **Suites opératoires :**

- suites compliquées, ce sont les pathologies rencontrées par la patiente dans la période post-opératoire.
- suites simples, ce sont les suites opératoires normales sans aucune complication passées par la patiente.
- Surveillance, après la chirurgie dans la salle de réanimation, une infirmière y surveillera la pression artérielle, le pouls, la température ainsi que la diurèse. Elle vérifie également le pansement et les intraveineuses.

II. RESULTATS

Dans les pages qui suivent nous essayons de montrer les résultats des études et observations que nous avons effectués.

1. FREQUENCE

Tableau 5 : Fréquence des hystérectomies,

ANNEE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
1999	19	3.39
2000	17	2.76
2001	15	2.34
TOTAL	51	2.80

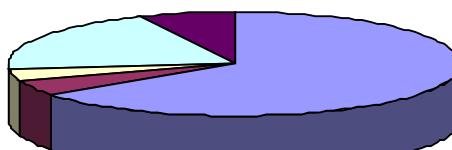
La fréquence des hystérectomies était environ de 2.80 % entre 1999 et 2001 par rapport au nombre des opérations.

Tableau 6 : Fréquence des hystérectomies par rapport aux autres interventions chirurgicales chez les femmes

INTERVENTIONS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Hystérectomie	51	3.50
Appendicetomie	945	64.94
Opération césarienne	286	19.65
Ovariectomie + Kystectomie de l'ovaire	103	7.07
Grossesse extra-utérine	70	4.81

1. Fréquence de l'hystérectomie par rapport autres

interventions chez les femmes



LES APPENDICETOMIE

■ GEU

□ HYSTERECTOMIE

■ OOC pratiquée même chez les

■ OVARECTOMIE

L'appendicetomie reste l'intervention chirurgicale la plus pratiquée même chez les femmes.

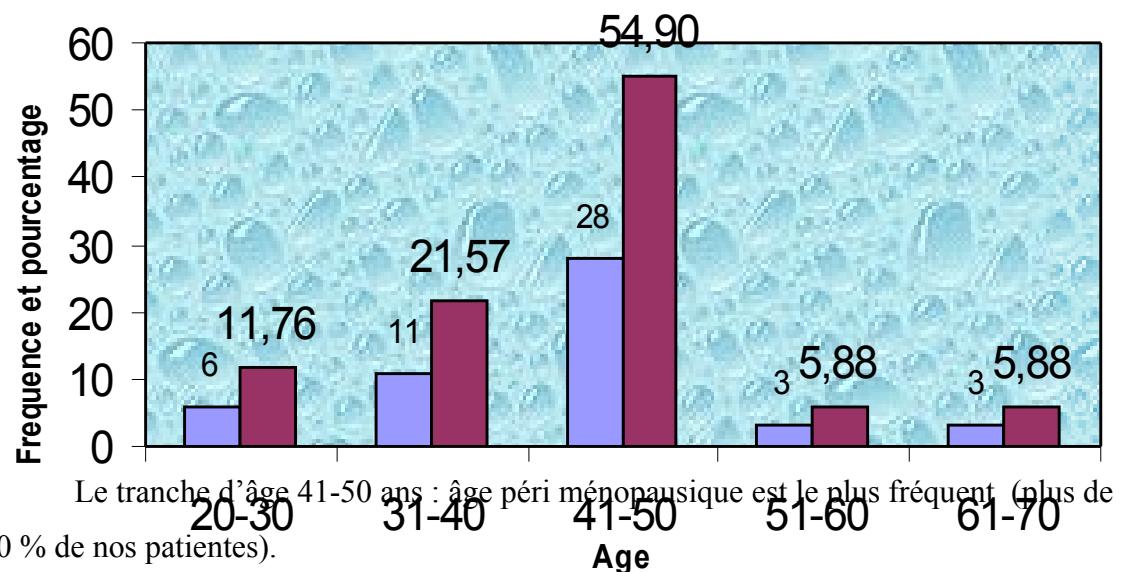
2. AGE DES PATIENTES

Tableau 7 : Répartition selon l'âge,

AGE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
20-30	06	11.76
31-40	11	21.57
41-50	28	54.90
51-60	03	5.88
61-70	03	5.88

L'âge moyen de nos patientes était de 42.25 ans avec extrême de 18 et 63 ans.

2. Répartition de l'hystérectomie selon l'âge

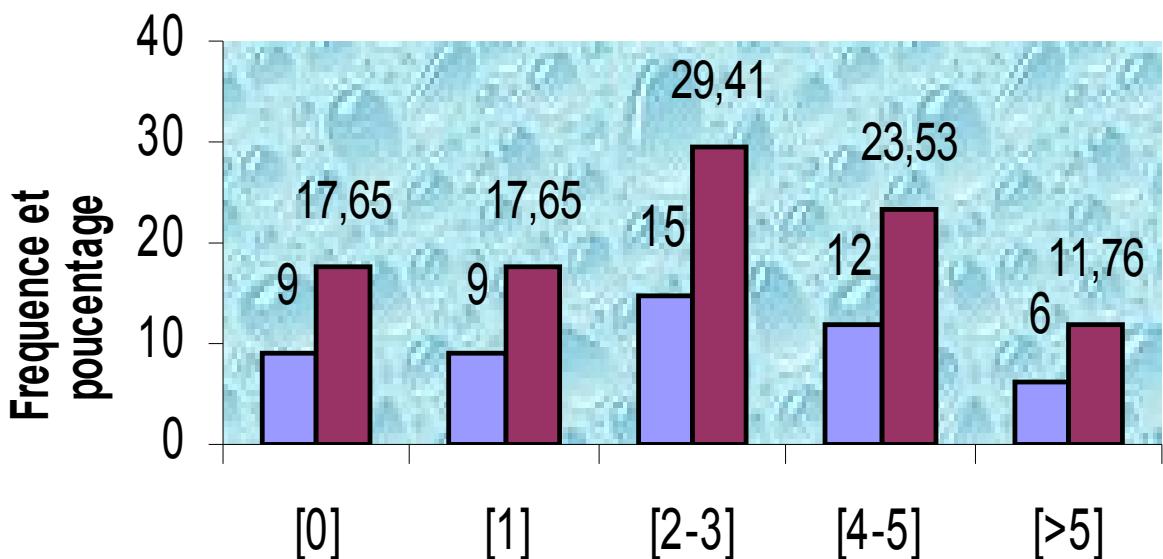


3. PARITE

Tableau 8 : Fréquence de l'hystérectomie selon la parité,

PARITE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Nullipare (0)	9	17.65
Primipare (1)	9	17.65
Paucipare (2-3)	15	29.41
Multipare (4 -5)	12	23.53
Grande multipare (> 5)	6	11.76

3. Répartition de l'hystérectomie selon la parité



Près de la moitié (52.93 %) des patientes ont au moins 2 enfants
Parité

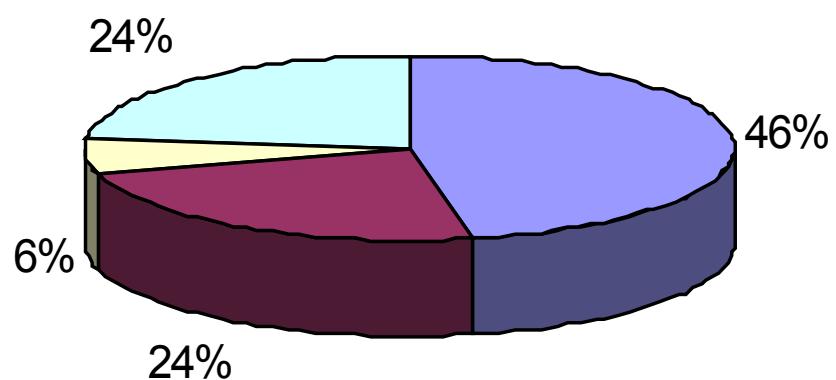
4. MOTIFS DE CONSULTATION

Tableau 9 : Répartition selon les motifs de consultation

MOTIFS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
- Métrorragie	24	47.06
- Augmentation du volume de l'abdomen et masse abdomino-pelvienne (AVA+MAP)	12	23.53
- Masse latéro-utérine (MLU)	3	05.88
- Algies pelviennes	12	23.53

La métrorragie est le symptôme le plus fréquent des motifs de consultation, présente chez la moitié de nos patientes.

4. Répartition selon les motifs de consultation



■ METRORRAGIES ■ AVA+MAP ■ MLU ■ ALGIES PELVIENNES

5. ANTECEDENTS

5.1. Antécédents médico-gynéco-obstétriques

Tableau 10 : Répartition selon les antécédents médico-gynéco-obstétriques

Antécédents médico-gynéco-obstétriques	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Avortement provoqué	16	31.37
Avortement spontané	6	11.76
Infections génitales	12	23.53
Hypertension artérielle	2	3.92
Hémorragie génitale	10	19.60
Trouble des règles	5	9.80
TOTAL	51	100

Tous nos patientes ont eu au moins un de ces antécédents.

5.2. Antécédents chirurgicaux

Tableau 11 : Répartition selon les antécédents chirurgicaux,

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Appendicectomie	5	9.80
Grossesse extra-utérine	1	1.96
Opération césarienne	1	1.96
Annexectomie	1	1.96
Kyste de l'ovaire	3	5.88
TOTAL	11	21.58

11 de nos patientes ont présenté une cicatrice abdominale dont : 5 au niveau du point de Mac BURNEY (appendicectomie) et 6 sur la ligne blanche sous-ombilicale (LMSO pour les autres antécédents).

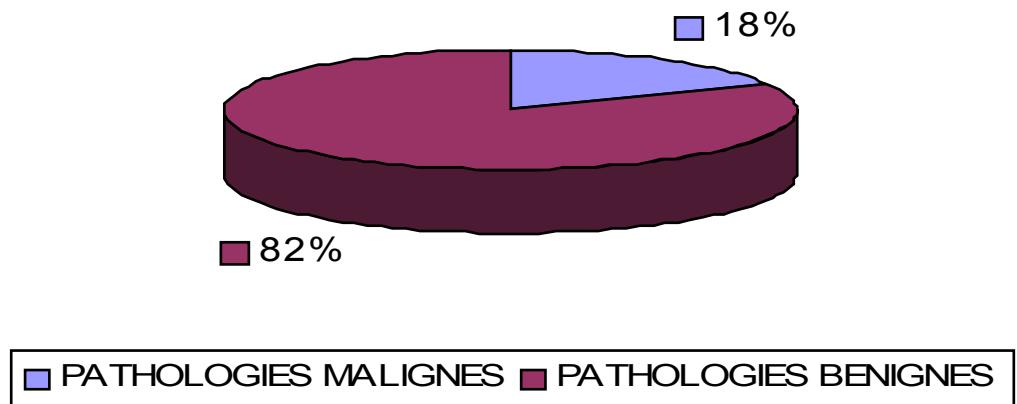
6. INDICATIONS DE L'HYSERECTOMIE

Tableau 12 : Répartition selon les indications,

MALADIES	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Fibrome utérin	37	72.54
Péritonite post-abortum	02	3.92
Nécrose utérine	01	1.96
Rupture utérine	02	3.92
Tumeur maligne de l'utérus	02	3.92
Tumeur maligne du col	04	7.84
Tumeur maligne de l'ovaire	03	5.88

Les fibromes utérins constituent la principale indication de notre étude : 37 de nos patientes, ce qui représente 72.54 % de nos cas

5. Représentation graphique des indications de l'hystérectomie par rapport aux pathologies.



PATHOLOGIES MALIGNES : tumeur maligne de l'utérus, tumeur maligne du col et tumeur maligne de l'ovaire (18 %).

7. ASSOCIATION DES SIGNES FONCTIONNELS A CHAQUE PATHOLOGIE

Tableau 13 : Association des signes fonctionnels à chaque pathologie

Symptôme	Fibrome	Cancer de	Cancer du	Nécrose	Rupture	Cancer
----------	---------	-----------	-----------	---------	---------	--------

	utérin	l'utérus	col	utérine	utérine	de l'ovaire
Métrrorragie	+	+	+	+	+	-
Aménorrhée	-	-	-	-	-	+
MLU	+	-	-	-	-	+
Pollakiurie	+	-	-	-	-	+
Algies pelviennes	+/-	+	+	-	+	+/-
MAP	+	-	-	-	-	+

+ : présence de signe fonctionnel

- : absence de signe fonctionnel

+/- : présence ou absence de signe fonctionnel selon la patiente.

8. DONNEES CLINIQUES

Tableau 14 : Les signes généraux

SIGNES GENERAUX	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Etat général altéré	51	90.19
Pâleur cutanéo-muqueuse	21	41.18
Vomissement	06	11.76

Tableau 15 : Les signes fonctionnels

SIGNES FONCTIONNELS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Métrorragies	24	47.05
Écoulements leucorrhéiques	6	11.76
Aménorrhée	3	5.88
Algies pelviennes	12	23.53
Signes de compression	30	58.82

Tableau 16 : Les signes des examens gynécologiques

EXAMENS	PATHOLOGIES	TOTAL
Inspection et palpation	Augmentation du volume abdominal	20 (39.21 %)
	Tumeur abdomino-pelvienne	17 (33.33 %)
Toucher vaginal + Palpation abdominale	Augmentation du volume utérin	10 (19.60 %)
	Masse dépend de l'utérus	17 (33.33 %)
Examen au spéculum	Cris du Douglas	2 (3.92 %)
	Saignement de l'orifice	24 (47.05 %)
	Ecoulement de l'orifice	18 (35.29 %)
	Irrégularité du col	04 (7.84 %)

9. EXAMENS PARACLINIQUES

9.1. Biologie

Tableau 17 : Résultats de la biologie

RESULTATS DE N.F.S	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
--------------------	-----------	-----------------

Anémie	35	68.62
Hyperleucocytose	09	17.64

9.2. Radiographie sans préparation abdomino-pelvienne

Tableau 18 : Résultats de la radiographie

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Image hydro-aérique	02	3.92
Fibrome calcifié	12	23.52

9.3. Echographie abdominale

Tableau 19 : Résultats de l'échographie abdominale

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Aspects normaux	03	5.88 %
Evocatrice d'une endométrite	05	9.80 %
Un ou plusieurs noyaux hyperéchogène	21	41.17 %
TOTAL	29	56.86 %

9.4. Biopsie de l'endomètre

Tableau 20 : Résultats de l'anatomie pathologie

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Léyomyofibrome	17	33.33
Nécrobiose aseptique	02	3.92
Mole invasive	02	3.92
Cervicite chronique + kyste de Naboth	02	3.92
Hyperplasie endométriale	02	3.92
Adénocarcinome endométrioïde	05	9.80
Carcinome peu différencié	01	1.96
choriocarcinome	03	5.88
TOTAL	34	66.66

9.5. Frottis cervico-vaginal

Tableau 21 : Résultats du frottis cervico-vaginal

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Normaux	15	25.41
Quelques cellules inflammatoires	03	5.88
Infections ou irritations chroniques	10	19.60
Dysplasie ou cancer	06	11.76
Cellules néoplasiques	03	5.88
TOTAL	34	66.66

66,66 % seulement de nos patientes ont bénéficié de ces examens avant l'intervention.

9.6 Hystérosalpingographie

Tableau 22 : Résultats de l'hystérosalpingographie

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Normaux	02	3.92
Déformations utérines	08	15.68
TOTAL	10	19.60

Cet examen est réalisé chez 10 cas (19.60 %) seulement de nos patientes.

10. VOIE D'ABORD

Toutes nos patientes ont bénéficié de la voie d'abord par laparotomie médiane, notamment sous ombilicale.

11. TRAITEMENT

11.1. Préparation des patientes à opérer :

Toutes nos patientes ont bénéficié de cette préparation avant d'être opérées.

11.2. Intervention :

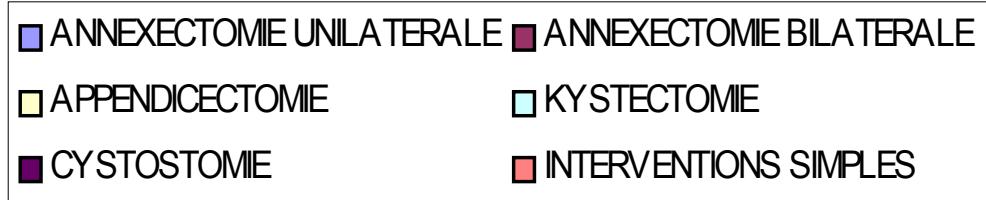
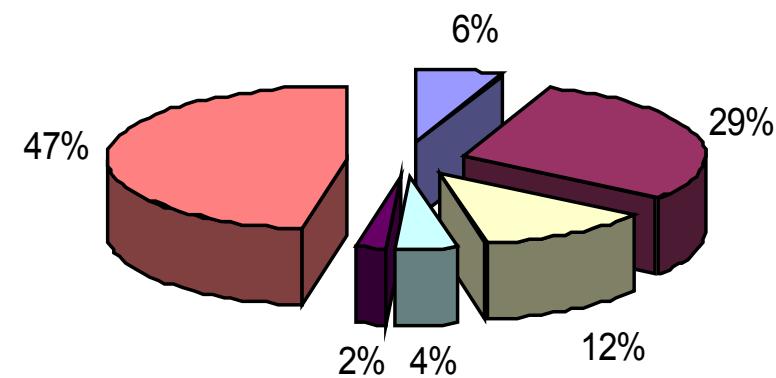
- Toutes nos patientes étaient sous anesthésie générale pendant l'opération.
- La réanimation et l'antibioprophylaxie étaient systématiques chez toutes nos patientes.
- Toutes nos patientes ont bénéficié de l'hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale comme type d'intervention.

11.3. Gestes associés

Tableau 23 : Gestes associés avec l'hystérectomie

INTERVENTIONS ASSOCIEES	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
Annexectomie unilatérale	03	5.88
Annexectomie bilatérale	15	29.41
Appendicectomie	06	11.76
Kystectomie	02	3.92
Cystostomie	01	1.96
TOTAL	27	52.94
INTERVENTIONS SIMPLES	24	47.26

6. Répartition des gestes associés par rapport à l'hystérectomie simple



Dans 52,94 % de nos hystérectomies ont été associées à une autre intervention.

11.4. Traitements adjuvants

La radiothérapie post-opératoire et la chimiothérapie étaient systématiques chez nos patientes qui avaient des pathologies malignes c'est à dire 17.64 % des cas.

12. COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES

Tableau 24 : Complications per-opératoires,

	Plaie de la vessie	Plaie urétrale	Plaie intestinale	Hémorragies > 500 ml
FREQUENCE	00	00	00	03 (05.88 %)

13. TEMPS OPERATOIRE

La durée moyenne de l'opération fut de 112.5 mn. La plus courte était de 45 mn et la plus longue était de 180 mn.

14. DUREE D'HOSPITALISATION

Tableau 25 : La durée d'hospitalisation,

DUREE	FREQUENCE	POURCENTAGE (%)
5 jours	06	11.76
6 jours	26	50.98
7 jours	06	11.76
8 jours	05	09.80
9 jours	03	05.88
10 jours	04	07.84
24 jours	01	01.96

La durée moyenne du séjours post-opératoire fut de 7.3 jours. Le plus court séjour post-opératoire de 5 jours et le plus long 24 jours.

15. SUITES OPERATOIRES

15.1. Suites compliquées

Les complications post-opératoires étaient marquées essentiellement par de morbidités fébriles et de suppurations pariétales, dont :

- 10 cas (23.3%) de pic fébrile de 39° C à J4 et à J8 post-opératoire,
- 6 cas (11.76 %) de la plaie opératoire avec collection abcédée de la paroi.

15.2. Suites simples

La plupart de nos patientes (66.66 %) ont connu des suites opératoires simples et sont retournées à domicile après 5 à 6 jours d'hospitalisation.

15.3. Surveillance

En général la suite opératoire se déroulait normalement. On avait comme résultats :

* Reprise de transit

- 48 cas (94.11 %) ayant l'émission de gaz : le J2 à J3 post-opératoire(en moyenne).
- 40 cas (78.43 %) ayant l'émission des selles : le J5 post-opératoire.

* Ablation des fils de suture

Pour la totalité de nos patientes, la suture a été enlevée

- J8 post-opératoire : 1 fil sur 2.
- J10 post-opératoire : totalité des fils.

TROISIÈME PARTIE :
COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

I- COMMENTAIRE ET DISCUSSION

La fréquence des hystérectomies était estimée à 2,80 % par rapport au nombre d'interventions chirurgicales pratiquées dans le service chirurgical de notre CHD II Moramanga.

En 1999, Ratovo (25) lors des études effectuées au CHU HJRA a comme fréquence 1.76 % et en 2000 Randriamaro (26) dans son travail au CEN.HO.SOA a montré une valeur 1.47 %. Respectivement, la fréquence observée dans notre travail est comparable à celles trouvées par ces deux auteurs.

Tandis que Barrat et ses collaborateurs (27) ont comme fréquence : 0,56% aux Etats-Unis en 1990, 0,44% au Canada en 1990 et 0,26% en Grande-Bretagne en 1985.

Dans les autres pays, la fréquence de l'hystérectomie est très variable (tableau 26).

Tableau 26 : Fréquence des hystérectomies des différents pays,

PAYS	POURCENTAGE D'HYSERECTOMIE
Canada	0,97%
USA	0,56%
Australie	0,45%
Hollande	0,39%
Angleterre	0,26%
Suède	0,16%
France	0,31%
Notre étude	2,80%

Notre fréquence relativement élevée est due au retard de prise en charge où les pathologies de l'utérus étaient vues à un stade avancé voire compliqué nécessitant presque toujours l'ablation totale de l'utérus.

Chez nous, de 1999-2001, l'hystérectomie était l'intervention la plus pratiquée après l'appendicetomie (64,94%) et l'opération césarienne (19,65%). Par contre Lansac. J (13) a trouvé que l'hystérectomie était deux fois plus fréquente que les

appendicectomies (Wilcox 1994) et c'était l'opération la plus pratiquée après la césarienne aux USA.

Pauthier. S et Fernandez. H trouvent qu'en France (3), cette intervention est largement répandue.

Le tableau 27 ci-dessous nous donne la répartition des patientes selon l'âge.

Tableau 27 : Répartition des patientes selon l'âge (10),

	AGE		
AUTEURS	20-29	40-49	60
Oueslati	4 %	58 %	4 %
Santha Ram	2,4 %	57,6 %	1,6 %
Terras	1,2 %	58,4 %	4 %
Notre série	11.7 %	54.9 %	5,8 %

La tranche d'âge la plus fréquente dans notre série est de 40 à 49 ans (54.90% des femmes hystérectomisées dans le CHDII Moramanga). C'est pratiquement les mêmes fréquences pour les autres auteurs comme Oueslati (28) 58%, Santha Ram (29) 57,6% et Terras (10) 58,4% des femmes hystérectomisées .Ce sont donc les femmes en période pré-ménopausique qui sont les plus fréquemment opérées. Car à cette période comme dans la plupart des séries, on a découvert les plus souvent les pathologies gynécologiques (bénignes ou malignes) qui nécessitent presque toujours l'hystérectomie comme traitement de référence.

11.76% des femmes hystérectomisées de notre série sont dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans. C'est très élevé (3 fois plus élevée) par rapport à ceux des autres auteurs (1 à 4% seulement).

La moyenne d'âge de nos patientes qui est de 42,25 ans est comparable à celle de plusieurs auteurs qui varie de 40 à 50 ans (10),(22).

D'après Cosson (17), les interventions sont réalisées le plus souvent chez des femmes entre 40 et 55 ans. Tandis que Barrat (27) affirme dans son ouvrage que plus du tiers des américaines de plus de 60 ans étaient hystérectomisées. Les études faites par Lansac (13) ainsi que Pauthier et Fernandez (3) ont mis une nuance que le pourcentage des femmes de 60 ans ayant été hystérectomisées varie avec les pays : il est pour la période

1985-1990, de 37% aux Etats-Unis, 20% en Grande-Bretagne, 15% en Italie, 12 % en Suède et 5,8%en France.

La parité moyenne de 4,5 est comparable à celle de 6,1 rapportée par Dancoisne et Coll (30). L'analyse de la parité a montré que toutes les femmes en âge de procréer peuvent être concernées, mais la fréquence la plus élevée se trouve chez les paucipares (2 à 3 enfants) 29,41% puis chez les multipares 23,53% et de même pour les multipares et la primipare 17,65%. Par contre, la fréquence d'hystérectomies diminue chez les grandes multipares 11.76%. Cependant, l'hystérectomie chez les nullipares et les primipares poseraient un problème de santé reproductive et pourraient engendrer des troubles psychiques chez la patiente car elle est un véritable tournant d'une vie d'une femme. Parfois celles-ci peuvent aller jusqu'à l'apparition des problèmes conjugaux , même familiaux difficiles à résoudre. Barrat et ses équipes (27) remarquent que l'hystérectomie est une intervention redoutée et souvent mal « vécue » par la femme et quelque fois par son conjoint. Deux raisons principales semblent l' expliquer :

□L'une , assez commune à toutes les interventions, reconnaît une angoisse physique liée à l'acte chirurgicale lui même : la peur de l'agression chirurgicale, la peur de ne pas se réveiller et la peur des complications .

□L'autre , plus difficile à saisir et assez spécifique à l'hystérectomie, est liée à la croyance en l'atteinte à la féminité , à la fin de la sexualité voire la perte de possibilité de toute relation sexuelle, peur de ne plus être un objet de désir. Il s'y joint aussi l'angoisse de la vieillisse si bien que la « blessure symbolique et psychologique est (en effet) très longue à cicatriser ».

Les mètrorragies (47.05%), la masse abdominale (23.53%) et les algies pelviennes (23.53 %) sont parmis les principaux motifs de consultation. Respectivement, El Amrani (31) en 1999 a observé le premier symptôme de la maladie comme mètrorragies (73.3%) suivie de l'augmentation de volume utérin (61.5%) et des algies pelviennes (13.3%). Ce constat diffère de celui rapporté par Randriamaro (26) qui classe les algies pelviennes en premier (39.18%) suivie de la menomètrorragie (31.65%) et les mètrorragies (24.05%). En général, les patientes malgaches ne consultent que dans le cas de forme grave de la maladie, telles les mètrorragies chroniques ou l'algie pelvienne rebelle au traitement médical. Dans certain cas, les malades se font traiter par des

matrones ou des masseurs avant de rejoindre le CENTRE HOSPITALIER souvent dans un état anémique et avec une masse abdominale importante.

Dans notre série (tableau 10), les antécédents médico-gynéco-obstétriques étaient marquées par l' avortement provoqué 16 cas (31.37%) , des infections génitales 12 cas (23.53%) des hémorragies génitales 10 cas (19.60%) et 5 cas (9.80%) des troubles des règles, 6 cas (11.76%) d'avortement spontané. Cependant , on peut noter aussi la notion d'HTA 2 cas (3.92%).

Plusieurs auteurs considèrent que les IVG sont les principaux antécédents les plus fréquents rencontrés chez les femmes hysterectomisées. Dans notre étude, ils représentent 31.37%. Le même phénomène se trouve dans les études faites par Terras en au Tunisie (10), Ratovo à Antananarivo (25), Touré au Mali (32), Mitsingou au Congo (33), et Tshibangue au Zaïre (34) avec respectivement 30.4%, 47.1%, 3%, 86.42% et 48.80%. Chez nous en Afrique, la plupart des avortements provoqués sont clandestins, pratiqués dans des mauvaises conditions et souvent par un personnel non qualifié. Cela entraîne de risque des complications hémorragiques, infectieuses voire mécaniques qui vont favoriser une morbidité élevée et même une mortalité importante. Tandis que dans les pays développé, les avortement y étant légaux, les risques relatifs à cet acte sont minoritaires (35). Hakim Elahi (36), dans une série de 170.000 cas d'avortements provoqués à New York fait par des médecins spécialistes, ne signale que des complications mineures avec seulement de 0.85% cas d'hémorragie. Francis et Jacot (37), dans une étude canadienne portant sur 3355 cas d'IVG entre 5 et 14 semaines d'aménorrhée et 2998 cas d'IVG entre 15 et 20 semaines d'aménorrhée, n'ont qu'un taux respectif d'hémorragie de 0.9 et 0.4%.

Les infections génitales (23.53%) prennent la seconde place dans les antécédents médico-gynéco-obstétriques dans notre série. Ratovo (25) a montré un taux de 17.7% d'infections génitales au CHU HJRA Antananarivo. Ces phénomènes infectieux sont souvent observés dans quelques pays africains. Diabate Diallo (35) en 2000 au Mali a identifié 33.3 % d'infections génitales. Presque le même taux 32.52% est découvert par Nkoua (38) en 1993.

Pour les antécédents chirurgicaux , les antécédents de chirurgie abdominale étaient marqué par l'appendicectomie 5 cas sur 51 (9.80%). Il en était de même pour la

chirurgie abdomino-pelvienne qui était dominée surtout par l'OC (opération césarienne 5.88%). On pouvait noter quand même l'existence de la GEU et l'annexectomie. Pour Charpon et ses collaborateurs (5), 21 patientes (42%) avaient un antécédent d'appendicectomie et 13 patientes (26%) présentaient un antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne.

Ngwende.(4) en 1998 dans un étude rétrospective d'une série d'hystérectomie vaginale de 82 cas, retrouvent 14 patientes ayant un antécédent d'appendicectomie et 9 cas d'un antécédent d'opération césarienne. Martin et ses équipes (23) en 1999 publient : des antécédents pelviens pouvant gêner une hystérectomie sont relevés chez 151 patientes. Si on ajoute la césarienne à ces antécédents, la proportion devient égale à 27%.

D'après ces résultats nous pouvons confirmer que l'appendicectomie et l'OC constituent les antécédents chirurgicaux les plus fréquemment observés avant l'hystérectomie quels que soient les pays.

Nos indications opératoires étaient basées sur les données anamnestiques cliniques et para cliniques. Dans notre série, les fibromes utérins ont motivé l'hystérectomie chez 37 de nos patientes ce qui représentent 72.54% de nos indications opératoires. L'intervention a été indiquée en raison de la taille très importante de fibrome et de leurs complications (les signes de compression). Ce taux est comparable à celui de Randriamaro (26) 79.2% au CEN.HO.SOA, de Lansac (13) 70.5%, de Cosson (24) 78.2% et de Ratovo (25) 82.7%. Tandis que Pauthier et Fernandez (3) ont relevé un taux de 60%.

Actuellement, plusieurs publications proposent l'abstention thérapeutique face à cette pathologie. Et surtout, en cas de fibromes asymptomatiques, aucun mode de prise en charge thérapeutique, ni médical ni chirurgicale, ne s'impose (6). Dans notre série, les fibromes étaient les plus souvent volumineux et symptomatiques. Dans ces cas, on était obligé d'enlever chirurgicalement les fibromes qui était le seul traitement définitif.

Dans les cas d'urgences, 4 cas de nos patientes ont nécessité une hystérectomie :

Les 2 premiers cas sont marqués par la rupture utérine suite à une évacuation sanitaire d'Anosibe An'Ala pour un travail prolongé depuis 72 heures. Ici la rupture utérine est causée par un accouchement dystocique. Faute d'infrastructure dans cette localité, on était obligé d'évacuer les patientes au CHD II de Moramanga qui est l'antenne

chirurgicale la plus proche. Dès leur arrivé, les patientes étaient en condition hémodynamiques précaires et en danger vital. Heureusement pour ces 2 cas de ruptures utérines, grâce à la réanimation intensive et l'hystérectomie d'urgence elles étaient toutes les 2 sauvées. Comme au Mali (39) la principale cause de cette complication est la dystocie mécanique. Varang (40) en 1999 au Cambodge, trouve 4 cas de ruptures utérines qui sont dues à des causes obstétricales notamment la présentation transverse et la malformation fœtale. En plus, dans les régions rurales, les femmes enceintes préfèrent accoucher à domicile avec l'assistance de la matrone du village. En cas de complications, la précarité des moyens d'évacuation et de transport (bateau, charrette et voiture par de route en mauvais état...) constitue un obstacle majeur pour la prise en charge de la femme. La rupture utérine est une réalité quotidienne dans les pays en voie de développement où l'aide obstétricale fait le plus souvent défaut. Elle est une des principales causes de mortalité maternelle et périnatale dans ces pays. Sa prise en charge n'est pas aisée (39). Cette réalité restera un frein à l'amélioration des conditions de la femme tant qu'elles ne seront pas résolues.

Cependant, dans les pays industrialisés, la principale cause des ruptures utérines est la désunion de la cicatrice de césarienne. Fedorkow (41) dans une série de 15 ruptures utérines trouve 7 cas de désunion de cicatrice de césarienne et Shu Qiao Mei (42) trouve 20 cas sur une série de 50 ruptures utérines. Respectivement, des chercheurs de l'université de Washington à Seattle (43), ont étudie 20095 femmes dont le premier enfant était né par césarienne et qui avait eu un second enfant. Ils ont répertorié 91 cas des ruptures utérines.

Les 2 derniers cas de cette pathologie bénigne sont occupés par la péritonite post-abortum qui est la complication d'une IVG. Cette dernière était pratiquée par nos 2 patientes de façon clandestine et dans de mauvaises conditions. D'après IPPF en 2001 (44), l'avortement provoqué est une intervention fréquente dans le monde entier.

Cependant, sur les 45 millions d'avortements provoqués chaque année, au moins la moitié le sont dans des conditions dangereuses. Une législation restrictive ne réduit pas de manière considérable le nombre globale d'avortements pratiqués, mais entraîne une augmentation importante de la proportion de ceux qui le sont dans des conditions dangereuses. Diabate Diallo (35) en 2000 à Bamako (Mali), trouve 189 cas d'avortements illégaux qui ont comme complication à type d'endométrite, de pelvi-

péritonite même de péritonite. Et Tshibangu (34) à Kinshasa (Zaïre) trouve 5.6% de cas de pelvi-péritonite après des avortements provoqués pratiqués de façon clandestine.

Lorsque l'avortement n'est pas illégal, les prestataires de services de santé devraient être suffisamment formés et disposer du matériel adéquat pour proposer des services sûrs et accessibles. En France (45), l'IVG doit être pratiquée par un médecin dans un centre hospitalier ou une clinique agréée à cet effet. Pour les mineures, le consentement de l'un au moins des deux parents est exigé. L'IVG doit être précédée d'une consultation médico-sociale et un délai de réflexion d'une semaine après cet entretien. Lapple (46), dans une étude menée en 1994 dans un centre d'orthogénie de l'hôpital Avicenne en France sur 66 femmes, note très peu de complications gynéco-obstétricales malgré le grand nombre d'IVG répétées. D'autres études plus récentes comme celles de Roth (47) sur 3877 femmes japonaises, ne montrent pas de complications gynécologiques à la suite d'IVG. Ils concluent que l'avortement effectué dans de bonnes conditions n'engendre pas de complications mais que les risques sont plus élevés après une intervention tardive effectuée dans de mauvaises conditions.

Concernant les lésions malignes, l'hystérectomie était réalisée dans 17.64% de nos patientes dont 7.84% pour cancer du col 5.88 % pour celui de l'ovaire et 3.92% pour celui de l'utérus. Ce même constat est trouvé par Samros (48) en 2000 à Takeo (Cambodge) : 18 cancers du col, 7 cancers du corps utérin et 4 cancers de l'ovaire dans les cancers d'origine gynécologique durant 18 mois. Le cancer du col occupe la première place des tumeurs malignes de l'appareil génital de la femme, et c'est le cancer qui évolue le plus lentement. Même en France (49), il est encore la première pathologie maligne rencontrée en gynécologie. Sa fréquence augmente à partir de 30 ans, et est à son maximum après la ménopause, et il demeure modérément plus élevé que celui du corps utérin qui n'apparaît presque exclusivement après la ménopause.

La seconde place est souvent occupée par le cancer du corps utérin ou inversement par celui de l'ovaire qui varie suivant les circonstances.

Dans la plupart des pays sous développés, les circonstances de découverte de ces pathologies sont macroscopiquement par l'examen clinique même lors d'une laparotomie. Cela entraîne un retard de prise en charge de la femme qui va favoriser une évolution à long terme de ceux-ci. Les risques de métastase et d'autres complications sont inévitables dans ce cas.

Tandis que dans les pays riches, le dépistage systématique de la femme permet le diagnostic précoce de cancers et la prise en charge immédiate de la femme va prolonger sa survie (50).

Sur le plan clinique, notre étude ne diffère pas des autres travaux publiés. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques. Les métrorragies (47.05%) apparaissent comme le signe d'appel le plus fréquent. La chronicité de la maladie marquée par l'altération de l'état général (90.19%) et les signes de compression (58.82%) vont conduire nos patientes à venir consulter. Les douleurs pelviennes (23.53%) ne sont que rarement signalées, de même que , l'augmentation du volume utérin (10 cas) et celui de l'abdomen (20 cas) il en est de même des masses dépendant de l'utérus (17 cas) ceux-ci ont été retrouvées à l'examen clinique de patientes.

A notre avis, cette chronicité de la maladie est due à la négligence, voire l'inconscience de nos patientes qui ne consultent qu'après un stade très avancé de leur maladie. La même situation est observée dans les autres pays en voie de développement. Au Cambodge , dans le service de maternité et de gynécologie à l'hôpital de Takeo en 2000 (48) du fait du peu de développement des structures sanitaires, les malades sont très peu habituées à se faire soigner. Chez eux à la campagne, les femmes sont soumises à de travaux très pénibles. Elles n'ont pas le temps de s'analyser, ni de s'observer, elles attendent d'être vraiment malade pour demander des conseils au guérisseur et / ou aller à l'hôpital. Souvent la maladie est déjà à un stade très avancé.

Par contre dans les pays très avancés, la mise en place d'une information forte et multivectorielle a permis de découvrir tôt la maladie d'où la prise en charge immédiate de la femme. Au Canada (51), les femmes consultent dès le début sans avoir attendu les moindres saignements vaginaux anormaux. Cette attitude permet le diagnostic précoce de 75% des cas de cancer de l'endomètre. Ainsi, les femmes bénéficient d'une prise en charge précoce qui va diminuer le taux de la morbidité.

Dans notre série, les examens para-cliniques étaient limités par les infrastructures existantes dans notre centre hospitalier et dans le CHU de la capitale, et par les conditions socio-économiques de nos patientes souvent limitées.

Notre examen biologique était marqué par l'anémie (68.62%) nécessitant une transfusion sanguine. L'ASP a montré surtout des images de fibrome calcifiés dans

(23.52%). L'hystérosalpingographie a été réalisée chez (19.60%) de nos patientes. Elle a montrée des images de fibromes banals dans 15.6 % de cas. El Amrani (31) trouve que les examens radiologiques apportent peu d'arguments en faveur du diagnostic et l'hystérographie montre un aspect plutôt évocateur d'un fibrome utérin.

L'échographie abdomino-pelvienne était marquée par un ou plusieurs noyaux hyperéchogènes dans 41.17% de nos patientes. Rudgoz (52) a affirmé que l'échographie constitue un examen de grande qualité pour l'exploration de première intention de la plupart des situations pathologiques en pratique gynécologique courante ; elle peut remplacer complètement l'hystérographie. Dans les pays développés, les investigations para cliniques concernant les pathologies utérines ont été enrichies ces dernières années par l'échographie et l'hystéroskopie. Malheureusement pour nous, seules 56.86% de nos patientes ont pu en bénéficier du fait de l'absence de cette investigation para-clinique à Moramanga.

Chez nous la biopsie ou l'examen anatomo-pathologique des pièces chirurgicales sont réalisé après l'opération et sont confiés au service d'anatomie pathologique de la capitale (Antananarivo). Les résultats variaient suivants les cas : 17 léymofibromes pour les fibromes utérins, 3 choriocarcinomes pour le cancer du col, 5 adénocarcinomes pour le cancer du corps utérin et celui de l'ovaire. Bolla (53) dans le CHU de Grenoble en France trouve que le cancer *in situ* (choriocarcinome) dans le cancer du col et les adénocarcinomes dans celui du corps utérin sont les types de cancers les plus fréquemment rencontrés.

Le dépistage en pratique courante du cancer du col de l'utérus ou des états précancéreux (dysplasie cervicale) repose depuis plusieurs décades sur la pratique de frottis cervical (54). Mignotte (49) en 1999 trouve que la pratique du frottis cervical, largement rependue en France, a permis de faire diminuer l'incidence du cancer du col utérin. En effet, si le frottis cérvico-vaginal , réalisé en dehors des saignements doit rester systématique, l'échographie par voie sus-pubienne et endo-vaginale permet d'orienter ou d'affirmer le diagnostic, et pourra être complété par l'hystéroskopie et les prélèvements histologiques endo-utérins (55). Il y a aussi d'autres examens en deuxième intention qu'il faut demander si nécessaire : l'urographie intraveineux et l'imagerie par résonance magnétique (55). A Moramanga, faute d' infrastructures ces

examens de deuxième intention restent à titre indicatif. La situation est pire à Kampong Cham (Cambodge) (40), le diagnostic a été fait macroscopiquement se basant sur la clinique. Il n'y a pas eu de frottis cervico-vaginal de dépistage au stade in situ du col, ni d'examen d'anatomo-pathologique après l'opération. Le diagnostic a été en effet de plus ou moins de bonne qualité selon le niveau des médecins et l'équipement de l'hôpital.

Les voies d'abord des hystérectomies ont de tout temps fait l'objet de discussion passionnées entre les chirurgiens vaginalistes, abdominalistes et plus récemment cœlioscopistes (11). Chacune des voies d'abord possède ses avantages et ses inconvénients qui doivent être mesurés en termes de fiabilité d'exécution, de complications, de durée opératoire, de coût, de durée d'hospitalisation, de durée de convalescence et de satisfaction des patientes (6).

Tableau 28 : Comparaison des interventions selon les voies d'abord

VOIES	Cosson et ses collaborateurs (1999) (24)	Cosson et Lenne (1999) (55)	Notre série
Abdominales	81 (10 %)	93338 (44,4 %)	51 (100 %)
Vaginales	650 (80,6 %)	10.600 (50,50 %)	00
Coelio-assistés	75 (9,4 %)	1.074 (5,1 %)	00

D'après ce tableau, Cosson (24),(55) préfère la voie vaginale 80.6% et 50.5% contre la voie abdominale avec respectivement 10% et 44.4%. Dans notre série, toutes nos patientes ont été opérées par laparotomie médiane sous ombilicale

Selon Marie-Christine Tremblay (1) en 2001 au Québec, on estime que 33% des hystérectomies sont pratiquées par voie vaginale et 66 % par voie abdominale. Ces chiffres démontrent que depuis le début des années 90, l'hystérectomie par voie vaginale a connu une hausse significative par rapport à l'intervention par voie abdominale, alors que seulement 20% des opérations se faisaient par voie vaginale.

Tandis que pour Lambaudie et ses collaborateurs (56) en 2001, la voie vaginale dans le cadre d'une hystérectomie pour lésions bénignes, quelle que soit la parité, offre un intérêt significatif en terme de mortalité par rapport aux 2 autres voies d'abord qui sont la voie vaginale coeliopréparée et la voie d'abdominale.

Cependant Ghaoui et ses collaborateurs (11) ont publié que la voie abdominale a été choisie lorsque l'utérus atteignait l'ombilic , lorsqu'il existait de très lourds antécédents chirurgicaux ou lorsque l'utérus était complètement fixés, sans aucune possibilité de mobilisation vers le bas. Parmi ces hystérectomies abdominales, ils sont certains que la voie haute a été parfois choisie par des opérateurs prudents et désirant utiliser ce qu'ils maîtrisaient.

La voie vaginale était préférée dans les autres cas, chaque fois que l'examen pré-opératoire en laissait envisager la possibilité et l'absence de pathologie annexielle. Selon Kouam (22) l'hystérectomie par voie basse a été limitée par un volume utérin comparable à 3 mois de grossesse théorique, ce qui a permis d'éviter les difficultés opératoires liés à l'excès de volume utérin.

Concernant l'hystérectomie coelioscopique selon Olsson et ses collaborateurs (57), elle est une technique sûre pour certaines patientes programmées pour des hystérectomies abdominales. Respectivement, Pelosi (58) et ses collaborateurs ont publié que pour les très gros utérus (500mg ou plus) l'hystérectomie cœlio-assistée peut être une technique efficace par rapport à la voie abdominale. Par contre, Sculpher (59) a expliqué que les femmes ayant eu une hystérectomie étaient plus satisfaites que celles ayant eu une résection hystéroskopique.

Selon Ratovo aussi bien au CHD II de Moramanga qu'au CHU HJRA d'Antananarivo (26) l'hystérectomie abdominale demeure la seule intervention pratiquée. Elle nécessite une maîtrise parfaite de la technique opératoire, préalable indispensable avant d'avoir recours aux nouvelles techniques d'hystérectomie notamment coelioscopiques. Les indications dominées par les fibromes sont bien codifiées. Les complications spécifiques peuvent être évitées par une bonne maîtrise de la technique. Les autres gestes opératoires sont effectués à ventre ouvert. La cœlioscopie n'est pas encore disponible à Moramanga même au CHU HJRA. A l'hôpital militaire (Centre Hospitalier de Soavinandriana) la cœlioscopie est très peu utilisée.

Enfin, le choix des voies d'abord dépend en grande partie de l'expérience du chirurgien et de la formation qu'il a reçue. Le chirurgien de Moramanga comme la majorité des chirurgiens malgaches a été formés en France. En France même, l'HV était délaissée au profit de la voie haute, mais elle est très pratiquée dans les pays anglo-saxons et en Allemagne (4). Malgré tout cela, Terras et ses collaborateurs (10) affirment que l'hystérectomie abdominale demeure l'intervention de référence en gynécologie car sans contre indication dans la plupart des cas et elle permet un inventaire des lésions associées et une évaluation du bilan d'extension viscérale ou péritonéale ou ganglionnaire.

La diffusion de l'hystérectomie vaginale se trouve donc limitée par le fait qu'elle est, encore actuellement, moins fréquemment pratiquée que l'hystérectomie abdominale

(60),(61). Les progrès de l'endoscopie ont apporté deux techniques récentes l'hystérectomie vaginale assistée par cœlioscopie et l'hystérectomie par coelioscopique exclusive. Ces techniques sont encore en cours d'évaluation.

Concernant le type d'intervention, il est marqué par l'hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale. Les 51 patientes (100%) ont bénéficié de cette intervention.

Tableau 29 : Comparaison des types d'intervention

AUTEURS	HYSTERECTOMIE		
	TOTALE	INTRA -FASCIALE	EXTRA- FASCIALE
TERRAS (1999) (10)	244 (97,6%)	246 (98,4%)	4 (1,6%)
COSSON (1999) (55)	927 (29,9%)	-	-
Notre série	51 (100%)	-	51 (100%)

D'après ce tableau, les hystérectomies totales occupent encore la première place selon plusieurs auteurs. Certains chirurgiens pratiquent des hystérectomies subtotalles, qui conservent le col. Mais dans tous les cas l'intégrité du vagin est conservée, ce qui permet des rapports sexuels normaux tant dans leur déroulement que dans la qualité des sensations voluptueuses légitimement recherchées. Terras (10) préfère l'hystérectomie intra-fasciale (98,4%) contre celle d'extra-fasciale (1,6%). Inversement à Moramanga , l'hystérectomie extra-fasciale occupe la totalité d'intervention de toutes les patientes hystérectomisées. De même pour Benz en Allemagne (45), il préfère habituellement l'hystérectomie extra-fasciale dans son service car elle est une intervention en générale moins longue et moins hémorragique. Il pratique cette technique dans toutes les pathologies bénignes ou malignes et associée souvent à des annexectomies bilatérale sauf dans le stade très avancé du cancer qui nécessite une hystérectomie élargie.

Pour le fibrome utérin, actuellement plusieurs auteurs proposent de conserver l'utérus s'il s'agit d'une femme jeune afin de préserver la possibilité de grossesse ultérieure. Il y a deux types d'interventions :

- Les myomectomies qui consiste à extirper chaque fibrome et après ouverture du ventre. Dr Voulgaropoulos (62) relève un inconvénient, il considère que les sutures de l'utérus constituent des cicatrices qui fragilisent la paroi lors d'un accouchement ultérieur et peuvent obliger une césarienne.

Nezaht et ses collaborateurs (63) en 1998 affirment que le risque cumulé de récidive a été de 10,6% à un an, de 31,7% à 3 ans et de 51,4% à 5 ans après les myomectomies.

- Les résections sous hystérotomie qui consiste à « raboter » les fibromes à l'aide d'une anse électrique après introduction d'une optique dans la cavité par les voies maternelle.

Barrat. J (25) en 1995 indique que l'hystérectomie ne sera proposée qu'après : l'échec du traitement médical et l'impossibilité de faire une intervention conservatrice , les procédés ont déjà permis une réduction du nombre des hystérectomies aux Etats-Unis : 725 000 en 1977, 570 000 en 1980 ainsi qu'au Canada, 48.732 en 1985 contre 44486 en 1990 (64). Tandis qu'à Moramanga, l'hystérectomie reste l'intervention la plus couramment pratiqué, du fait que nous ne disposons pas encore des matériels de coeliochirurgie et d'autres matériels d'investigations para cliniques modernes.

Respectivement, Barrat et ses collaborateurs eux même (25) appuient que « conserver l'utérus, c'est bien souvent conserver la maladie entraînant les traitements prolongés, des interventions itératives pas toujours anodines (risque de perforation de l'utérus, blessure des viscères creux et de gros vaisseaux par chirurgie endoscopique) ».

Dans notre série, pour le cancer de l'endomètre et celui du col, l'hystérectomie était dans la majorité de cas TOTALE ce qui veut dire ablation de tout l'utérus (col et corps), SUPRA-VAGINALE EXTRA-FASCIALE et NON CONSERVATRICE c'est à dire on enlève les ovaires en même temps avec l'utérus sauf chez les femmes de jeune âge avant la ménopause. Notre attitude est vérifiée par Bremond (65) en 2001, concernant le traitement de l'utérus lui-même en cas de cancer, nous nous accordons avec lui pour dire que l'hystérectomie doit être « totale ». Très récemment en 2002, Morice (66) indique que l'intervention de référence dans le cancer de l'endomètre est l'hystérectomie « totale » avec « annexectomie bilatérale ». Lui même (66) a publié que néanmoins, aucune étude n'a permis de confirmer l'intérêt de l'hystérectomie extra-fasciale par rapport à l'hystérectomie intra-fasciale simple. Le dogme de

l'hystérectomie extra-fasciale n'est pas étayé par les données de la littérature. Certains auteurs (66) ont proposé que dans le traitement du cancer de l'endomètre, cette hystérectomie devait être extra-fasciale. En effet, il existe des cellules musculaires dans le fascia externe péri-cervical. Compte tenu de cette particularité, il semblait logique de proposer une hystérectomie extra-fasciale pour optimiser l'exérèse de l'utérus et de son fascia le plus externe.

Devant les 3 cas de cancer ovarien, notre traitement reste comme celui de Morice. Chez les 2 patientes qui sont déjà ménopausées (l'une âgée de 53 ans et l'autre 69 ans) l'annexectomie étaient bilatérale. Cependant, chez une patiente plus jeune (28 ans), elle est unilatérale. En 2000, Laurie (67) mentionne que la chirurgie du cancer de l'ovaire implique une compétence technique permettant de réaliser au moins une hystérectomie abdominale totale (HAT), une salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) et une omentectomie. Chez une patiente qui désire conserver sa fertilité, la salpingo-ovariectomie unilatérale est envisageable si la lésion est à un stade peu avancé et circonscrite à un seul ovaire.

Dans notre série, toute nos patientes qui avaient des pathologies malignes ont été confiées au service de l'oncologie de HJRA (Antananarivo) après avoir effectué une hystérectomie afin de bénéficier les traitements adjuvants : la radiothérapie et la chimiothérapie. En France (68), les traitements post-opératoires sont la radiothérapie et la chimiothérapie pour le cancer du col utérin. Ils sont complétés par l'hormonothérapie pour les cancers du corps utérin et ceux de l'ovaire. Récemment en 2001, Morice (69) estime que l'hystérectomie doit être suivie d'une irradiation post-opératoire (curiethérapie +/- radiothérapie externe) lorsqu'il existe une tumeur utérine de stade II c'est-à-dire avec extension cervicale. Cette irradiation post-opératoire a pour but d'optimiser le contrôle local.

Concernant les gestes associés au cours de l'opération de l'hystérectomie : le tableau (30) nous donne une comparaison avec les autres auteurs.

Tableau 30 : Comparaison des gestes associés

AUTEURS	Appendicectomie	Annexectomie bilatérale	Annexectomie unilatérale
TERRAS	3	134	6

(1999) (10)		(53,6 %)	(2,4 %)
COSSON	-	2	-
(1999) (24)		(2,46 %)	
HTV			
LAMBAUDIE	-	11	-
(2001) (45)		(57,9 %)	
NGWENDE	-	18	-
(1998) (4)		(21,9 %)	
NOTRE SERIE	6 (11,76 %)	15 (29,41 %)	3 (05,88 %)

Sur l'ensemble des 51 cas de notre étude, 27 patientes ont eu un ou plusieurs gestes associés à l'hystérectomie. Nous avons profité de l'ouverture abdominale pour faire 6 appendicectomies. On les a vu surtout chez les femmes de jeune âge 20 à 30 ans .

L'annexectomie bilatérale systématique fut pratiquée en prévention du risque néoplasique annexielle de 15 cas (23,53%) de nos patientes. Elles ont un âge égal ou supérieur à 45 ans .

La kystectomie fut pratiquée chez 2 patientes seulement (03.92%) pour un kyste de l'ovaire associé à un fibrome utérin et à une tumeur maligne de l'utérus dont:1 kystectomie droite et 1 kystectomie gauche.

La cystostomie était pratiquée chez une femme qui avait présenté un syndrome occlusif après une OC faite dans un autre établissement il y a un mois auparavant. Après LMSO on avait découvert des brides iléo-parietale, iléo-iléale, iléo-colique et iléo-utérine et d'un gros calcul vésical qui avait conduit le chirurgien à faire une cystostomie large pour extraction de calcul. Le calcul pesait de 230 g.

Plusieurs auteurs publient que l'annexectomie au cours de l'hystérectomie quelle que soit la voie d'abord peut être réalisée soit pour une pathologie annexielle associée, soit à cause l'âge de la patiente supérieure ou égale à 45 ans.

Terras (10) décrit dans une série de 250 hystérectomies réalisées par voie abdominale, 56% d'annexectomie uni et bilatérale a été réalisée contre 1,2% seulement d'appendicectomie.

Slighter (70) rapporte que 23% des cancers après hystérectomie sont survenus chez des femmes qui avaient eu une ovariectomie unilatérale. Celle-ci ne réduit donc pas les risques de survenue de cancers sur l'ovaire néfaste. Inversement, le nombre de cancers apparus après l'hystérectomie a été évalué par Kazadi (71) sur une complication de diverses séries totalisant 24.254 hystérectomies conservatrices.

Lambaudie (56) souligne qu'il n'y a eu aucune indication lorsqu'elle était réalisée, elle était d'ordre prophylactique. Elle reposait sur l'âge de la patiente, soit un âge minimum de 45 ans ou lorsque les ovaires avaient un aspect macroscopiquement suspects. Selon Morice (72) en 1999, l'ovariectomie prophylactique est la seule mesure préventive que l'on puisse proposer chez les femmes à risque de survenue d'un cancer de l'ovaire.

Dans notre série, nous pratiquons des annexectomies systématiques chez des hystérectomisées ménopausées à titre prophylactique. Cette attitude est retrouvée dans l'article publié par Ngwende (4) de même que les autres auteurs (29),(73),(74).

Quoi qu'il en soit, de multiples paramètres doivent être pris en compte dans la décision de conserver ou non les ovaires. En outre l'appendicetomie est toujours systématique quand l'appendice est enflammé pour ne pas réouvrir l'abdomen plus tard.

Concernant le temps opératoire, dans notre série la plupart des interventions sont programmées et réglées après avoir effectué et complété les bilans et les examens complémentaires nécessaires ; et évidemment la visite pré-anesthésique, avant de pratiquer l'hystérectomie sauf les cas urgents.

Nous allons montrer dans un tableau comparatif ci-dessous les durées opératoires des résultats de la série rapportée aux données de la littérature selon Lambaudie (51) et ces collaborateurs 2001.

Tableau 31 : Comparaison des durées opératoires

	HV	HVCP	HA
LAMBAUDIE (56)	73,8 mn	140,5 mn	91,6 mn
CHARPON (75)	-	145 mn	-
FIGUEIREDO (76)	51mn	-	-
DARGENT (77)	31mn	-	45 mn
JOHNS (7)	63 mn	102 mn	82 mn

RICHARDSON (78)	81 mn	134 mn	-	-
SUMMIT (9)	64 mn	120 mn	-	-
MARTIN (23)	62 mn	117 mn	89 mn	
GHAOUI (11)	55 mn	180 mn	73 mn	
Notre série	-	-		112 mn

Dans notre série, la durée moyenne de l'opération est de 112 mn, la plus courte étant de 45 mn et la plus longue de 180 mn. A Moramanga la durée opératoire semble très augmentée par rapport à des séries de littérature. Ceci est confirmée par ce tableau : pour les autres auteurs les durées opératoires de l'HA sont tous inférieurs à 100 mn , par contre celles de notre série sont encore supérieurs à 100mn ceci pourrait être due à l'insuffisance des matériels opératoires. En plus, la plupart arrivent au stade avancé. L'ensemble des séries de littérature dans ce tableau confirme l'intérêt de l' HV par rapport à d'autres voies concernant la durée opératoire.

Par contre , l'HVCP est beaucoup moins rapide même si c'est une technique récente. Ceci est conforme à l'étude de Ngwende (4) en 1998 : la durée d'intervention de l'hystérectomie vaginale simple par rapport à l'hystérectomie vaginale avec coelio-assistance est en faveur de la première intervention. Respectivement, pour Richardson (79) en 1995 dans sa publication, il dit que la plupart des hystérectomies peut être faite par voie vaginale et la voie coelioscopique est beaucoup moins rapide.

Nezhat (8) en 1992 constate sur une série de 10 hystérectomies abdominales et 10 hystérectomies coelioscopique une durée opératoire de 160 mn contre 102 mn par laparotomie.

Les complications per-opératoires à Moramanga étaient marquées seulement par les hémorragies qui étaient la perte sanguine plus de 500 ml au cours de l'opération. Nous allons voir un tableau comparatif ci-dessous des complications per-opératoires des HA selon Terras en 1999 (10).

Tableau 32 : Comparaison des complications per-opératoires

AUTEURS	PLAIE VESICALE	PLAIE URETERALE	PLAIE INTESTINALE	HEMOR- RAGIE
Amerika (n=6435)	0,4 %	0,11 %	0,2 %	1,5 %
Dargent (n=338)	1,55 %	-	0,9 %	2,1 %
Perineau (n=738)	1,2 %	-	0,13 %	1,4 %
CHU Tours (n=340)	3,2 %	0	0	24 %
Terras (n=250)	0,8 %	0	0,4 %	4,4 %
Notre série (n=51)	0	0	0	5,88 %

Ainsi on remarque que les complications opératoires telles les plaies vésicales, urétérales ou intestinales sont souvent le fait de difficultés opératoires pour les autres auteurs, même les plus expérimentés comme Dargent.

Selon Delecour (19) pour le procédé d'hystérectomie extra-fasciale : le danger majeur est l'uretère, qui risque parfois d'être blessé par l'extrémité de la pince verticale. Il réservera donc l'hystérectomie extra-fasciale en dehors du cancer du corps utérin, aux cas simples. Ceci n'est pas toujours vrai car chez nous, l'hystérectomie extra-fasciale était indiqué même dans les cas compliqués (cancers du corps utérin, col).

Lors des interventions, nous n'avons eu aucun accident chirurgical traumatique (traumatisme vésical, intestinal, uréteral) contrairement aux résultats de certains auteurs. Cela est confirmé par nos résultats, nous n'avons pas eu des complications per-opératoires en dehors des hémorragies, pas de plaie vésicale ni intestinale ni surtout

urétérales. Concernant les hémorragies, une transfusion sanguine d'une ou deux poches a été nécessaire pour compenser les pertes sanguines.

La durée moyenne d'hospitalisation pour nos patentés était de 7,3 jours avec des extrêmes allant de 5 à 24 jours. Ce résultat est presque conforme à celui de Kouam (22) en 1996 sur 24 cas au CHU de Yaoundé (Cameroun) : la durée moyenne du séjour post-opératoire fut de 8,6 jours dont le plus court séjour post-opératoire de 4 jours et le plus long 13 jours. Chez nous à Madagascar comme ceux de Ratovo (25) au CHU HJRA en 1998 : la durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours avec des extrêmes de 10 à 24 jours. L'étude de Randriamaro (26) au CEN.HO.SOA en 2000 fait état d'une durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours. Tandis que Ngwende (4) en 1998 sur 82 interventions au CHR de Langer en France publie que la durée moyenne de séjours hospitalier était de 4 -5 jours avec des extrêmes de 4 à 13 jours.

D'après Daraï et ses collaborateurs (80) en 1998 en CHU Bichat- Claude- Bernard en France, la durée moyenne de l'hospitalisation était de 4,5 jours. Elle était de 3,76 jours pour Cosson et Lenne (55) en 1999 au CHRU de Lille en France.

Nous allons donc dresser un tableau comparatif de durées d'hospitalisation de la série rapportée par la littérature selon Lambaudie en 2001(56).

Tableau 33 : Comparaison des durées d'hospitalisation (45)

AUTEURS	HV (jour)	HVCP (jour)	HA (jours)
LAMBAUDIE (57)	3.8	3.9	6.7
NEZHAT (63)	3	2.3	3.3
BRONITSKY (81)	3.4	1.2	4.5
JOHNS (7)	1.7	1.8	2.8
Notre série	-	-	7.3

Concernant les suites opératoires : elles sont divisées en 2 groupes en général dans notre série.

- D'abord les suites compliquées : les complications post-opératoires étaient marquées essentiellement par la morbidité fébrile et la suppuration pariétale.
 - Dans 10 cas (23,3%), il y a eu un pic fébrile de 39° C à J 4 et à J8 post-opératoire. Le diagnostic clinique d'infection paludéenne a été confirmé par l'examen hématologique (goutte épaisse) qui a montré la présence de plasmodium falciparum dans le sang. Dans ces 10 cas, les patientes sont devenues apyrétiques après un traitement anti-paludéen à base de quinine par voie entérale. Ce résultat concorde avec celui de Kouam (22) au CHU de Yaoundé (Cameroun). Il a observé quelques élévarions de température égales ou supérieurs à 38°C pendant plus de 2 jours (6 cas) qui avaient pour origine une infection paludéenne et a été vérifiée par l'examen hématologique avant d'être traitée par la quinine. Dans les zones endémiques comme Moramanga, le paludisme est une maladie infectieuse très fréquente.

Dans les pays développés, la morbidité fébrile est marquée surtout par des infections urinaires.

Comme la série de Meltomaa et ses équipes (82) en 1999 en Finlande : les complications post-opératoires sont au total de 28.5%. L'infection post-opératoire, incluant l'infection urinaire, est le problème principal, à la fois pendant le séjour à l'hôpital et la période de convalescence à domicile. Elle est aussi la raison principale d'une réadmission à l'hôpital.

Respectivement pour Ngwende I et Caubel P (4) en 1998 en France, l'infection urinaire est présente dans 7% des cas. Dans la littérature, les chiffres sont éminemment variables selon les séries ; ils vont de 7 à 63% (29),(83). Le sondage vésical prolongé multiplie par deux le risque infectieux. Plusieurs de ces infections urinaires sont préexistantes au geste chirurgical. Tandis que, dans notre série, aucune infection urinaire n'a été observée. Ceci incite à de plus grandes précautions d'asepsie dans le maniement de la sonde vésicale et son ablation le plus précocement possible (le soir de l'intervention) ; une antibioprophylaxie systématique diminue de façon significative le pourcentage d'infections post-opératoires.

- La fréquence des infection pariétales est de 11.76%. Dans ces 6 cas, elles sont marquées par une collection abcédée de la paroi. Tous les auteurs insistent non seulement sur une bonne asepsie, mais également sur une hémostase pariétale rigoureuse. Il est admis qu'elles ne baissent que de peu avec une antibioprophylaxie (13). Le même cas est observé dans l'étude de Ravololonjatovo (84) au CHU Maternité de Befelatanana en 1999, la principale complication est une hyperthermie 22,85% puis la suppuration pariétale 14,28%. Egalement pour l'étude fait par Akotionga à Ouagadougou (Burkina-Faso) en 1999 (85), la suppuration pariétale est la principale manifestation infectieuse post-opératoire après une hystérectomie.
- Une seule patiente qui avait été opérée de cystostomie en même temps que l'hystérectomie avait besoin d'une surveillance post-opératoire immédiate et très étroite du fait de son mauvais état général et de la complication de l'opération. D'où la prolongation de son séjour hospitalier qui allait jusqu' à 24 jours.

Ensuite les suites simples : la plupart de nos patients (60%) ont eu des suites opératoires simples et sont retournées à domicile après 5 à 6 jours d'hospitalisation. Notre pourcentage est comparable à celui de la littérature. Nous n'avons observé aucune complication infectieuse relative à l'intervention après l'antibioprophylaxie systématique péri-opératoire de la PENICILLINE 5 M pendant 7 jours associée à la GENTAMYCINE au moins les 5 premiers jours post-opératoire et relayée d'antibiotique per-os par TETRACYCLINE 250mg 4 comprimés le matin et 4 comprimés le soir dès le 6ème jour post-opératoire pendant 10 jours. En l'absence d'infections post-opératoires liées à l'intervention, nous sommes tentés de conclure que l'antibioprophylaxie a été efficace dans notre étude. Pour Kouam (22), il a utilisé l'AMPICILLINE associé au METRONIDAZOLE comme antibioprophylaxie et il a un résultat comparable à celui de notre série. Par contre, Terras (10) a préconisé une antibiothérapie systématique utilisant l'AMPICILLINE, la GENTAMYCINE et le METRONIDAZOLE. Malgré cela, les complications infectieuses dans leur large éventail (urinaires, pariétales, broncho-pulmonaires, morbidité fébrile isolée) étaient présentes dans 56,4% des cas. Une infection peut également se développer et il est généralement nécessaire de prévenir cette éventualité en prescrivant des antibiotiques pour une durée de 7 jours selon Desaulnier (12) le 7 mars 2002 en Canada.

Une telle étude pourrait permettre un usage limité d'antibiotiques sans pour autant affecter la durée du séjour hospitalier. Les bénéfices d'une antibioprophylaxie ainsi orientée résident dans la limitation du développement de résistance de certains germes

et dans la réduction du coût de traitement, ce qui est d'une grande importance dans notre contexte socio-économique actuellement marqué par la pauvreté dans la grande couche de la population. La plupart des auteurs qui ont étudié la morbidité fébrile des hystérectomies ont constaté que la fréquence des infections post-opératoires était plus grande après hystérectomie vaginale qu'après hystérectomie abdominale (22), (77). Crémieux (86) constate que l'efficacité de l'antibioprophylaxie n'est plus à contester. Dans 41 cas de sa série, l'antibioprophylaxie a réduit la morbidité fébrile à 41,1% dans le groupe des patientes sans antibioprophylaxie. L'antibioprophylaxie diminue de façon statistiquement significative le pourcentage d'infections post-opératoires d'après plusieurs littératures (22),(29). La majorité des auteurs s'accorde actuellement pour administrer, en dose unique pré ou per-opératoire, une CEPHALOSPORINE de première ou deuxième génération, ou bien l'association de PENICILLINE + METRONIDAZOLE ou ACIDE CLAVULANIQUE (22). Dans l'hystérectomie, l'intérêt d'une antibiothérapie prophylactique péri-opératoire est scientifiquement démontré, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale choisie (6).

➤ Grâce au lever précoce le lendemain post-opératoire nous n'avons pas eu de problème d'accidents de décubitus comme les complications thromboemboliques et nous avons eu une durée d'hospitalisation assez courte. Les complications thrombo-emboliques sont plus fréquentes après une chirurgie par voie haute selon Ghaoui et ses équipes (11) en 1999. Ils ont trouvé 1.9% de thrombo-phlébites pour la voie abdominale.

D'après Terras (10) elles ont représenté de 1,2% des cas et pour Perineau (13), elles étaient de 1,1% des cas ensuite pour Berquist (87), elles étaient de 0,66% du cas. Tandis que Martin (23) en 1998 a publié qu'une prophylaxie thromboembolique de 21 jours et un arrêt de travail de 30 à 45 jours sont prescrits à toutes les patientes, quelles que soient les voies d'abord. En outre, Ludovic Drouet (88) en 2002, insiste sur l'efficacité de l'héparine (ENOXAPARINE 40 mg) de bas poids moléculaire pour le traitement des accidents thromboemboliques

➤ La reprise du transit digestif a lieu le 2^e ou 3^e jours post-opératoire pour l'émission des gaz et au 5^e jour post-opératoire pour l'émission des selles à Moramanga suite au lever précoce. Et la reprise d'alimentation était le même jour de la reprise du transit c'est-à-dire J2 à J3. Ce résultat est comparable à

celui de Martin (23). Dans sa série la reprise du transit a lieu au 2,17 jours en moyenne.

- La plupart de nos patients étaient exécutées aux environs de 6^e jour post-opératoire si elles n'avaient pas de suites opératoires compliquées (morbilité fébrile surtout). Et l'ablation des fils des sutures se faisait le J8 post-opératoire en 1 sur 2 puis le J10 post-opératoire en totale.

Concernant la survie de nos patientes hystérectomisées après l'opération, nous ne pouvons pas la déterminer, car à partir du sixième mois de l'intervention beaucoup de nos patientes sont perdues de vue. Selon Rovirosa et ses équipes (89) en 1998 en Espagne : le pronostic des sarcomes utérins est mauvais. A 5 ans la survie globale est de 42,5% et la survie sans maladie de 39%. Cependant, heureusement pour nos patientes qui étaient revenues au contrôle du 6^e mois, elles étaient en bonne santé apparente (les patientes qui ont présenté une tumeur maligne ont été suivies conjointement avec le service d'oncologie du CHU d'Ampefiloha). Tandis qu'en Cambodge (40), aucune patiente n'est survenue pour une consultation post-opératoire, et on ne sait donc rien de devenir de ces patientes.

II – SUGGESTIONS

Dans ce travail, nos suggestions seront basées essentiellement sur ces 3 buts :

- éviter ou diminuer la fréquence relativement élevée (2,80%) de l'hystérectomie.
- inciter les femmes, par une meilleure information à accepter l'hystérectomie si elle est la principale indication.
- conscientiser les femmes pour un meilleur dépistage et une prise en charge précoce en cas de pathologies gynéco-obstétriques.

Ces objectifs formulés, on peut tirer quelques règles et quelques stratégies de santé sur le plan national.

1-Une bonne indication

Il existe encore de nombreuses indications, en dehors de la cancérologie, à l'hystérectomie. Il est souhaitable que soit définie une stratégie des explorations préalables pré-opératoires ; dans tous les cas, l'hystérectomie ne devrait qu' être réalisée très exceptionnellement dans le cadre d'urgence. Lésions bénignes et bien tolérées, les fibromes ne doivent pas être systématiquement opérés. Dans de nombreux cas ils peuvent même être simplement « surveillés » par une consultation médicale régulière. Il n'y a de toute façon jamais urgence à opérer un fibrome (les hémorragies notamment doivent être médicalement traitées et constituent exceptionnellement une indication à opérer rapidement). La tendance actuelle va vers les thérapies plus conservatrices, les femmes étant de plus en plus intéressées par une approche moins radicale (2).

- Les traitements médicaux sont principalement :
 - les traitements hormonaux (PROGESTATIFS et OESTTRO-PROGESTATIFS), les traitements AINS et les hémostatiques généraux ont des effets bénéfiques possibles pour limiter l'hyperplasie de l'endomètre et des vertus antihémorragiques dû à l'activité inhibitrice de la synthèse des prostaglandines dans l'endomètre (25).
 - Les analogues GnRH (avec complément hormonale LH, RH) et le Ru 486, en entraînant une hypoestrogénie profonde, similaire à celle observée après la ménopause sont efficaces pour diminuer les volumes des fibromes (diminution de 30 à 60% en moyenne) et faire disparaître les hémorragies (6),(90),(91).

Le traitement médical bien conduit permet de stabiliser l'évolution des fibromes, de contrôler le risque d'hémorragie et d'attendre que la ménopause vienne arranger spontanément les choses ce qui est le cas de nombreuses femmes porteuses de fibromes entre 45 et 50 ans (62).

- Les interventions conservatrices :

- la myomectomie (n'enlève que le fibrome) est une option pour la patiente qui désire garder son utérus. Elle était traditionnellement uniquement proposée aux seules femmes qui souhaitaient garder leur possibilité de grossesse. Elle est réalisée par laparotomie ou laparoscopie.
- L'embolisation : les taux de réussite semblent prometteurs avec un taux d'échecs très bas (92).
- Un nouvel appareillage ELITT (Endometrial Laser Intrauterine Thermal Therapy) vient d'être mis au point dans le traitement de ménorragie, et qui a été inventé et mis au point par une équipe de chercheurs belges de UCL. 20% des hystérectomies pourraient être évitée (93).

Il faut bien peser toutes les décisions à prendre parce que les interventions conservatrices ont besoin d'une main qualifiée et expérimentée et l'échec est fréquent et conduit à l'hystérectomie secondaire (25).

L'âge est un facteur important de décision. A Moramanga, on a trouvé 11.76% des femmes hystérectomisées dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans ce qui est trop élevé. En France, on admet qu'il faut au maximum éviter l'hystérectomie avant 40 ans (25). Aux Etats-Unis près du tiers des hystérectomies a été pratiqué à une certaine époque avant 40 ans (64), dans un but de stérilisation il est vrai. Il vaut mieux, alors recourir à des interventions conservatrices pour lesquelles, à cet âge, on peut accepter le risque de la chirurgie itérative. En revanche, après 45 ans, les interventions a minima sont à éviter si l'on n'est pas certain du bon résultat, la répétition des interventions augmentent la morbidité post-opératoire.

2-Une bonne information.

- Une bonne information est indispensable selon Jacques Barrat (25). Cette information doit être faite en dehors du cadre de l'urgence. Elle doit comporter : d'abord une explication sur la nature anatomique du geste chirurgical sur un schéma ; l'hystérectomie n'a aucune raison de détruire la féminité ; elle n'empêche pas les rapports sexuels puisque la perméabilité vaginale est conservée.
- Dans le même ordre d'idée, il faudra rassurer aussi le partenaire sur la « solidité » du fond vaginal. Les stratégies d'information doivent intégrer ce problème des partenaires.
- De même, à cette interrogation angoissante : qu'y a t-il à la place de l'utérus enlevé ? Le vide dans le ventre ? La femme doit être « rassurée ».
- Autre interrogation : pourquoi enlève-t-on le col ? Substrat pourtant dit-on, de la sensibilité féminine. Il faut expliquer l'erreur faite pendant longtemps sur son rôle dans la sexualité : ou bien le col est sain et il est en grande partie insensible, ou bien il est malade et son contact, voire le simple frottis est douloureux. Bien que certains (94) reviennent sur ces notions, l'ablation du col évite donc bien des dyspareunies post-opératoires.
- Enfin, l'information devra aussi prévenir de la nécessité du traitement hormonal substitutif, que l'on soit obligé d'enlever l'ovaire alors que la femme n'est pas ménopausée ou que la femme soit déjà ménopausée. Seule ce traitement supprimera tous les effets négatifs sur l'état général physique et la trophicité génitale. En l'absence de ce traitement, la fatigabilité et l'adynamisme peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années : la malade ne sera « plus comme avant » alors qu'elle doit être « mieux qu'avant ». On devra aussi envisager les traitements adjuvants de l'hystérectomie comme

RADIOTHERAPIE et CHIMIOTHERAPIE chez les femmes hystérectomisées pour tumeurs malignes de corps ou du col utérins. Cela va prolonger la survie de la femme au moins 5 ans post-opératoire.

3-Moment de conscientisation.

L'IEC (Information Education Communication) serait nécessaire dans le but de conscientiser les femmes de venir tôt en consultation pour les mesures de dépistage et de prise en charge précoce de pathologies gynéco-obstétriques.

- D'abord, l'éducation n'est pas vraiment le rôle du Ministère de la Santé uniquement. Elle devra être confiée à d'autres Ministères comme ceux de l'éducation nationale, de la population, même de l'économie. Puisqu'un programme d'éducation bien cadré doit être instauré.

La lutte contre l'analphabétisme surtout pour la population féminine ainsi que l'amélioration du niveau d'éducation doivent être des priorités impératives, en effet, lorsque la faculté de compréhension d'un individu est meilleure, il sera facile de l'éduquer.

- Ensuite, l'information devra être profiter de l'occasion d'une visite scolaire pour les filles à l'âge de puberté, de visite prénuptiale pour le jeune couple et de la CPN pour les femmes enceintes afin de bien faire comprendre l'importance de la consultation médicale précoce devant un trouble ou maladie en gynécologie même obstétrique. Cette information est donc indispensable pour éviter ou même réduire l'hystérectomie qui est une intervention mutilante empêchant la maternité de façon définitive . Elle est aussi responsable de troubles physiques et d'instabilités sociales chez les patientes encore jeunes.

- Enfin, en vue d'une meilleure prise en charge des patientes, l'amélioration des moyens matériels et financiers, d'une ressource humaine qualifiée sont nécessaires. Le personnel de santé dans tous les Centres de base et Maternité doivent être recyclés afin de réorganiser le IEC pour obtenir plus d'efficacité.

Les infrastructures de notre centre de santé devront être renforcées. Ainsi le CHDII de Moramanga devrait être doté de matériels de diagnostic : échographie par exemple afin de pouvoir faire une prise en charge précoce de la maladie, ainsi que des moyens de transports d'urgence pour faciliter les évacuations sanitaires. Pour être opérationnels au

niveau des différentes centres de santé, les budgets de fonctionnement du Ministère de la Santé devraient être augmentés. Le personnel de Santé devra être mieux payé pour qu'il soit plus motivé et plus assidus dans son travail.

Nous espérons donc que face à la politique de décentralisation et de déconcentration choisie par le Ministère de la Santé et une collaboration étroite avec les Bailleurs de Fonds (Union Européenne par exemple) et les organismes non-gouvernementaux (ADRA cas de Moramanga), toutes les formations sanitaires devraient avoir le minimum nécessaire des moyens d'investigation paraclinique.

CONCLUSION

Notre étude rétrospective concernant une série consécutive de 51 cas de patientes hystérectomisées, sur une période de 3 ans allant de janvier 1999 à décembre 2001 nous a permis de rapporter les indications et les intérêts de l'**HYSSTERECTOMIE TOTALE SUPRA-VAGINALE EXTRA-FASCIALE** au CHD II de Moramanga.

L'hystérectomie extra-fasciale procédé de Wiart était rarement pratiquée auparavant et ses indications restaient limitées uniquement aux cas simples (pathologies bénignes). Toutefois, grâce aux nouveaux procédés, dans notre expérience, elle est devenue plus pratiquée et a pu être effectuée dans toutes les indications possibles des hystérectomies. Nous pouvons citer entre autre le fibrome utérin (72.54% soit 37 cas), la nécrose utérine et la rupture utérine, les pathologies bénignes qui dominaient notre série dans les cas simples. Il en est de même du cancer du col (7.84% soit 4 cas), celui du corps utérin et de l'ovaire qui pouvaient bénéficier de cette nouvelle technique sans aucun problème. Les intérêts de cette nouvelle technique sont marqués surtout par une faible morbidité per ou post-opératoire. Les complications per-opératoires étaient simples. Il n'y avait aucune lésion des organes de voisinage liée à l'acte opératoire sauf un cas d'hémorragies qui étaient compensées facilement par la transfusion sanguine. Les suites opératoires étaient satisfaisantes. Il n'y avait pas de réintervention ni de décès post-opératoire sauf 10 cas de pic fébrile qui sont devenus apyrétiques après un traitement anti-paludéen et quelques cas d'infections post-opératoires qui étaient bien maîtrisées par l'antibioprophylaxie systématique. Le séjours post-opératoire est devenu plus court grâce surtout au lever précoce, le lendemain de l'opération et aussi l'alimentation précoce du 2ème ou 3ème jour post opératoire.

L'hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale est incluse dans les hystérectomies abdominales. Cette voie haute demeure l'intervention de référence en gynécologie. Mais sa réussite demande de la part de l'opérateur un sens du respect du tissu vivant, un apprentissage méthodique sans lacune, une autodiscipline absolue en opérant toujours de façon stéréotypée, une rigueur dans les indications, une attention soutenue à l'égard de gestes des assistants, une préparation soigneuse et une information approfondie pré-opératoire de la patiente pour éviter des perturbations psycho-sexuelles post-opératoires. La maîtrise parfaite de la technique opératoire par la voie haute est indispensable avant d'avoir recours aux nouvelles techniques d'hystérectomies notamment coelioscopiques. Il restera toujours une place pour les variations d'« école » dans le choix de voie

d'abord. Nous pensons que l'effort doit porter sur la formation des opérateurs à toutes les techniques afin de pouvoir répondre au souhait de Mayo, souvent cité par Dargent: « adapter l'opération à la malade, et non la malade à l'opération ! ».

Parallèlement à la formation technique nous proposons la mise en place d'une stratégie d'information adéquate, dont les objectifs seront entre autre : d'éviter ou diminuer la fréquence de l'hystérectomie et conscientiser les femmes en matière de dépistage et de prise en charge précoce de toute pathologie gynécologique ou obstétricale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tremblay MC. L'hystérectomie : comment procède-t-on à l'ablation de l'utérus ? Service vie et santé des femmes. 2001 ; 74 : 133-135.
2. Kamina P. De l'anatomie à la technique de l'hystérectomie vaginale. Rev Fr Gynécol. Obstét. 1991 ; 85 : 435-444.
3. Pauthier S, Fernandez H. Indications des hystérectomies. La Revue du Praticien Médecine Générale.1996 ;10 :11-21.
4. Ngwende I, Caubel P. Hystérectomie vaginale sans coelio-assistance. La Revue du Praticien Gynécologie et obstétrique. 1998 ; 20 : 23-27.
5. Charpon C, Dubuisson JB, Aubert V, Morice P, Garnier P, Aubriot FX, Foulot H. Hystérectomie totale per-coelioscopique. Technique opératoire, résultats et indications. J Gynecol Obstet Biol Reprod.1995 ; 24 : 802-810.
6. Matillon Y. L'hystérectomie dans la pathologie bénigne de l'utérus. Le concours Médical.1995 ;117 : 2733-2736.
7. Cosson M, Querleu D, Elhage A, Delest A, Crepin G. Coûts respectifs et complications des voies d'abord des hystérectomies. J Obstet Gynecol.1994 ; 2 : 415-424.
8. Nezhat F, Nezhat C, Gorbon S, Wilkins E. Laparoscopie versus abdominal hysterectomy. J Reprod Med.1992 ; 3 : 247-250.
9. Summit RL, Stovall TG, Lipscomb GH, Ling FW. Randomized comparison of laparoscopy assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in out patient setting. Obstet Gyneco.1992 ; 80 : 895-901.
10. Terras K, Koubaa A, Makhlouf T, Ghalleb I, Benzineb T. Les hystérectomies abdominales indications et résultats. La Tunisie Médicale. 1999 ; 77 : 87-94.
11. Ghaoui A EL, Parant O, Monrozies X, Reme JM, Tanguy Y, Perineau M, Cohen M. Hystérectomie vaginale pour fibrome. A propos de 453 cas. Comparaison rétrospective à 509 hystérectomies abdominales. Ann chir. 1999 ; 53 : 816-825.
12. Desaulniers G. Ablation de l'endomètre. Le réseau canadien pour la santé des femmes. 2002 ; 7 : 55-60.
13. Lansac J. Indications des hystérectomies. Contracept Fertil Sex. 1997 ; 25 : 816-825.
14. Deschamps PH, Trimbondeau PH, Madzou S et AL. Les hystérectomies en 1994 : aspects épidémiologiques. Référence en gynécologie obstétrique.1994 ; 2 : 9-12.

15. Aubeny E, Brunerie J, Gesbron P, Padeano MM. L'utérus : anatomie, physiologie, pathologie. Encycl Mèd Chir. Paris : Masson, 3^{ème} édition, 2000 ; 476A10.
16. Perlementer L, Walgora J. Cahiers d'anatomie, préparation au concours. Petit Bassin II. Paris : Masson, 3^{ème} édition, 1975 : 01-20.
17. Cosson M, Delest A, Querleu D. Quelle place pour l'hystérectomie dans les lésions bénignes de l'utérus non prolabé ? Contracept Fertil Sex. 1997 ; 25 : 112-119 .
18. Contamin R, Ferrieux J. Les techniques opératoires de base de l'hystérectomie abdominale. Encycl Méd Chir (Paris).1971 ; 41605 : 1-12.
19. Delacour M, Puech F, Potier A. Hystérectomie par voie abdominale (sauf pour cancer et prolapsus). Encycl Méd Chir. Paris. Techniques chirurgicales.1971 ; 41600-41603.
20. Carlson KJ, Nicols DH, Schiff I. Indication of hysterectomy. N Engl J Med. 1993 ; 328 : 856-860.
21. Lopes P, Besse O, Laurent FX, Mensier A. Les complications des hystérectomies. Ref Gynécol. Obstet.1994 ; 2 : 150-157.
22. Kouam L, Kamdom-Mogo J, Ngassa P. Indications et complications de l'hystérectomie vaginale. Une expérience débutante sur 24 cas au CHU de Yaoundé(Cameroun). Rev Fr Gynécol Obstèt.1996 ; 91 : 228-232.
23. Martin X, Gjata A, Goltier F, Raudrant D ; Hystérectomie pour lésion bénigne : peut-on tout faire par voie vaginale ? J Gynecol Obstet Biol Reprod.1999 ; 22 : 125-130.
24. Cosson M, Switala I, Querleu D, Crepin G. La voie d'abord des hystérectomies pour lésions bénignes sans prolapsus. Etude d'une série continue de 806 cas. Rev Fr Gynecol Obstet .1999 ; 94 : 17-24.
25. Ratovo AH. Indication dans hystérectomie au CHU HJRA. Thèse Médecine Antananarivo, 1999 : 5068.
26. Randriamaro B. Indication des hystérectomies dans le service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier de Savinandriana. Thèse Médecine. Antananarivo, 2000 : 5676.
27. Barrat J, Marpeau L, Léger D. Réflexion à propos de l'hystérectomie. Indications, abus, retentissement psychologique. Bull Acad Natle Mèd.1995 ; 179 :1855-1870.

28. Oeuslati R, Ben Miled E, Rachdi R, Ben Zineb T. Les hystérectomies abdominales à propos de 78 cas observés depuis 01/01/81 au 31/05/82 dans le service de gynécologie de l'hôpital Charles Nicolle. *La Tunisie Médicale*.1984 ; 2 : 125-130.
29. Santha Ram NV, Murthy NVA. Abdominal hysterectomy at area hopital, point fortin. *Trinidad West Indies Int J Gynécol*.1989 ; 28 : 137-141.
30. Dancoisne P, Abossolo T, Orvain E, Tuaillon J, Sommer JC, Rivière JP, Amat D. Critère de choix de la voie vaginale lors des hystérectomies pour lésions autres que cancer invasif. *Rev Fr Gynécol Obstét*. 1994 ; 889 : 11-14.
31. El Amarni N, Melhouf MM, Milhaud B, Pujol H, Dubois JB. Les léiomyosarcomes utérins. Etude de 15 ans. *Rev Fr Gynécol Obstét*. 1999 ; 94 : 352-356.
32. Touré AM. Contribution à l'étude des avortements provoqués au Mali (résultats d'une enquête dans 15 centres). *Mali Médicale*.1996 ; 4 : 25 – 28.
33. Mitsingou JC, Goma P. Bilan des hystérectomies abdominales pour les lésions bénignes. A propos de 523 cas colligés dans le service de la chirurgie viscérale et gynécologique de l'hôpital A. Sice de Pointe Noire (Congo). *Médecine de l'Afrique Noire*. 1999 ; 40 : 591 – 593.
34. Tshibangu B, Ntabona L, Lisilélé-Bolemba K, Mbyie L. Avortements clandestins, problème de santé publique à Kinshasha (Zaïre). *I Gyn Obst Biol Reprod*. 1984 ; 13 : 759 – 763
35. Diabate Diallo FS, Traoré M, Diakité S, Perrotin F, Dembilé F, Diarra I, Dolo A. Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998. *Cahier d'étude et de recherches francophones / Santé*. 2000 ; 10 : 243 – 247.
36. Hakim-Elahi E, Haroldm M, Michael S, Burhill L. Complications of first-trimester abortion : a report of 170.000 cases. *Obstetrics and Gynecology*. 1990 ; 76 : 129 – 135.
37. Francis R, Jacot M. A five year experience with second trimester induced abortion : no increase in complication rate as compared to the first-trimester. *Am J Obs Gyn*. 1993 ; 1186 : 633 – 637.
38. Nkoua JL. Endocardite infectieuse à porte d'entrée gynéco-obstétricale à propos de 15 cas (post-partum et post-abortum). *Am J Obs Gyn Reprod*. 1993 ; 21 : 425 – 428.

39. Qi li Ya, Chen Yu, Dolo A. La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso (Mali) à propos de 126 cas. *Médecine de l'Afrique Noire*. 2000 ; 47 : 111 – 113.
40. Varang O, Sroy B, Thyda CC, Sim KL. Hystérectomie à l'Hôpital provincial de Kampong Cham (Cambodge) en 1999. *Revue des praticiens du Cambodge*. 2000 ; 1 : 1 – 6.
41. Federkow DM et coll. Rupture of uterus in pregnancy, a Canadian hospital experience. *Obstet and Gyn Survey*. 1998 ; 2 : 98 – 105.
42. Shu Qiao Mei. La rupture utérine. A propos de 50 cas. *Guanxi Médical*. 1995 ; 16 : 398 – 405.
43. Stephane N. Après césarienne, mieux vaut éviter un accouchement naturel. *Le Magasine Musow*. 2001 ; 22 : 40-44.
44. Déclaration du Groupe Consultatif Médical International (IMAP) sur l'avortement sans risques à la suite de sa réunion de Mai 2001. *Bulletin médical de l'IPPF*. 2001 ; 35 : 1-4.
45. Benz J, Glatthaar E. *Checklist en Gynécologie*. Paris : Vigot, 1994 : 48.
46. Lapple M. Interruption volontaire de grossesse : étude descriptive et qualitative des aspects psychologiques et psycho-sociaux. *Contracept Fertil Sex*. 1994 ; 2 : 117-122.
47. Roth LH. Induced abortion and its sequelae : prematurity and spontaneous abortion. *Am J Obs Gyn*. 1984 ; 30 : 864-874.
48. Samros K, Thavy H, Sim KL. Les cancers d'origine gynécologique à l'hôpital provincial de Takeo (Cambodge) pendant 18 mois. *Revue des praticiens du Cambodge*. 2001, 15 : 164-171.
49. Mignotte H, Blanc-Jouvard A, Fontanière BF, Nachury LP, Fouillat V, Lasset C. Une expérience de dépistage de masse du cancer du col utérin dans trois communes contiguës de l'Est lyonnais : leçons pour l'avenir. *La Lettre du Gynécologue*. 1999 ; 245 : 29-33.
50. Tranbaloc P. Adénocarcinome du col utérin : les difficultés diagnostiques du pathologiste. *La Lettre du Gynécologue*. 1998 ; 237 : 27-30.
51. Alison B, Dubuc-Lissoir J, Ehlen TG, Plante M. Diagnostic du cancer de l'utérus chez les femmes ayant des saignements vaginaux anormaux. *J Soc Obstet Gynaecol Can*. 2000 ; 22 : 105-108.

52. Rudigoz RC, Salle B. Echographie et endomètre. *Rev Fr Gynécol obstét.* 1998 ; 93 : 35-37.
53. Bolla M, Couderc P, Malinas Y, Vroubos C. Cancers du col et du corps de l'utérus. *Bulletin du cancer.* 1995 ; 74 : 120-125.
54. Bory JP, Quereux C. Comment éviter en 97 la survenue d'un cancer invasif du col de l'utérus ? *Bulletin du cancer.* 1997 ; 9 : 192-197.
55. Cosson M, Lenne X. Hystérectomies et PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1999 ; 28 : 846-848.
56. Lambaudie E, Occelli B, Boukerrou M, Crépin G, Cosson M. Hystérectomie vaginale et nulliparité : indication et limite. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001 ; 30 : 325 – 330.
57. Olsson JH, Ellström M, Hahlir M. A randomised prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynecol.* 1996 ; 103 : 345 – 350.
58. Pelosi MA, Kadar N. Laparoscopically assisted for uterus weighing 500g or more. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1994 ; 1 : 405 – 409.
59. Sculpher MJ, Devyer N, Byford S, Stirrat GN. Randomised trial comparing hysterectomy and transvaginal endometrial resection : effect on health related quality of life and costs two years after surgery. *Br J Obstet Gynecol.* 1996 ; 103 : 142 – 149.
60. Treolar SA, Do KA, O'Connor VM, O'Connor DT, Yeo MA, Martin NG. Predictors of hysterectomy : an Australian Study. *AM J Obstet Gynecol.* 1999 ; 180 : 945 – 954.
61. Wilcox LS, Kourin LM, Pokras R, Strauss L, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States 1988 – 1990. *Obstet Gynecol.* 1994 ; 83 : 549 – 555.
62. Voulgaropoulos D. Les Fibromes : faut-ils opérer les fibromes de l'utérus ? *Newlster de chirurgie gynécologique.* 1998 ; 92 : 327 – 331.
63. Nizhat C, Bess O, Admon D. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomies. *Obstet Gynecol.* 1994 ; 83 : 713 – 716.
64. Lalonde A. Evaluation of surgical options In ménorrhagia. *British J Obstet Gynecol.* 1994 ; 11 : 8 – 14.

65. Bremond A, Bataillard A, Thomas L, Achard JL, Fervers B, Fondrinier E. Standards, options et recommandations pour la prise en charge chirurgicale des patientes atteintes de cancer de l'endomètre. *Bulletin du Cancer*. 2001 ; 88 : 181 – 198.
66. Morice P, Camatte S, Fondrinnier E, Rodier JF. Quelle hystérectomie faut-ils pratiquer dans les cancers de l'endomètre de Stades I et II ? *Bulletin de Cancer*. 2002 ; 89 : 157 – 159.
67. Laurie Elit, Plante M, Bessette P, DePetrillo AD, Ehlen T. Traitement chirurgical d'une masse annexielle soupçonnée de malignité. I *Soc Obstet Gynecol Can*. 2000 ; 22 : 969 – 973.
68. Larson DM, Broste SK, Krawisz BR. Surgery without radiothérapie for primary treatment of endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 1998 ; 91 : 355 – 359.
69. Morice P, Levy-Piedbois C, Ajaj S, Pautier P, Haie-Meder C, Lhommé C. Value and cost effectiveness of routine follow-up of patients for endometrial cancer. *Eur J Cancer*. 2001 ; 37 : 985 – 990.
70. Sleighter S, Boike G, Estape R, Averette H. Ovarian cancer in women in prior hysterectomy a 14 years experiences at the university of Miami. *Obstet Gynecol*. 1991 ; 78 : 681 – 685.
71. Kazadi Buanga J, Rovira Mantane J, Laparte ES. L'ovaire restant après l'hystérectomie. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1994 ; 89 : 14 – 20.
72. Morice P, Pautier P, Merciers S, Lanoux P, Spatz A, Lhommé C, Roche B, Duvillard P, Castaigne D. Ovariectomy prophylactique chez les patients à haut risque de cancer ovarien. *La Lettre du Gynécologue*. 1999 ; 245 : 38 – 40
73. Cosson M, Dulecq F, Debodinage P, Querleu D, Crepin G. Hystérectomie, indications, voies, conservations annexielles ou cervicale. *Mise à jour en Gynécologie et Obstétrique*. 1996 ; 89 : 253 – 277.
74. Arbogast JD, Welsh ED, Ricaurte EL, Pieper D. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *J Laparoendoscop Surg*. 1994 ; 22 : 185 – 190.
75. Charpon C, Dubuisson JB, Ansquer Y, Fernandez B. La mauvaise accessibilité vaginale : excellent indication de la coelio-chirurgie pour réaliser une hystérectomie. *Gynécol Obstét Biol Reprod*. 1997 ; 26 : 789 – 797.

76. Figueiredo O, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi MA. Vaginal removal of the benign nonprolapsed uterus : experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol.* 1999 ; 94 : 348 – 351.
77. Dargent D, Rudigoz RD. L'hystérectomie vaginale : notre expérience des années 1970 – 1979 (556 opérations). *I Gyn Obst Biol Reprod.* 1980 ; 2 : 895 – 908.
78. Richardson RE, Broadbent M, Bournas M, Magos Al. Randomised controlled trial fo laparoscopically assisted against conventional vaginal hysterectomy. *2nd European congress in Gynaecological Endoscopy and New Surgical Techniques.* Heidelberg Germany, 1993.
79. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is Laparoscopic hysterectomy a waste of time ? *Lancet.* 1995 ; 345 : 36 – 41.
80. Daraï E, Bernard G, FilippiniF, Fauconnier A, Benifla JL, meneux E, Benzakine Y, Panel P, Madelena P. L'hystérectomie coelio-assistée et coelio-préparée. A propos d'une série de 177cas. *Ann chir.* 1998 ; 52 ; 29-35.
81. Bronitsky C, Payne R, Stakey S, Wilkins D. A comparaison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy vs traditional total abdominal and vaginal hysterectomies. *J gynécol Surg.* 1993 ; 9 : 219-225.
82. Meltomaa SS, Makinen JI, Taalikka Mu, Helenius Hy. Complications chirurgicales : hystérectomies abdominales, vaginales et laparoscopiques dans le département gynéco-obstétrique de l'université de Turku (Finland). *J Am Coll Surg.* 1999 ; 189 : 389-396.
83. Davies A, Magos AI. Ophorectomy at the sane time as hysterectomy. *Br J Gynécol.* 1995 ; 102 : 587.
84. Ravololonjatovo H. Aspect épidemio-clinique des hystérectomies pratiquées au CHU maternité de Befelatanana en 1999. *Thèse Médecine.* Antananarivo, 2000 ; 5586.
85. Akotionga M, SawadogoY, Lankoande J, Kone B. Morbidité et mortalité maternelles post-opératoires et de ruptures utérines au centre hospitalier national de Ouagadougou. 1999 ; 94 : 460-466.
86. Crémieux AC. Du bon usage des antibiotiques en prophylaxie péri-opératoire. *La Lettre du Gynécologue.* 1998 ; 229 : 3-4.

87. Bergquist D, Agnelli G, Cohen AT, Eldor A, Nilsson PE. For the ENOXAN II Investigators duration of prophylaxis against venous thromboembolism with enoxaparin after surgery for cancer. *N Engl J Med.* 2002 ; 346 : 975-980.
88. Ludovic D. Intérêt de prolonger la prévention antithrombotique après chirurgie carcinologique ? *La revue : Sang Thrombose Vaisseaux.* 2002 ; 14 : 19-20.
89. Rovirosa A, Ordi J, Ascaso C, Casals J, Lejarcegui A, Iglesias J, Estape J, Biete A. Prognostic factors in uterine sarcomas : a 21-year retrospective study at the clinic Bard Provincial Hospital of Barcelona. *Med clin (Barc).* 1998 ; 111 : 172-176.
90. American College of Obstetrics and Gynecologists. *Uterine leiomyomata.* Washington, DC, ACOG, 1994 ; 192 : 90.
91. Stewart EA, Friedman AJ. Steroidal treatment of myomas : preoperative and long term medical therapy. *Szmin reprod Endocrinol.* 1992 ; 10 : 344 - 357.
92. Abulafia O, Sherer DM. Complications Embolisation. Département of Obstetrics and Gynecology, Health and Science Center at Brooklyn, New York, USA. *Obstet Gynecol Surv.* 1999 ; 54 : 745 – 753.
93. Ferrière I. Nouvelle approche dans le traitement de la ménorrhagie. *La Semaine Médicale.* 2000 ; 109 : 73 – 77.
94. Drife J. Conserving the cervix at hysterectomy. *British J Obstet Gynecol.* 1994 ; 101 : 563 – 564.

VELIRANO

Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireto mpampianatra ahy sy ireo mpiaramianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho; tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara amin'ny ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra : ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako hoenti-manohitra ny lalanan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara- belona amiko anie aho raha manatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : **Professeur RABARIOELINA Lala**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo

Signé : **Professeur RAJAONARIVELO Paul**

SUMMARY

Name and Christian name : **RAMIHANONTSAFIDY Hoavintsihanaka Natanaela**

Title of the thesis : **HYSTERECTOMY TOTAL SUPRA-VAGINAL EXTRA-FASCIAL :**

EXPERIENCES TO THE HOSPITAL CENTER OF DISTRICT OF

MORAMANGA

Heading : **Surgery**

Number of pages : **80**

Number of tables : **33**

Number of figures : **06**

Number of schemas : **15**

Number of references : **94**

Fifty-one supra-vaginal extra-fascial total hysterectomies were completely practiced via abdominal route during 3 years (January 1999 - December 2001) at to the Hospital Center of District II of Moramanga.

The hysterectomy frequency was 2.80 %. On average, the age of our patients was 42.25 years. The hysterectomy was especially carried out to the « paupières » and « multipares ». The operation were, in all cases, carried out in all possible indications of hysterectomy: benign and ciafty pathologies. They were often associated with an annexectomy following the situation. The mean duration of the operation was 112.5 min (range: 45-180) and the mean duration of the hospitalisation was 8.17 days (range: 5 – 24 days).

The per and postoperatore complications were minor: 1 case of peroperative hemorrhage and some cases of postoperative infections. We don't have any vicinity organ injuries. No reintervention was realized. There is no postoperative death.

Those results confirm that supra-vaginal extra-fascial total hysterectomy via abdominal route is a sure technique, feasible and reproducible.

Thanks to the technique of precious raising the postoperative next day, we didn't have any problem of decubitus accidents like the thrombocombliques complications.

Key-words : **Hysterection, Total, Supra-vaginal, Extra-fascial**

Director of thesis: **Professor RABARIOELINA Lala**

Raporter of thesis: **Doctor ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Address of the author : **Lot 15.660 Atsimondrova Ambatondrazaka (503)**

RESUME

Nom et prénoms : **RAMIHANONTSAFIDY Hoavintsihanaka Natanaela**
Titre de la thèse : **L'HYSTERECTOMIE TOTALE SUPRA-VAGINALE
EXTRA-FASCIALE : EXPERIENCES DU CENTRE
HOSPITALIER DE DISTRICT DE MORAMANGA**

Rubrique : **Chirurgie** Nombre de pages : **80** Nombre de tableaux : **33**
Nombre de figures : **06** Nombre de Schémas : **15**
Nombre de référence bibliographique : **94**

Cinquante et une hystérectomies totales supra-vaginales extra-fasciales ont été pratiquées complètement par voie abdominale durant la période de 3 ans (Janvier 1999 – Décembre 2001) au Centre Hospitalier de District niveau II de Moramanga.

La fréquence de l'hystérectomie a été de 2.80 %. L'âge moyen de nos patientes était de 42.25 ans. L'hystérectomie a été surtout effectuée chez les paucipares et multipares. Les interventions ont dans tous les cas été effectuées dans toutes les indications possibles de l'hystérectomie : pathologies bénignes et malignes. Elles étaient souvent associées avec une annexectomie suivant la situation. La durée opératoire moyenne a été de 112.5 min (extrêmes : 45-180 min) et la durée moyenne d'hospitalisation a été de 8.17 jours (extrêmes : 5-24 jours).

Les complications per et post-opératoires étaient mineures : 1 cas d'hémorragie per-opératoire et quelques cas d'infections post-opératoires. Nous n'avons aucune lésion des organes de voisinages. Aucune réintervention n'a été réalisée. Il n'y avait pas de décès post-opératoire.

Ces résultats confirment que l'hystérectomie totale supra-vaginale extra-fasciale par voie abdominale est une technique sûre, faisable et reproductible.

Grâce à la technique de lever précoce le lendemain post-opératoire, nous n'avons pas eu des problèmes des accidents de décubitus comme les complications thromboemboliques.

Mots clés : **Hystérectomie, Totale, Supra-vaginale, Extra-fasciale.**

Directeur de Thèse : **Professeur RABARIOELINA Lala**

Rapporteur : **Docteur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Adresse de l'auteur : **Lot 15.660 Atsimondrova Ambatondrazaka (503)**