

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION.....	1
I- RAPPELS.....	2
 1-RAPPEL ANATOMIQUE.....	2
 2-TECHNIQUE OPERATOIRE.....	13
II- NOS OBSERVATIONS.....	30
III-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	35
CONCLUSION.....	39

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: cas n°1 et n°2..... Page 30

Tableau II: cas n°3 et n°4.....Page 31

Tableau III: cas n°5 et n°6..... Page 32

Tableau IV: cas n°7 et n°8..... Page 33

Tableau V: cas n°9 et n°10.....Page 34

LISTE DES ABREVIATIONS

LDT : Ligature des trompes

G.P. : Gestité et Parité

O.C : Opération Césarienne

AAN : Accouchement antérieur normal

FCS : Fausse couche spontanée

j : Jour

HTA : Hypertension arterielle

J3 : Troisième jour

CHD : Centre Hospitalier Departemental

INTRODUCTION

L'hystérectomie par voie vaginale est une technique chirurgicale qui consiste à extraire un utérus malade par abord vaginal. L'abord vaginal prend une place de plus en plus importante en chirurgie gynécologique. Si l'hystérectomie vaginale n'était réservée, il y a deux décennies, qu'aux seuls utérus non augmentés de volume, de préférence prolabés; il est aujourd'hui fréquent de les aborder par voie basse. Dans l'ensemble plus de 80% des hystérectomies sont réalisées actuellement par voie basse dans le pays anglo-saxons et germaniques; et plus de 90% en France.

Les avantages des hystérectomies par voie vaginale par rapport à la voie abdominale sont nombreux. Ils concernent en tout premier lieu la patiente, notamment en raison du temps opératoire réduit, ensuite le succès esthétique de l'hystérectomie par voie vaginale qui ne nécessite pas la moindre incision abdominale. Les pertes sanguines sont minimes au cours de l'intervention. La durée de séjour d'hospitalisation est brève (3 jours au maximum) . Les suites opératoires sont simples et la convalescence de la patiente après Hystérectomie par voie vaginale, est de loin plus favorable qu'après Hystérectomie par voie abdominale. Enfin, en cas de procédure par voie vaginale, l'occasion est idéale pour corriger, au cours de la même intervention, des problèmes concomitants de cystocèle ou de rectocèle.

L'objectif de ce travail est de faire savoir tous les avantages de l'hystérectomie par voie vaginale et surtout d'essayer de lancer cette technique dans notre pays car c'est une intervention qui ne se fait pas encore d'une façon courante chez nous.

I- RAPPELS

1- RAPPEL ANATOMIQUE(1) (2)

L'utérus est l'organe de gestation, dans lequel se développe l'œuf fécondé.

1.1-Anatomie descriptive

1.1.1-Situation

L'utérus est un organe médian, situé dans le bassin entre :

- en avant la vessie ;
- en arrière le rectum ;
- en haut, l'intestin grêle et le colon pelvien ;
- en bas, le vagin.

1.1.2-Forme et orientation

a)-Forme

L'utérus a grossièrement la forme d'un tronc de cône à sommet inférieur auquel on distingue de haut en bas trois parties : le corps, l'isthme, et le col.

⇒ Le corps de l'utérus

Formé par un peu plus de la moitié supérieure de l'utérus, aplati d'avant en arrière, présente :

- Deux faces : . antéro-inférieure convexe et lisse
 - . postéro-supérieure beaucoup plus convexe, parcourue par une crête mousse médiane.
- Trois bords : . deux bords latéraux larges et arrondis
 - . un bord supérieur : le fond utérin qui est épais et arrondi, rectiligne chez les nullipares , devenant convexe après plusieurs grossesses.
- Deux angles latéraux : les cornes utérines où arrivent les trompes de Fallope.
- Une extrémité inférieure confondue avec l'isthme.

Le corps peut être palpé en combinant le toucher vaginal au palper abdominal ; sa consistance est ferme.

⇒ L'isthme de l'utérus :

est une zone rétrécie séparant le corps du col, surtout nette en avant et latéralement

⇒ Le col de l'utérus :

formé par la partie inférieure de l'utérus, moins volumineux que le corps ; grossièrement cylindrique, un peu renflé ; donne insertion à sa partie moyenne au vagin et présente :

- deux faces : antérieure et postérieure convexe ;
- deux bords latéraux et arrondis ;
- une extrémité supérieure confondue avec l'isthme ;

-une extrémité inférieure intra-vaginale : le museau de tanche qui s'ouvre dans le vagin par l'orifice externe du col. Cette portion du col et son orifice sont palpables et visibles par le toucher vaginal et l'examen au spéculum. Leur aspect est modifié par les grossesses ; ainsi :

. Chez la nullipare : le museau de tanche est conique, lisse, de consistance ferme ; l'orifice externe a la forme d'un petit cercle ou d'une fente transversale de 5 ou 6 mm ; les bords de cet orifice forment deux lèvres régulières, postérieure et antérieure qui descend plus bas.

. Chaque grossesse provoque et laisse quelques déformations : le museau de tanche s'aplatit et devient moins ferme ; l'orifice externe s'allonge transversalement de plus en plus ; ses bords deviennent irréguliers avec des déchirures.

b)- Orientation

L'orientation de l'utérus par rapport aux axes du vagin de même que la position relative du corps et du col sont variables d'un sujet à l'autre et avec la pression des organes adjacents.

Cependant, normalement, lorsque rectum et vessie sont vides, l'utérus est en antéflexion et antéversion

- Antéflexion : l'axe du corps fait avec celui du col un angle de 110° environ ouvert en avant.

- Antéversion :
 - . le corps utérin est basculé en avant de l'axe du bassin ; le fond utérin regarde en avant ;
 - . le col bascule en sens inverse, en arrière de l'axe du bassin ; son orifice externe regarde en arrière ;
 - . le remplissage de la vessie qui redresse le corps, celui du rectum qui repousse le col diminuent cette antéversion.

1.1.3- Dimension moyenne de l'utérus

- Chez les nullipares :

.corps utérin : longueur 3,5 cm ;
largeur 4 cm
épaisseur 2 cm

.La zone rétrécie de l'isthme à 0,5 cm de haut environ ;

.col utérin : longueur 2,5 cm
largeur 2,5 cm
épaisseur 2 cm

- Après plusieurs grossesses l'utérus reste plus gros, essentiellement le corps utérin dont les dimensions s'accroissent d'environ 1cm.
- La hauteur utérine varie donc entre 6,5cm et 7,5cm environ. La situation de l'utérus par rapport au squelette pelvien est assez variable ; cependant chez les nullipares le fond ne dépasse généralement pas le détroit supérieur en haut.

1.1.4-Configuration intérieure

L'utérus est un organe creux. On peut remplir la cavité utérine d'un liquide opaque au rayon x et en faire l'étude hystérographique .

La cavité utérine est aplatie et normalement virtuelle car ses deux parois antérieures et postérieures sont accolées. Elle présente deux parties, corporéale et cervicale, séparées par le rétrécissement isthmique.

- La cavité du corps :

.Triangulaire, est limitée par :

- * deux bords latéraux convexes ;
- * un bord supérieur convexe chez la nullipare, concave chez la multipare.
- * deux angles supéro-droit et gauche où s'ouvre les trompes

.Elle communique par son angle inférieur, au niveau de l'isthme, avec la cavité cervicale.

.Ses parois sont lisses.

- La cavité du col :

. fusiforme, communique en haut avec la cavité corporéale, au niveau de l'isthme, par l'orifice interne du col ;

. s'ouvre dans le vagin, au sommet du museau de tanche par l'orifice externe du col.

. les parois antérieures et postérieures sont striées ; Chaque paroi présente une saillie longitudinale paramédiane, des replis obliques en haut et en dehors, appelés plis palmés, branchés sur cette saillie.

L'ensemble de ces reliefs est appelé arbre de vie. Les saillies longitudinales et les plis palmés de chacune des faces sont décalés de façon que les deux parois s'engrènent et s'accroient parfaitement .

. La profondeur de la cavité utérine est bien entendu la longueur de l'utérus diminué de l'épaisseur du fond qui est de 1cm environ.

. la muqueuse du museau de tanche est de type vaginal ; épithélium stratifié pavimenteux mince sans couche cornée.

1.2-Rapports

1.2.1- Rapports péritonéaux, ligaments de l'utérus et fixité

a)- Rapport avec le péritoine

⇒ Le péritoine recouvre entièrement le corps de l'utérus, l'isthme et la face postérieure du segment sus-vaginal du col.

- En avant : Le péritoine se réfléchit au niveau de l'isthme et se continue avec le péritoine de la face supérieure de la vessie en formant le cul de sac vésico-utérin ; rarement il descend en avant du col jusqu'au vagin.
 - En arrière, le péritoine se réfléchit plus bas, sur la face postérieure du vagin dont il recouvre 2cm 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 continue en dehors de l'utérus avec les feuillets du ligament large.
- ⇒ Le péritoine n'est pas uniformément uni à l'utérus.
- Il est très adhérent à la muscleuse 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 postérieure du col par du tissu celluleux qui permet de le décoller facilement.

b)-Ligaments de l'utérus

L'utérus est attaché de chaque côté à la paroi pelvienne par de nombreux ligaments d'importance très variable. Ce sont :

♦au niveau du corps :

- Les ligaments latéraux ou ligaments larges ;
- Les ligaments antérieurs ou ligaments ronds ;
- Les ligaments utéro-ovariens de peu d'importance.

♦au niveau du col :

- Les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés ;
- Les ligaments vesico-utérin, moins importants.

c)-Fixité

On ne peut pas opposer les deux parties de l'utérus.

- La mobilité du corps utérin n'est qu'une mobilité de position par rapport au col. Nous avons vu que 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 :

- . Les ligaments surtout utéro-sacrés et les lames sacro-recto-génito-publiennes ;
- . Le tissu cellulo-fibreux de l'espace pelvi-rectal supérieur : dense, formant le paramètre, contenant les vaisseaux utérins qui soulève la gaine hypogastrique.

* Essentiellement, le périnée par l'intermédiaire du vagin.

- . Le col dont l'axe est oblique en bas et en arrière dans l'antéversion normale s'appuie sur la face postérieure du vagin.

. Le vagin d'obliquité inverse, en bas et en avant, traverse la fente uro-génitale formée par les releveurs de l'anus.

1.2.2- Rapports avec les organes

Le rapport le plus important sur lequel il fallait surtout insister, c'est le rapport du col de l'utérus avec l'uretère pelvien car si ce rapport n'est pas bien connu par l'opérateur, il risque de blesser cet uretère.

En effet, le col est divisé en deux parties par l'insertion vaginale : Il y a la portion sus-vaginale et la portion sous-vaginale ou museau de tanche.

1.2.2.1-Portion sus-vaginale

Ses rapports sont :

- En avant, la face postéro-inférieure de la vessie : en arrière du trigone ; séparée du col utérin par un tissu cellulaire lâche.
- En arrière, la face antérieure du rectum pelvien par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas.
- En dehors, de chaque côté :
 - * Dans la partie supérieure juxta-isthmique : la base du ligament large ou bord inférieur du mésometrium dont le tissu cellulo-fibreux contient les vaisseaux utérins ; artère, verticale, se rapprochant du bord latéral ; le plexus veineux et le tronc lymphatique latéro-utérin.

Ce sont les rapports de l'isthme et de la partie inférieure du corps utérin.

* Dans la partie sous-jacente à la précédente, au-dessus du dôme vaginal : l'uretère, l'artère utérine et les autres éléments du pédicule utéro-vaginale de Fredet. Tous ces éléments sont contenus dans le tissu cellulo-fibro-musculaire lisse de l'espace pelvi-rectal supérieur, sous-jacent au mésometrium. Ce tissu forme notamment la gaine hypogastrique : soulevée par l'artère utérine (tente ou faux de l'utérine) ; constituant dans sa partie juxta-viscérale la lame sacro-recto-génito-pubienne qui contient le plexus nerveux hypogastrique.

. L'uretère est oblique en avant et en dedans à environ 1,5cm du col utérin ; croisé par les éléments vasculaires.

. L'artère utérine se dirigeant transversalement en dedans : croise l'uretère en passant en avant et au-dessus de lui, plus ou moins sinuose, formant parfois une boucle sur l'uretère et plus ou moins perpendiculaire mais en tout cas dans un plan différent de celui de l'uretère à 15mm environ au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin et en dehors du col, au-dessous de l'isthme. Elle donne en dehors de ce croisement : les artères vésico-vaginales, nombreuses et étalées, qui croisent l'uretère par en avant et en arrière en aval du croisement avec l'utérine ; au niveau du croisement : une artère urétérale en T.

En dedans du croisement avec l'uretère, l'artère utérine : dessine une crosse à concavité supérieure et se redresse pour monter le long du bord latéral de l'utérus ; donne l'artère cervico-vaginale, volumineuse, qui se dirige transversalement en dedans, perpendiculairement à l'uretère.

Les autres éléments vasculaires sont :

. L'artère vaginale longue : oblique en bas, en avant et en dedans, croisant l'uretère en passant en arrière et au-dessous de lui à peu près au même niveau que l'utérine.

. Les veines utérines : veine utérine principale, retro-ureterique ; petite veine satellite de l'artère, pré-ureterique.

. Les lymphatiques du col : antérieure et postérieure à l'uretère avec souvent un ou deux ganglions juxta-cervicaux.

1.2.2.2- Portion intra-vaginale ou museau de tanche

- Elle répond d'abord aux culs-de-sacs (antérieur, postérieur, latéraux) et à la paroi du vagin.
. le cul-de-sac antérieur est à peine marqué. La paroi antérieure du vagin présente un peu au-dessous du col un repli transversal qui forme la limite supérieure du triangle de Pawlick.

. le cul-de-sac postérieur est profond. En regard du sommet du col qui s'appuie sur elle, la paroi postérieure du vagin est souvent épaissie.

- Par l'intermédiaire du vagin, les rapports du museau de tanche sont :

. latéralement : l'uretère oblique en bas en avant et en dedans, croisant le cul-de-sac latéral du vagin à 15mm en dehors environ, au niveau de son insertion sur le col ; le plexus veineux utéro-vaginal.

. En avant : la vessie unie au vagin par la cloison vésico-vaginale qui n'est pas une véritable cloison mais une lame de tissu cellulaire lâche ; dans ce tissu, l'uretère encore qui chemine sur le cul-de-sac antérieure du vagin sur 1 ou 2 cm, pénètre dans la vessie à 2 cm environ de la ligne médiane, débouche dans la cavité vésicale à 2,5 cm environ de l'opposé, à peu près à la hauteur de l'orifice externe du col. Les vaisseaux vésico-vaginaux ; les rameaux antérieurs du plexus nerveux hypogastrique.

. En arrière : la face antérieure du rectum séparée du vagin en haut, par le cul-de-sac de Douglas ; en bas, par un tissu lâche : la cloison recto-vaginale.

1.3- Vascularisation de l'utérus

1.3.1- Anatomie descriptive

1.3.1.1- Artères

L'utérus est vascularisé essentiellement par les artères utérines droite et gauche ; et très accessoirement par les artères ovaries et du ligament rond.

a)- Artère utérine

L'artère utérine la seule importante, a environ 15 cm de longueur, 3 mm de diamètre.

Origine :

l'artère utérine est une branche de l'artère hypogastrique, en général de son tronc antérieur ; mais les variations sont nombreuses ; en particulier, très souvent les artères utérines et ombilicales naissent par un tronc commun qui se divise plus loin précocement .

Trajet :

L'artère utérine présente successivement :

- Une première partie pariétale et retro-ligamentaire : oblique en bas et en dehors sur la paroi pelvienne en arrière du ligament large, jusqu'à un peu au-dessus de l'épine sciatique, à 5 ou 6 cm de la ligne médiane. L'artère accompagne l'uretère, en dehors de lui.
- Une deuxième partie sous-ligamentaire, dans le tissu cellulo-fibro-musculaire lisse de l'espace pelvi-rectal supérieure, sous-jacent au mésometrium : trajet presque transversal sagittal. L'artère oblique en bas, en avant et en dedans, surcroise l'uretère ; puis dessine une crosse à concavité supérieure à 15 mm au-dessus et en dehors du cul-de-sac latéral du vagin ; et pénètre dans le ligament large.
- Une troisième partie intra-ligamentaire : l'artère est d'abord verticale le long du bord latéral du corps utérin, s'en rapprochant en montant, plus ou moins sinuuse ; puis un peu au-dessous de l'angle latéral du corps elle se coude et se dirige transversalement en dehors sous le ligament utéro-ovarien.

Terminaison

L'artère utérine se termine à l'extrémité inférieure de l'ovaire : le plus souvent en s'anastomosant avec l'artère ovarienne ; rarement sans vasculariser ou au contraire en vascularisant seule l'ovaire.

Branches collatérales

L'artère utérine donne successivement :

- sous le ligament large :
 - . Les artères vésico-vaginales, nombreuses et étalées, qui naissent en dehors du croisement avec l'uretère ; croisent l'uretère par en avant et en arrière en aval du croisement utérine-uretère ; et vascularisent la base de la vessie, et la paroi antérieure du vagin.
 - . Une artère urétérale en T au niveau du croisement avec l'uretère.
 - . L'artère cervico-vaginale, volumineuse, qui naît en dedans du croisement avec l'uretère, se dirige transversalement en dedans, perpendiculaire à l'uretère et vascularise : le col de l'utérus, le cul-de-sac latéral du vagin, le bas fond vésical et la terminaison de l'uretère.

- Dans le ligament large :

. Les artères du col utérin, six en moyenne, qui naissent à distance du col, ont un trajet extra-utérin sinueux et forment un réseau vasculaire superficiel péri-cervical ; la première artère du col donne des rameaux à la partie haute du vagin, parfois une artère azygos du vagin postérieur, médiane.

. Les artères du corps, huit en moyenne, qui naissent près de l'utérus et pénètrent aussitôt dans le myomètre ; se divisent en deux branches antérieure et postérieure qui forment un réseau vasculaire intramusculaire.

. L'artère récurrente du fond utérin, née à distance de l'utérus, sous le ligament utéro-ovarien ; irriguant la zone d'insertion placentaire normale.

. Des artéries anastomotiques qui unissent deux points éloignés de l'utérine dans le ligament large.

. L'artère tubaire interne, qui naît près de l'angle latéral du corps ; chemine sous la trompe, en avant du ligament utéro-ovarien, s'anastomose avec la branche tubaire externe de l'artère ovarienne.

. Des rameaux ovariens près de la terminaison.

. Des rameaux pour le ligament large.

. Artère du ligament rond.

b)- Artères accessoires

Ce sont les artères ovariennes et du ligament rond :

- L'artère ovarienne naît de l'aorte au niveau de L2 :

. ne participe généralement à la vascularisation utérine que par ses anastomoses avec l'artère utérine : anastomose directe de sa branche ovarienne au pôle inférieur de l'ovaire ; et anastomose entre les artères tubaires externes et internes.

. rarement, elle irrigue le fond utérin devenant véritablement « utéro-ovarienne ».

- L'artère du ligament rond, née de la crosse de l'artère épigastrique :

. donne une branche ascendante qui s'anastomose à l'artère utérine ou à une de ses branches au niveau de la corne utérine.

. elle rend nécessaire la ligature du ligament rond au cours de l'hystérectomie mais est sans importance fonctionnelle.

1.3.1.2- Veines

Elles forment de chaque côté de l'utérus le plexus utéro-vaginal.

- Anastomosé en haut avec les veines ovariennes ;
- Le drainant dans la veine hypogastrique par les veines utérines :
 - . Veine utérine principale retro-ureterique ;
 - . Veine satellite de l'artère utérine plus petite.

1.3.1.3- Lymphatiques

Les lymphatiques utérins forment des réseaux dans les trois tuniques : muqueuse, muscleuse, séreuse et sous la séreuse, puis se groupent en collecteurs dont la distribution rend compte de la propagation lymphatique possible des cancers de l'utérus.

a)- Lymphatiques du corps utérin

Ils forment schématiquement trois pédicules :

- Le pédicule principal utéro-ovarien.
- Le pédicule accessoire iliaque externe.
- Un pédicule inconstant enfin suit le ligament rond.

b)- Lymphatiques du col utérin

Ils présentent souvent un ou deux petits ganglions juxta-cervicaux et forment également trois pédicules :

- Le pédicule principal iliaque externe.
- Le pédicule accessoire iliaque interne.
- Un pédicule inconstant, enfin : suit le ligament utéro-sacré.

c)- Anastomoses

Les lymphatiques du col et du corps de l'utérus ne sont pas isolés.

- Ils sont anastomosés entre eux :

- . au niveau des réseaux d'origine ;
- . par des anastomoses tronculaires au niveau de l'isthme ;
- . par un gros tronc latéro-utérin satellite externe de l'artère utérine.

- Ils sont également anastomosés avec les réseaux lymphatiques vaginal et annexiel.

2- TECHNIQUES OPERATOIRE(2)(3)(4)(5)(6)(7)

2.1- Préparation et bilans pré-opératoires

La première préparation à l'hystérectomie est tout d'abord psychologique. Il faut informer la patiente sur l'indication, sur les conséquences anatomiques et physiologiques de

l'intervention, ainsi que sur les possibilités de traitement substitutif après castration, cette information peut désamorcer les séquelles psychiques de l'intervention.

La préparation médicale a pour but d'aborder l'intervention dans les meilleures conditions générales. Le bilan pré-opératoire décèle et tente de corriger et d'équilibrer les troubles métaboliques.

On demande surtout la Numération Formule Sanguine et le taux des plaquettes, taux de prothrombine, taux d'Hémoglobine, temps de saignement, temps de coagulation, temps de Cephaline Kaolin, groupage et facteur Rhésus,

Recherche d'Agglutinine Irrégulière, glycémie, azotémie, créatininémie, uricémie, Ionogramme sanguin, électrocardiogramme, Radiographie cœur-poumon.

La veille de l'intervention, un lavement évacuateur est suffisant dans les cas habituels.

L'injection peropératoire d'un antibiotique actif sur les germes gram négatif et anaérobies vaginaux est d'intérêt démontré.

Une toilette vaginale (par exemple :polyvidone iodé) est pratiquée au bloc opératoire, de même qu'un sondage vésical évacuateur. On ne met pas en place une sonde à demeure.

La prévention des accidents thrombo-emboliques est indispensable dans les cas à risque, discutée mais souvent prescrite dans les autres cas, et repose outre le lever précoce, sur l'administration d'héparines à bas poids moléculaire dès l'intervention.

2.2- Installation et anesthésie

La patiente est en décubitus dorsal, les fesses dépassant le bord de la table.

Deux aides sont nécessaires pour l'hystérectomie par voie vaginale ainsi qu'une instrumentiste.

La patiente doit donc être placée de manière à ne pas gêner les aides, ce qui nécessite d'effacer totalement les membres inférieurs.

Deux installations sont possibles : Dans la première, les cuisses sont fléchies à 90° , les jambes à la verticale, les pieds suspendus par des arceaux.

Dans la deuxième, on accentue la flexion des cuisses, en abduction légère, tout en laissant flétrir les jambes, qui sont appuyés sur des jambières repliées au delà du plan vertical défini par le bord de la table.

Dans tous les cas, il faut éviter les compressions nerveuses dans les jambières mal orientées.

Un léger Trendelenburg éloigne les anses et met l'axe du vagin dans l'axe de l'éclairage. Une canule d'aspiration est conseillée : le champ de la chirurgie vaginale est étroit donc vite obscurci.

L'opérateur peut travailler assis ou debout selon ses habitudes.

L'anesthésie peut être indifféremment générale ou loco-régionale (rachi-anesthésie ou anesthésie péridurale)

Les tractions sur les pédicules lombo-ovariens et les manœuvres intra-péritonéale peuvent cependant être douloureux si l'anesthésie est basse.

2.3- Instrumentation

Deux instruments sont spécifiques à l'hystérectomie par voie vaginale :

- Tout d'abord les valves qui sont de deux sortes :
 - . La valve de Mangiagalli coudée à 45° qu'on place dans le cul-de-sac de Douglas et peut s'y maintenir seule sans encombrer le champ.
 - . Les valves latérales et antérieure : Ce sont les valves de Breisky en baïonnette qui existe sous plusieurs dimensions (large et étroite).
- Ensuite il y a l'aiguille de Deschamps au nombre de deux, droite et gauche, à pointe mousse, et qui sert de passe-fils dans les zones en profondeur.
- Les autres instruments appartiennent à l'instrumentation standard, citons :
 - une lame de bistouri n°23 avec porte bistouri.
 - Deux pinces à disséquer à griffe longue et courte
 - Deux pinces à disséquer sans griffe longue et courte
 - Deux pinces de Pozzi longues
 - Deux pinces de Museux
 - Quatre pinces de Jean Louis Faure
 - Deux clamps à annexes de Rogers
 - Deux portes aiguilles
 - Des ciseaux
 - Quatre pinces de Halstead
 - Des fils sertis à grande courbure et à résorption lente n°1 et 2/0

2.4- Indications et contre-indications

2.4.1- Les indications

L'hystérectomie par voie vaginale est indiquée dans les pathologies suivantes :

- fibromyome utérin de volume modéré
- adénomyose
- échecs des traitements conservateurs des hémorragies
- des désinsertions utérines et des endométrioses douloureuses après 40ans
- des dysplasies cervicales après cônnisation insuffisantes
- elle entre également dans le cadre des prolapsus génitaux
- Certains cancers gynécologiques qui ne nécessite pas une hystérectomie élargie.

2.4.2- les contre-indications

Les seules contre-indications de principes pour une hystérectomie sont :

- les fibromyomes utérins très volumineux dépassant l'ombilic

- les utérus fixés en hauteur
- les vagins totalement impraticables pour des raisons de sclérose ou de virginité
- la pathologie annexielle maligne ou massivement adhérente.

2.5- Techniques

L'hystérectomie par voie vaginale est rapide, élégante, efficace et bien tolérée. Elle doit être utilisée chaque fois que possible.

Son inconvénient est de nécessiter une formation spécifique et une connaissance de l'anatomie particulière aux chirurgies par voie basse.

2.5.1- Technique type : Hystérectomie avec conservation ovarienne pour utérus de petit volume

D'après la littérature : Le principe consiste à assurer de bas en haut les hémostases préventives, exactement à l'envers de la voie abdominale.

L'infiltration péricervicale, en début d'intervention, par une solution de vasoconstricteur est facultative, on utilise d'habitude de la xylocaïne à 1% adrénalinée diluée à moitié avec du sérum physiologique.

Le saignement est presque exclusivement pariétal, c'est à dire en provenance de la tranche d'incision vaginale et sera grossièrement proportionnel à la durée de l'intervention.. Même minime il est gênant car il obscurcit un champ étroit, mais peut être contrôlé par une aspiration excluant l'usage peu efficace des compresses.

2.5.1.1- Abord du cul-de-sac de Douglas

Le col est fortement saisi et attiré vers le haut par deux pinces de Museux placées sur chacune de ses lèvres, un des mors étant placé dans le canal endocervical.

Des valves de Breisky étroites sont disposées latéralement, la valve coudée de Mangiagalli en arrière.

Une incision limitée à l'insertion cervicale postérieure du vagin débute l'intervention. Cette incision au bistouri est franche, transversale, portant sur la totalité de l'épaisseur du vagin.

Les lèvres d'une incision suffisamment profonde doivent s'écartier spontanément de 5 à 10mm, montrant ainsi l'accès au cul-de-sac péritonéal.

Le mors postérieur de la pince postérieure est replacé sur la berge de l'incision, ce qui améliore la qualité de la traction.

Dans les bons cas, le Douglas est prêt à être saisi en un repli sagittal médian par une pince à disséquer et ouvert d'un coup de ciseaux franc. Dans les autres cas, il est trouvé plus haut, à la faveur d'un décollement de la face postérieure du col supra-vaginal, pas trop près de l'organe (on décolle la face antérieure du Douglas sans bénéfice), ni trop loin (il y a risque rectal) : 5mm est une bonne distance.

Dès que le Douglas est ouvert, le liquide péritonéal s'écoule. L'ouverture est élargie aux ciseaux le long de la face postérieure du col ; puis par traction divergente sur ses angles (on introduit d'abord un doigt et un instrument, puis deux doigts), pour atteindre environ 4cm.

Un doigt reste dans la cavité péritonéale pour abaisser le rectum et guider l'introduction de la valve de Mangiagalli. Ainsi, le rectum est définitivement protégé par cette valve qui devient autostatique. Si la tranche vaginale saigne, l'introduction de la valve peut être précédée d'une hémostase par un surjet croisé placé d'une extrémité à l'autre de la plaie, incluant de préférence le cul-de-sac péritonéal, ce qui anticipe utilement le premier temps de la fermeture vaginale, mais contribue à rétrécir l'accès au Douglas.

2.5.1.2- Abord de l'espace vesico-utérin

Les pinces de traction cervicale sont dirigées ensuite vers le bas, montrant l'insertion antérieure du vagin sur le col, tendue par une valve de Breisky antérieure.

Une incision franche est pratiquée comme en arrière à l'insertion cervicale du vagin. Sa direction d'ensemble est transversale, mais on peut avoir intérêt à l'incurver vers le bas sur sa partie médiane. Les deux incisions antérieure et postérieure sont reliées par deux incisures latérales, ne prenant pas la totalité de l'épaisseur vaginale,

qui ne serviront qu'à assurer la prise des pédicules au cours des ligatures ultérieures. L'accès au septum vesico-utérin n'est pas immédiat. Il n'est acquis qu'à la faveur de la section de fibres conjonctives sagittales reliant la base vésicale à l'isthme utérin (cloison supra-vaginale)

Ces fibres sont mises en extension par une traction vers le haut de la lèvre antérieure de l'incision saisie par une pince à disséquer sur le rayon de midi.

Elles sont coupées franchement aux ciseaux courbes, concavité dirigée vers l'utérus, en leur exact milieu, sur 2cm centré par la ligne médiane. Les coupes trop près de l'utérus conduiraient à cliver inutilement le fascia utérin. Les coupes trop latéralement conduiraient à sectionner inutilement le ligament vésico-utérin (« pilier de la vessie »).

Les coupes trop près de la tranche vaginale menaceraient la vessie, que la traction sur le vagin attire. L'accès au septum est acquis dès que les fibres sont remplacées par un tissu aréolaire. Il est approfondi au doigt sur la ligne médiane, contre l'utérus, la lèvre antérieure du vagin toujours maintenue par la même pince. Il est ensuite élargi sur la face antérieure de l'utérus, séparant ainsi de l'utérus, la base vésicale et la terminaison des uretères. Le doigt, pulpe dirigé vers l'utérus, balaye la totalité de la face antérieure de l'isthme utérin.

L'espace admet alors une valve en baïonnette dont l'introduction complète le décollement et dont le maintien à plat vers le haut par l'aide soulève la base vésicale. Lorsque la valve est légèrement latéralisée, l'uretère correspondant, qui est externe au ligament vésico-utérin est donc refoulé avec lui. Les viscères sont définitivement séparés.

2.5.1.3- Repérage des pédicules inférieures

Les principaux pédicules utérins peuvent être ensuite individualisés.

Paracervix (« ligaments cardinaux ») et ligaments utéro-sacrals forment les ligaments suspenseurs du col, sur lequel ils s'insèrent largement en arrière et latéralement, faiblement en avant. Leur limite supérieure est repérée en arrière par un doigt introduit dans le cul-de-sac de Douglas, en avant par une palmure fibreuse remontant vers l'isthme utérin, surmontée par une dépression qui marque la frontière entre paracervix (contenant les vaisseaux cervico-vaginaux) et paramètre (contenant les vaisseaux utérins).

La boucle de l'artère utérine peut être déjà visible à la faveur du décollement vésico-utérin ou palpée entre deux doigts.

Pour cette palpation, la valve est placée sous la partie gauche ou droite de la base vésicale, le col de l'utérus est attiré du côté opposé, l'index de la main droite est placée en appui à la face postérieure de la partie flaccide du ligament large, l'index de la main gauche (ou l'extrémité mousse de ciseaux courbes fermés) est introduit en avant dans la partie latérale du décollement vésico-utérin et glisse de haut en bas jusqu'à percevoir le ressaut que provoque l'artère utérine. Il ne faut pas s'attendre à percevoir des battements. Si l'artère utérine n'est pas électivement localisée, il suffira de se souvenir que la boucle passe entre la dépression déjà décrite et la partie flaccide du ligament large toujours perceptible au doigt postérieur.

Habituellement, le traitement des vaisseaux cervicaux et utérins se pratique d'abord à gauche puis à droite.

2.5.1.4- Hémostase et section des paracervix

Ils doivent être saisis et coupés en masse avec le ligament utéro-sacral correspondant. Lorsque le col est prolabé, une pince de Jean Louis Faure suffit. Dans l'hystérectomie transvaginale typique, cet instrument est inadapté car fréquemment mal placé ; il faut donc utiliser un passe-fil de Deschamps (ou à défaut un dissecteur coudé) chargé du chef libre d'une aiguille sertie, il faut obtenir de la panseuse un fil préparé par passage du chef libre du fil sur environ 10 cm de la concavité vers la convexité de l'instrument.

La ponction est pratiquée d'avant en arrière. Le col est attiré par l'aide du côté opposé.

L'instrument pénètre exactement dans la dépression située au-dessus du paracervix, près de leur insertion viscérale et ressort, guidé par le doigt postérieur, au-dessus du relief des ligaments utéro-sacrals. Le chef libre du fil est libéré du passe-fil en tirant de manière continue sa boucle (sans la lâcher) à l'aide d'une pince à disséquer, tout en retirant le passe-fil. L'aiguille est passée dans la paroi vaginale en regard de l'incision vaginale latérale : elle a pour fonction d'éviter le dérapage de cette ligature, qui prend un pédicule épais et rigide.

Le nœud est serré, ce qui nécessite que l'aide relâche sa traction sur le col. Le fil est laissé sur pince et fixé aux champs (sur le rayon de 5 heures à gauche et 7 heures à droite), sans couper les aiguilles, qui servira à reprendre à tout moment de l'intervention ce pédicule, qui a la fâcheuse habitude de se relâcher après section.

L'aide reprend sa traction en direction opposée au ligament à couper. Un bistouri froid sectionne le cul-de-sac latéral du vagin en dedans de la ligature, puis poursuit par la section des ligaments dont l'hémostase vient d'être assurée. Le trait de section doit être perpendiculaire à l'axe du col, sous peine de couper le fil qui vient d'être placé. Il faut couper épais en arrière, ce qui libère les attaches utéro-sacrées, plus prudemment en avant, où il faut respecter les dernières fibres du paracervix, qui « protègent » l'artère utérine d'une section accidentelle. L'aide en tractant sur le col, ouvre le dièdre de section et constate la descente de l'utérus.

On peut choisir dès ce moment, de reprendre la ligature du ligament suspenseur à l'aide de l'aiguille intentionnellement laissée en place au temps précédent.

2.5.1.5- Hémostase et section des utérines

Le passe-fil est plus encore à ce stade, indispensable. On aiguille la partie flaccide du ligament large, bien mise en évidence par l'index placé dans le cul-de-sac de Douglas, d'avant en arrière à l'aide de l'instrument chargé d'un fil de Dexon n°1 non serti.

La boucle de l'artère utérine est ainsi prise dans la ligature, qui est serrée dans l'incisure latérale déjà décrite, s'appuyant donc sur les ligaments suspenseurs qu'elle serre une deuxième fois. Une double ligature plus élective de l'artère utérine est une sage précaution.

On sectionne aux ciseaux, en dehors du fascia, les fibres du paramètre respectées au cours du temps précédent. Il en reste toujours plus en arrière qu'en avant de l'artère utérine, plus souvent antérieure que strictement latérale.

La dernière fibre libérée, l'utérine apparaît en dedans de sa première ligature. Une pince à disséquer attire la boucle, une pince de type Bengolea perfore au-dessus de sa concavité, écarte les tissus :

L'artère est pédiculisée, et peut être pincée du côté pariétal, coupée et liée. Si le côté viscéral ne saigne pas, comme on l'observe plus de 9 fois sur 10, il ne nécessite aucune hémostase.

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

Les deux côtés étant traités, il convient de replacer la traction sur la ligne médiane et vers le bas, ce qui donne accès au cul-de-sac vésico-utérin, visible sous la forme d'un repli blanchâtre transversal. On le saisit franchement à la pince à disséquer, pour l'ouvrir d'un coup de ciseaux, complété latéralement au ras de l'utérus, d'un ligament rond à l'autre.

Sa berge vésicale est saisie et soulevée, pour remplacer la valve antérieure qui n'avait pas quitté l'espace vésico-utérin, dans le cul-de-sac péritonéal.

2.5.1.7- Hystérectomie et examen des annexes

Il ne reste plus, pour compléter l'hystérectomie, qu'à lier les pédicules utéro-annexiels, ce qui implique de voir leur insertion au niveau des deux cornes utérines. Dans les cas

simples, lorsque l'utérus est de petit volume, l'accès au fond utérin est acquis par une simple bascule postérieure de l'utérus. La traction du col vers le haut, induit une rétroversion utérine qui en extériorise le fond. Un clamp est placé sur chacun des pédicules, prenant en masse ligament rond, trompe, ligament utéro-ovarien et vaisseaux. Ce clamp peut être placé indifféremment de bas en haut ou de haut en bas, l'essentiel est de ne prendre que l'annexe. Les doigts passés en arrière peuvent être utiles pour éloigner l'intestin.

On coupe en laissant un moignon de sécurité en aval du clamp.

Après l'hystérectomie, les annexes sont observées, et conservées si elles sont saines, à la faveur d'une légère traction sur le clamp ou d'un replacement des valves.

Cette stratégie simple peut être remplacée par une solution plus élégante et plus efficace : la bascule antérieure du fond utérin. Une légère traction vers le bas sur les pinces cervicales montre la face antérieure de l'utérus, qui est saisie le plus haut possible par une pince de Pozzi. Le fond est attiré vers le bas et extériorisé,

ce qui met à la vue les annexes, dont l'examen précède la décision de conservation, ce qui permet en cas de castration, de l'exécuter d'emblée.

Après la section des pédicules de la corne, on les lie. Une double ligature sertie est justifiée. Le premier nœud transfixie le moignon en son centre ou, lorsqu'il est particulièrement épais, sur ses deux bords. Il est serré pendant que l'aide relâche puis resserre le clamp. Une deuxième ligature transfixiante est placée, elle sera nouée, puis laissée longue et fixée au champs, sur le rayon de 2 heures à gauche et 10 heures à droite.

2.5.1.8- Péritonisation

Après une toilette péritoneale à la compresse, la valve coudée postérieure est extraite du Douglas, qu'elle masque, et replacée dans le cul-de-sac vaginal postérieur. La péritonisation peut commencer. Elle sert à isoler la cavité péritoneale de la contamination septique vaginale et à sous-péritoniser les pédicules ce qui est utile en cas d'hémorragie.

Cette péritonisation peut être précédée par la confection d'un surjet croisé vaginal postérieur déjà décrit, qui prend tranche vaginale et péritoine du Douglas.

S'il est pratiqué à ce stade, ce surjet utilise l'aiguillée (conservée en début d'intervention) prenant le paracervix gauche. Il se termine au niveau du paracervix droit en le nouant avec le chef libre de l'hémostase de ce paracervix. Ce geste, qu'on pratique systématiquement, a l'intérêt de présenter idéalement le Douglas pour la péritonisation, et surtout de compléter à la fois l'hémostase de la tranche vaginale et celle du décollement limité du septum recto-vaginal adjacent.

Dans le cas général, une seule bourse de Dexon suffit à la péritonisation. Elle commence sur le rayon de 5 heures, au niveau du Douglas puis suit les aiguilles d'une montre.

On aiguille le péritoine en regard des ligaments suspenseurs droits, puis entre eux et le moignon annexiel droit, puis le ligament utéro-ovarien, la trompe, l'angle droit du cul-de-sac vésico-utérin.

Le péritoine vésical apparaît par traction de proche en proche ou à la faveur du mouvement d'extériorisation de la valve antérieure. On aiguille en trois prises environ, jusqu'à atteindre l'angle gauche du cul-de-sac vésico-utérin, puis la trompe et l'utéro-ovarien gauche, le péritoine sous-jacent,

le péritoine en regard des ligaments suspenseurs gauche, puis le Douglas où on rejoint le premier point de la bourse qu'il reste à serrer en prenant garde à sous-péritoniser les pédicules, mais à ne pas sous-péritoniser ovaire, trompe ou appendice épiploïque. Ces gestes sont faciles si l'opérateur sait se faire aider. Une valve de Breisky large doit remplacer les valves étroites et suivre les gestes de surjet circulaire en restant diamétralement opposée au point atteint : Lorsque l'opérateur aiguille sur le rayon de 3 heures, la valve doit être placée à 9 heures. Si l'intestin est gênant, une mèche à prostate est placée dans la cavité abdominale, tout en gardant une extrémité visible, et refoulée par une large valve dont le jeu refoule simultanément mèche et anses grêles.

2.5.1.9- Fermeture vaginale

Les pédicules annexiels sont rapprochés par leur ligature sous la péritonisation. Un dernier contrôle de l'hémostase, en particulier au niveau du paracervix, précède une fermeture incomplète du vagin, dont l'objectif est l'hémostase de la tranche associée à un drainage spontané.

La partie antérieure de la plaie opératoire est alors suturée sagittalement par un surjet de Dexon. Le premier point se situe sur le rayon de 12 heures. Le dernier se situe inévitablement au contact des ligaments suspenseurs qu'il rapproche, créant en arrière un (illusoire) orifice de drainage en trou de serrure bordé par le surjet postérieur.

Le méchage n'est pas utile, non plus que la sonde vésicale à demeurer.

Un sondage vésical évacuateur permet de vérifier la clarté des urines, un toucher rectal l'intégrité de cet organe.

2.5.1.10- Suites immédiates

Les suites de l'hystérectomie vaginale simple sont habituellement sans histoire : douleur post-opératoire réduite aux heures de réveil, lever précoce, reprise du transit entre 24 et 36 heures, sortie au troisième jour.

Les incidents post-opératoires précoces sont représentés par les hémorragies et les infections.

L'infection urinaire est possible ; les infections du fond vaginal ou du tissu cellulaire pelvien sont rares et curables par antibiotiques.

Un saignement modéré est acceptable, et peut durer plusieurs jours, jusqu'à la fin de la cicatrisation vaginale dont la durée est de l'ordre de 3 semaines.

Les hémorragies de la tranche vaginale peuvent être impressionnantes, mais sont traitées par un simple point d'hémostase par voie basse. L'hémorragie des pédicules s'exprime soit par une hémorragie vaginale, reprise par voie basse, soit par un collapsus avec hémopéritoine.

Lorsque l'état général permet de la pratiquer, la coelioscopie peut servir à la toilette péritonéale et à la coagulation du vaisseau en cause.

Le seul incident tardif notable est le granulome de la cicatrice, responsable de leucorrhée et d'hémorragie minimale, traité par nitratage au cours de la consultation post-opératoire.

La dyspareunie par accollement de l'ovaire ou de la trompe est rare.

La reprise des activités professionnelles, physiques et, last but no least, sexuelles, peut être envisagée après 3 à 4 semaines.

2.5.2- Variantes et difficultés de l'hystérectomie vaginale

2.5.2.1- Castration

La castration nécessite deux temps de préparation, qui se pratique le plus souvent après l'hystérectomie.

Le premier temps consiste à attirer l'annexe vers le dedans par une pince à anneau, ce qui éloigne le ligament lombo-ovarien de la paroi et en conséquence de l'uretère.

Le deuxième consiste à clamer le ligament lombo-ovarien, et lui seul, avant de le couper et de lui appliquer une double ligature. On coupe les fils après s'être assuré d'une hémostase définitive, afin d'éviter toute traction.

Les kystes ovariens de bénignité certaine peuvent être ponctionnés par voie basse dès que leur pôle inférieur est visible, pour faciliter l'annexectomie.

Les kystes de bénignité incertaine ne seront pas une indication à la voie vaginale.

2.5.2.2- Difficultés d'accès au fond

a)- Utérus de volume moyen

Après section des utérines, on se souvient que l'accès au fond utérin, et en conséquence aux annexes, est obtenu par une bascule utérine qui n'est immédiate qu'en cas d'utérus de petit volume. Il est fréquent quand on opère surtout des utérus réellement pathologiques, de ne pas obtenir avec autant de facilité cette bascule. On peut tenter de l'aider par une traction sur une des parois, antérieure ou plus souvent postérieure, de l'utérus à l'aide des pinces de Pozzi placées progressivement de plus en plus haut, dont le rôle est moins de tirer que de soustraire la surface séreuse à la contre-pression des valves : dans ce but, on fera levier du deuxième genre sur l'angle de la valve en baïonnette. Cette traction simple est rarement efficace, et toute traction excessive entraîne une déchirure de la surface utérine.

Elle doit donc souvent être remplacée par une des trois manœuvres de facilitation qui seront successivement décrites (par ordre de préférence), mais qui peuvent être associées au cours de la même intervention.

☞ L'évidement sous-séreux: consiste à inciser circulairement sur un profondeur de 5mm l'isthme utérin. On accède ainsi à un plan séparant la couche la plus externe du myomètre (avec sa surface séreuse) de la masse utérine.

Cette dernière peut être extraite progressivement du pelvis, sans léser la couche externe donc sans danger annexiel ou viscéral, si ce plan est exploité en direction du fond utérin.

Amorcé au bistouri froid, il est poursuivi aux ciseaux droits forts, toujours circonférentiellement, sous la protection de quatre valves situées aux points cardinaux.

Ce plan totalement exsangue, est toujours bien défini et présenté aux ciseaux par une forte traction sur le col. La masse descend progressivement jusqu'au point où le fond utérin bascule spontanément, ce qui survient bien avant que l'évidement soit complet. La technique

type est alors applicable, en prenant la précaution de ne pas prendre dans le clamp annexiel la couche sous-séreuse devenue flasque, dont l'ablation est nécessaire.

Cette méthode a l'avantage de ne pas ouvrir la cavité utérine et de protéger la surface séreuse du fond, dont le chirurgien ne sait pas encore si elle est libre d'adhérence ; elle peut être conduite même si un des cul-de-sacs péritonéaux n'est pas ouvert.

☞ L'hémisection :

a pour objectif un demi-utérus à la fois ; en pratique, comme l'évidemment, elle montre souvent le fond utérin avant d'être complétée. Les pinces de traction cervicale sont placées à 3 et 9 heures. Des ciseaux droits forts pratiquent une section sagittale du col puis du corps utérin, strictement médiane pour être exsangue, sous la protection des valves antérieures et postérieures placées dans les cul-de-sac péritonéaux.

L'angle supérieur de l'incision est saisi par deux pinces de Museux symétriques, offrant à la vue la surface utérine de plus en plus haut vers le fond. Si le fond s'inverse, avant l'hémisection complète, la technique type peut reprendre ; dans le cas contraire, le geste de clampage des pédicules annexiels ou de castration d'emblée est pratiqué sur un demi-utérus extériorisé, l'autre étant refoulé dans le pelvis et traité après la première hémihystérectomie.

☞ L'amputation du col :

a pour principe de favoriser la bascule du corps utérin. Pratiquée après l'hémostase des paracervix et des utérines, elle ne présente aucune difficulté. Le col est amputé transversalement, et l'isthme repris par une pince.

b) Utérus de gros volume

Les myomes utérins de gros volume ou multiples sont la cause la plus fréquente de difficulté plus sérieuse. Les solutions sont extrêmement simples, à défaut d'être élégantes : ce sont les morcellements cunéiformes et les myomectomies premières.

La myomectomie première, éventuellement répétée plusieurs fois à la demande, résout de nombreuses difficultés. La clé de ce geste est l'accès au pôle inférieur du plus accessible des myomes, sur au moins 2cm de large. Cet accès peut être obtenu par l'évidement sous-séreux ou l'hémisection, mais il est plus élégant, si possible d'utiliser un abord direct orienté

par un palper utérin après ouverture du cul-de-sac. Le corps utérin est alors incisé dans sa partie accessible en regard du myome, sur lequel l'incision est prolongée.

Cette incisure permet la mise en place d'une pince de Pozzi, puis de deux à la faveur d'un complément de clivage de la surface du pôle inférieur du myome, puis de poursuivre l'hémisection de ce myome, qui apparaît alors progressivement à la vue, accessible à un complément de clivage.

Les myomes de volume moyen ou d'accès plus facile sont énucléés par la seule hémisection partielle ou complète ; les autres justifient un morcellement en quartier d'orange : une des tranches de section médiane initiale est saisie par des pinces de Pozzi ou de Museux, montrant une plus large part de la surface externe du myome, qui est clivé plus loin puis coupé. Après ablation du premier quartier d'orange, le volume du myome est réduit au point de le rendre accessible à moins qu'un ou plusieurs autres quartiers doivent être prélevés.

Quelle que soit la difficulté, l'opérateur doit garder le calme que seul peut lui donner la confiance dans la technique. Il lui suffit d'appliquer successivement les artifices décrits, en les associant pour en potentialiser l'efficacité.

Leur inélégance relative est acceptée lorsqu'on se rappelle du bénéfice majeur que tire la patiente de l'accès vaginal : les suites opératoires des hystérectomies vaginales difficiles sont étonnamment simples. L'hémostase préalable des vaisseaux cervicaux et utérins rend ces manœuvres exsangues, et la protection viscérale offerte par les valves les rend inoffensives.

Le grand risque serait de couper sans voir, de couper sans vérifier si les valves protègent bien les viscères voisins, ou de s'égarer vers les cornes utérines, occasionnant le saignement de leurs vaisseaux : les incisions doivent être autant que possible sagittales et médianes.

2.5.2.3- Adhérences pelviennes et difficultés annexielles

Le fond utérin, une face ou une des cornes utérines, les annexes, peuvent être le siège d'adhérences épiploïques ou intestinales, le plus souvent post-opératoire (césariennes, annexectomies, et myomectomies sont les causes les plus fréquentes).

Si l'utérus est de petit volume, il suffit d'accéder à sa face libre puis de le retourner et de libérer les adhérences à la vue.

Si l'utérus est plus gros, il convient de garder cet objectif : seules les adhérences visibles peuvent être traitées sans danger. Un geste d'évidement sous-séreux permet d'extérioriser la surface séreuse sans léser et en conséquence sans menacer l'intestin accolé, qui peut ensuite être libéré. L'hémisection et le morcellement sont possibles, à condition expresse de les limiter aux seuls segments visibles de l'utérus.

Les annexes peuvent être accolées à la face postérieure du ligament large, à l'épiploon ou à un segment intestinal. L'hystérectomie inter-annexielle première ou la bascule du fond utérin sont souvent efficaces pour libérer le champ et montrer chacune des annexes qui sera traitée successivement, l'intestin et l'annexe controlatérale étant écartés par une valve de Breisky large avec ou sans mèche à prostate interposée.

L'adhésiolyse est évidemment limitée au geste nécessaire pour le diagnostic annexiel et l'éventuelle castration, et reste toujours contrôlée par la vision directe.

Les annexes peuvent être très haut situées, ce qui peut en rendre l'exérèse difficile ou favoriser l'arrachement de leur pédicule.

La palpation pelvienne localise les ovaires, le jeu des valves les montre. Un pédicule déchiré doit être vu, pris dans une pince à disséquer, pincé électivement par une pince de Bengolea ou par un dissecteur coudé, lié. Un pédicule non vu car trop haut peut être contrôlé sous vision coelioscopique.

2.5.2.4- Plaies viscérales

Les plaies viscérales sont possibles. Elles sont sans conséquence si elles sont reconnues immédiatement. Toute plaie négligée, conduit en revanche, à des suites troublées et devient une authentique complication.

Les plaies vésicales en cours d'hystérectomie vaginale sont souvent médianes, franches, au niveau du bas fond. Une plaie vésicale vue et réparée par des points séparés de Dexon 2/0, de préférence extra-muqueux, est sans conséquence mais justifie un drainage vésical pendant 7 jours. Si la cause de l'effraction est la difficulté de trouver le plan de clivage vésico-utérin, la plaie donnera au moins le bénéfice de repérer anatomiquement la vessie.

Les plaies rectales sont potentiellement plus sévères, et surviennent exclusivement dans les cas de comblement du cul-de-sac de Douglas : il faut donc dans ces cas préparer le

colon, et envisager une coelioscopie première de bilan. Une plaie franche, même sur un intestin non préparé, peut être réparée par voie basse, sans colostomie de protection. Une irrigation de la lumière intestinale et du champ opératoire, une antibiothérapie adaptée à la flore intestinale, une suture étanche par points séparés extra-muqueux, un régime sans résidu, l'exclusion des lavements assurent des suites simples.

Les plaies latérales du grêle et du sigmoïde adhérents ont été décrites. Si les conditions d'accès au segment lésé sont bonnes, et qu'il s'agit d'une plaie latérale franche, la réparation peut être menée par les voies naturelles. Dans les cas contraires, la laparotomie s'impose.

2.5.2.5- Reprise d'hémostase

Les hémostases annexielles posent des problèmes spécifiques dont il a été déjà fait état. Les hémostases dans les paramètres et paracervix doivent être résolues par les voies naturelles, en prenant garde à l'uretère. L'aspiration est très utile.

L'artère utérine saigne franchement, ce qui facilite son repérage ; il faut la saisir et la pincer électivement.

Les vaisseaux du paracervix doivent être appuyés sur leur structure ligamentaire. Le plus simple est de les reprendre avec l'aiguillée laissée en place en début d'intervention.

La tranche vaginale peut saigner électivement même à la fin de la suture. Un point en X est indispensable, car, même si l'opérateur rapide peut négliger le saignement de la tranche tout au long d'une intervention brève, il lui faut exiger une hémostase parfaite en fin d'intervention.

II- NOS OBSERVATIONS

Nous allons résumer nos observations sous forme de tableau :

CAS	1	2
AGE	48 ans	48 ans
Date et motif de consultation ou d'hospitalisation	27/07/00 métrorragie sur utérus fibromateux	18/06/00 ménométrorragie sur fond d'éthylisme chronique
Antécédents médicaux	Phlébite du mollet gauche	ulcère gastro-duodénal éthylisme chronique
Antécédents chirurgicaux	.appendicectomie en 1980 .2 fois opérée de varice .LDT	.ulcère gastrique opéré .2 opérations césariennes en 1968 et 1969
Antécédents gynéco-obstétricaux	G4P3 dont une FCS de 5 mois	G3P3: 2 OC et un accouchement antérieur normal
Histoire de la maladie	Ménométrorragies abondantes depuis le 15/07/00 accompagnées d'une algie pelvienne assez violente. Traitement reçu: Prodafalgan injectable 2g /6h, Spasfon injectable 5A/12h, Exacyl injectable 500mg 1A/8h et elle a demandé une hystérectomie par voie vaginale.	Ménométrorragies assez abondantes depuis 6 mois sur fond d'éthylisme chronique entrant une anémie microcytaire sévère bien tolérée accompagnée d'une algie pelvienne assez violente.
Examen physique	douleur provoquée à la palpation profonde de la région sus-pubienne	examen normal sauf que les conjonctives sont pâles.
Examen au spéculum	métrorragie de moyenne abondance provenant de la cavité utérine	muqueuse cervico-vaginale pâle, col atrophique, métroragie de faible abondance provenant de la cavité utérine
TV	utérus augmenté de volume dépassant de trois travers de doigts la symphyse pubienne, douloureux à la mobilisation	col petit, ferme, postérieur; utérus légèrement augmenté de volume.
Echographie	Endomètre fin, myome intra-mural postérieur en voie de nécrobiose	utérus déformé par un processus hétérogène intracavitaire de 5cm de grand axe évocateur d'un fibrome remanié
Date de l'intervention et indication opératoire	09/08/00 Hystérectomie par voie vaginale pour métroragies résistantes au traitement médical, patiente de 48 ans sous anticoagulant pour phlébite récente.	28/06/00 Hystérectomie par voie vaginale pour métroragie chez une patiente de 48 ans.
Durée de l'intervention	50 minutes	50 minutes

Suites opératoires	Simples. Sortie le 12/08/00(J3) sous Lovenox 40mg injectables 1A/j jusqu'au 19/08/00	Simples. Sortie le 30/06/00 (J2)
Résultat de l'examen anatomo-pathologique	Leiomyome utérin associé à une endométriose	Myomes multiples bénins.
Poids de l'utérus	130g	100g

TABLEAU I : cas n°1 et n°2

CAS	3	4
AGE	45 ans	40ans
Date et motif de consultation ou d'hospitalisation	18/07/00 Métrorragies sur utérus fibromateux	16/06/00 Ménorragies sur utérus fibromateux
Antécédents médicaux	HTA	Spondylosis L4-L5
Antécédents chirurgicaux	Néant	. appendicectomie en 1990 . hémorroïdectomie en 1993
Antécédents gynéco-obstétricaux	G4P4-4AAN notion de fibrome connu	G3P3-3AAN
Histoire de la maladie	Ménométrorragies abondantes apparues depuis des mois, de durée 12 jours, traitées par du Luténol et Méthergin sans aucune amélioration.	Apparition depuis un an, des menstruations de plus en plus abondantes d'une durée de 10 jours, accompagnées d'une algie pelvienne assez violente.
Examen physique	normal	douleur provoquée à la palpation profonde de la région sus-pubienne
Examen au spéculum	Métrorragie peu abondante provenant de la cavité utérine.	Petite métrorragie provenant de la cavité utérine.
TV	col long, centré, ferme, utérus polymyomateux augmenté de volume légèrement sensible à la mobilisation	Col court, latéro-dévié à gauche, ferme, utérus augmenté de volume dépassant de trois travers de doigts la symphyse pubienne.
Echographie	Utérus polymyomateux de 116x80mm. Présence d'un myome postérieur sous-séreux de 4cm de diamètre.	Utérus gros de 135x100x80mm de contour irrégulier avec des myomes multiples.
Date de l'intervention et indication opératoire	11/08/00 Hystérectomie par voie vaginale pour ménométrorragie résistante au traitement médical sur utérus polymyomateux.	23/06/00 Hystérectomie par voie vaginale pour utérus fibromateux avec ménorragies.
Durée de l'intervention	60 minutes	45 minutes
Suites opératoires	Simples. Sortie le 14/08/00 (J3)	Sortie le 26/06/00(J3) Elle est revenue en consultation le 04/07/00 pour douleur abdomino-pelvienne permanente évoquant une pelvi-péritonite. On a pratiqué une coelioscopie le 05/07/00 qui a visualisé un abcès du fond vaginal: mise à plat de l'abcès et lavage abondant. Suites simples.
Résultat de l'examen anatomo-pathologique	leiomomatose utérine	Polype dystrophique avec myomes pariétaux

TABLEAU II : cas n°3 et n°4

CAS	5	6
AGE	38ans	40ans
Date et motif de consultation ou d'hospitalisation	17/02/00 ménorragies sur utérus myomateux	07/03/00 Ménométrorragies résistantes au traitement médical
Antécédents médicaux	Diabète non insulino-dépendant	Migraine; Spasmophilie
Antécédents chirurgicaux	LDT en 1995	. Eventration et LDT en 1993 . Abcès abdominal en 1994
Antécédents gynéco-obstétricaux	G4P4- 4AAN	G2P2 2OC en 1986 et 92 pour bassin rétréci.
Histoire de la maladie	Apparition de ménométrorragies depuis 2-3ans qui dure 15j sur utérus myomateux connu.	Elle a été déjà suivie par son Médecin traitant depuis 1997 pour des ménorragies très abondantes, hyperalgiques avec de gros caillots, traitées par des progestatifs du 10-25ème jour du cycle sans aucune amélioration.
Examen physique	Normal	Région sus-pubienne sensible à la palpation profonde.
Examen au spéculum	Métrrorragies de quantité assez abondante provenant de la cavité utérine	Métrrorragies minimes provenant de la cavité utérine
TV	Col long, centré ferme, utérus gros.	Col long, centré, ferme, utérus augmenté de volume dépassant de trois travers de doigts la symphyse pubienne.
Echographie	utérus myomateux assez gros de 120x80X70mm avec hyperplasie de l'endomètre	utérus modérément augmenté de volume, et un myome sous-séreux de la corne gauche.
Date de l'intervention et indication opératoire	01/03/00 Hystérectomie par voie vaginale chez une patiente de 38 ans pour ménométrorragies sur utérus polymyomateux	31/03/00 Hystérectomie par voie vaginale pour utérus polymyomateux entraînant des ménométrorragies résistantes au traitement médical
Durée de l'intervention	50 minutes	45 minutes
Suites opératoires	Sortie à J2. Du 12 au 15/03/00, elle a été hospitalisée au CHD de Bellepierre pour un syndrome infectieux. Les suites ont été simples sous antibiothérapies.	Simples. Sortie le 03/04/00(J3)
Résultat de l'examen anatomo-pathologique	.polype endométrial dystrophique .adénomyose murale	myomes multiples bénins
Poids de l'utérus	210g	180g

TABLEAU III : cas n°5 et n°6

CAS	7	8
AGE	49 ans	52 ans
Date et motif de consultation ou d'hospitalisation	07/02/00 Ménométrorragies sur utérus polomyomateux connus	08/02/00 Métrorragies avec caillots depuis 24 heures
Antécédents médicaux	sous lévothyrox 25mg 1cp/j Dépression	Néant
Antécédents chirurgicaux	Thyroïdectomie, appendicectomie Amygdalectomie Myomectomie par laparotomie en 87.	Appendicectomie en 1978
Antécédents gynéco-obstétricaux	G0P0	G6P4 - 2FCS, 4 AAN Fibrome connu depuis 1998 Ménorragies depuis 4 - 5 cycles
Histoire de la maladie	ménométrorragie abondante accompagnée d'une algie pelvienne intense depuis 6 mois. Elle a suivie une phytothérapie qui a amélioré les symptômes	Hospitalisée du 08 au 09/02/00 pour métrorragies abondantes avec des caillots depuis 24 heures et des malaises. Elle a subi un curetage hémostatique. Le 18/05/00 , elle a été revue en consultation pour persistance de métrorragie malgré le traitement par Luténal pendant 3 mois du 05 au 25 è jour du cycle.
Examen physique	Abdomen sensible à la palpation profonde	Normal
Examen au spéculum	Muqueuse normale , leucorrhée blanchâtre caillebotée	Saignement de moyenne abondance provenant de la cavité utérine
TV	Col court, postérieur, ferme, utérus augmenté de volume dépassant de 4 travers de doigts la symphyse pubienne	Col long centré ferme Utérus globuleux indolore à la mobilisation
Echographie	Utérus gros polomyomateux associé à une image intracavitaire évocatrice de polype.	Présence de deux myomes interstitiels de 37 et 32 mm de diamètre avec un endomètre épais de 20 mm
Date de l'intervention et indication opératoire	14/02/00 Hystérectomie par voie vaginale pour utérus polomyomateux entraînant des métrorragies résistantes au traitement médical	25/05/00 Hystérectomie par voie vaginale pour métrorragies résistantes au traitement médical
Durée de l'intervention	50 minutes	60 minutes
Suites opératoires	Simples. Sortie J2 post-opératoire	Simples. Sortie le 28/05/00
Résultat de l'examen anatomo-pathologique	myomes multiples bénins	myomes multiples bénins
Poids de l'utérus	180 g	390 g

TABLEAU IV : cas n°7 et n°8

CAS	9	10
AGE	43ans	36ans
Date et motif de consultation ou d'hospitalisation	14/01/00 apparition progressive des règles douloureuses	18/01/00 épisodes de ménométrorragies sur utérus myomateux connu
Antécédents médicaux	Asthme	Dépression
Antécédents chirurgicaux	Hallux valgus; Sinusite	Kyste au cou
Antécédents gynéco-obstétricaux	G ₃ P ₃ -3AAN	G ₃ P ₃ -3AAN
Histoire de la maladie	Apparition progressive des règles douloureuses depuis 4 mois et de durée 8 à 10 jours	Adressée par son Médecin traitant pour épisodes de ménométrorragies sur utérus fibromateux connu
Examen physique	Normal	Normal
Examen au spéculum	Normal	Normal
TV	col court, postérieur, ferme, utérus augmenté de volume dépassant de trois travers de doigts la symphyse pubienne	col long, centré, ferme, utérus augmenté de volume, polylobé; annexes libres
Echographie	volumineux myome plurilobé intra-cavitaire de 35x23mm et d'autres myomes interstitiels.	myome sous muqueux de 13x20mm
Date de l'intervention et indication opératoire	21/01/00 Hystérectomie par voie vaginale après hystéroskopie diagnostique pour myome intra-cavitaire provoquant des ménométrorragies chez une femme de 43ans	le 10/03/00, elle a subi une hystéroskopie opératoire avec résection d'un myome sous-muqueux sans aucune amélioration avec persistance des ménométrorragies le 07/06/00: Hystérectomie par voie vaginale pour mètrorragies persistantes malgré l'ablation sous-hystéroskopique d'un myome intra-cavitaire répondant mal au traitement médical, chez une patiente de 36ans
Suits opératoires	Simples.Sortie le 24/01/00 (J ₃)	Simples mais elle a présenté une recidive d'un syndrome dépressif. Sortie le 12/06/00
Résultat de l'examen anatomo-pathologique	myomes multiples bénins	Utérus polymyomateux bénins
Durée d'intervention	50 minutes	60 minutes
Poids de l'utérus	190g	120 g

TABLEAU V : cas n°9 et n°10

III- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A la Maternité du Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint-Paul La Réunion où j'ai effectué mon stage extériorisé du mois de Novembre 1999 au mois de Novembre 2000, 95% des hystérectomies sont réalisées par voie vaginale, et c'est très rare qu'on rencontre des complications des suites opératoires.

Nous allons essayer de faire une synthèse de ces 10 patientes opérée d'une hystérectomie par voie vaginale durant le deuxième semestre de notre stage.

- L'âge : l'âge de nos patientes varie dans une fourchette de 36 à 53ans avec une majorité aux alentours de 40ans (6cas).
- La parité : la parité de nos cas varie entre 2 à 4 avec un cas nulligeste opéré.
- Les indications : Pour les 10 cas les indications se résument en une ménométrorrhagie résistante au traitement médical sur utérus polymyomateux.
- L'anesthésie : On a opté pour une anesthésie générale pour les 10 cas.
- La technique : . pour 3 cas, on était obligé de faire une hémisection associée à une taille en quartier d'orange (morcellement) et à une myomectomie première du fait du volume importante de l'utérus et impossibilité de pratiquer une bascule postérieure de l'utérus.
 - . un cas on était obligé de faire une ovariectomie droite pour Kyste macroscopiquement organique.
 - . un cas on était obligé de pratiquer « un périnée postérieur » pour rectocèle. C'est une technique qui consiste à rapprocher, par des points séparés, les deux muscles releveur de l'anus derrière le vagin qu'on incise longitudinalement.
 - . Pour les restes, c'était une simple hystérectomie.

- Pour la durée de l'intervention : En général, c'est une intervention rapide, réalisable en moyenne en 50mn pour les cas simples avec une fourchette variant entre 40 et 60-70mn selon le volume de l'utérus.
- Résultats des examens anatomo-pathologiques : pour les 10 cas opérés, il s'agit de myomes bénins avec absence de lésions dysplasiques ou tumorale au niveau du corps et du col de l'utérus.
- Concernant le poids de l'utérus : le plus gros pèse 390g et le plus petit 100g.
- Les suites opératoires : . simples pour les 8 cas avec sortie du Service variant de J1àJ3 post opératoire.

. un cas a été hospitalisé au CHD Bellepierre 6 jours après l'intervention pour syndrome septique avec une fièvre à 39°C qui régresse rapidement sous Augmentin en perfusion.

. un autre cas revient à J11 post-opératoire pour suspicion de pelvipéritonite chez laquelle on était obligé de faire une coelioscopie le lendemain qui montrait un abcès de la tranche vaginale qui était mise à plat et lavé mise sous Augmentin, Netromycine. Les suites étaient simples.

- Toutes les patientes étaient mises sous antalgique en post-opératoire immédiat du genre : Profenid injectable 50mg x 4/j en perfusette et Prodafalgan injectable 2g x 3/j et sous Antibiotique à large spectre d'action genre Augmentin injectable 2g/j.
- En général la reprise du transit se fait dans les 24 à 48 heures après l'intervention.
- Toutes les patientes opérées seront revues en consultation externe un mois après l'intervention et on examine sous spéculum la cicatrisation vaginale. Pour les 10 cas elles étaient toutes bonnes.

4.1- Les avantages

Il est évident que la convalescence de la patiente après hystérectomie par voie vaginale est bien plus favorable qu'après hystérectomie par voie abdominale.

- Par ailleurs, le succès esthétique de l'hystérectomie vaginale, qui ne nécessite pas la moindre incision abdominale, est supérieur à d'autres méthodes (abdominale, laparoscopique)(8)(9)(11). Par conséquent, le risque de suppuration pariétale n'existe pas.
- En cas de procédure par voie vaginale, l'occasion est idéale pour corriger, au cours de la même intervention, des problèmes concomitants de descente du rectum ou de la vessie(3)(4)(5)(6)(7).
- Grâce à l'hystérectomie, une amélioration doit être attendue en ce qui concerne l'ensemble des plaintes.
- La technique de réalisation de l'hystérectomie par voie vaginale est facile.
- La durée de l'intervention est brève par rapports aux autres techniques. En moyenne, elle dure 50mn environ pour les cas simples et évidemment si l'opérateur est compétent(8)(11)(12)(13)(16)(18).
- L'incidence des complications post-opératoires est très faible(10).
- Les pertes sanguines au cours de l'intervention sont minimes (10)(16)(18), évaluées entre 50-100ml selon les études, donc la transfusion sanguine n'est pas indispensable,

ce qui diminue le risque de morbidité et d'accident transfusionnel surtout dans les pays en voie de développement.

- Les suites opératoires sont simples en général, permettant une sortie rapide de l'Hôpital.(8)(10)(11)(13)(15)(22)
- La durée de séjour d'hospitalisation est courte et varie entre 2 à 4 jours.(8)(10)(11)(13)(16)(22)
- La guérison est rapide.(8)(10)(11)(13)
- On peut pratiquer l'hystérectomie par voie vaginale même pour un utérus volumineux. On avait un cas qui pesait 390g ; alors que des études ont montré la faisabilité d'une hystérectomie par voie vaginale sur un utérus pesant jusqu'à 790g (12)(20)(21).
- Les rapports sexuels seront autorisés un mois après l'intervention et on explique à la patiente avant même l'opération que la capacité de l'organe est conservée afin que les femmes ne ressentent pas l'hystérectomie comme une perte de leur féminité.

4.2- Les inconvénients

Il existe quand même des inconvénients dans la pratique d'une hystérectomie par voie vaginale.

- Tout d'abord le risque d'infection post-opératoire n'est pas à négliger, surtout la suppuration au niveau de la section de la tranche vaginale dont on a vu un cas parmi nos observations se manifestant sous forme d'une pelvipéritonite nous obligeant à pratiquer une coelioscopie pour faire le diagnostic et le traiter. Alors que la coelioscopie n'est pas encore en vogue dans notre pays donc si ce problème nous arrive, nous serions obligés de faire une laparotomie exploratrice pour résoudre le problème.
- Lorsque l'utérus est volumineux pouvant atteindre l'ombilic, cas assez fréquents chez nous, la voie vaginale est difficile mais possible (12)(19)(20)(21).
- Lorsque l'utérus est fixé, ce qui veut dire qu'il y a des adhérences, la voie vaginale sera difficile à pratiquer. Une des conditions pour pouvoir pratiquer une hystérectomie par voie vaginale sans difficulté c'est la mobilité utérine.
- Lorsque le vagin est étriqué, on rencontre souvent des difficultés au cours de l'intervention provoquant un rallongement du temps opératoire.
- Cet abord ne permet pas de voir une lésion tumorale débutante dans le petit bassin.
- Parmi nos cas, on n'a pas trouvé des complications viscérales or des études en France(17) ont évalué les incidences, caractéristiques et conséquences des blessures

urinaires et intestinales durant une hystérectomie par voie vaginale. Ainsi sur 3076 hystérectomies par voie vaginale de Janvier 1970 à Décembre 1996, les incidences de blessures urinaires est de 1,7% et les incidences de blessures intestinales est de 0,5%. Pour les blessures urinaires ils ont trouvé une lésion uréterale et 54 cas de blessures vésicales qui ont entraîné 4 cas de fistules vésico-vaginales. 16 cas de blessures rectales.

- Possibilité d'une hémorragie, après castration, provenant des pédicules lombo-ovariens nécessitant une coelioscopie pour le juguler (14)(15).

CONCLUSION

Une hystérectomie par voie vaginale est une intervention de réalisation facile et rapide comportant de nombreux avantages par rapport aux autres techniques (hystérectomie par voie abdominale et coelioscopique).

En effet, au cours de l'hystérectomie par voie vaginale, on note une absence de cicatrice abdominale, le temps opératoire est court, les pertes sanguines sont minimes, la durée de séjour d'hospitalisation est courte, les suites opératoires sont en général simples, la guérison est rapide, et les complications sont rares.

Actuellement en France et dans la Maternité où j'ai travaillé à La Réunion, 95% des hystérectomies se font par voie vaginale et on le pratique toujours chaque fois que les conditions de réalisation sont remplies.

Malheureusement, c'est une intervention qui ne se réalise pas d'une façon courante chez nous ou ne se pratique pas du tout, alors qu'on peut bien faire une hystérectomie par voie vaginale avec les matériels dont nous disposons sans avoir besoin des matériels spécifiques à condition qu'on maîtrise bien la technique opératoire.

Vus ces nombreux avantages, c'est une technique qu'on devrait lancer à Madagascar car très bénéfique par rapport à celle qu'on pratique habituellement (hystérectomie par voie abdominale) surtout qu'il y a beaucoup de risque de suppuration pariétale post-opératoire au cours de cette voie haute.

-

BIBLIOGRAPHIE

- 1-Perlemuter L., Waligora J.**, Cahier d'anatomie, Petit bassin II, utérus et sa vascularisation, Paris:Masson et Cie, 3ème édition, 1974:1-16.
- 2- Reiffenstuhl G., Platzer W., Knapstein P.G.** Les opérations vaginales; Anatomie chirurgicales et techniques opératoires. Paris : Médicales internationales, 2ème édition, 1996: 87-131.
- 3-Robert H.G.**Nouveau traité de technique chirurgicale, Tome XIV, Gynécologie, Paris: Masson, 3ème édition, 1977: 34-40
- 4-Kalinkov D., Buchholz R**, Hystérectomie vaginale. Encycl Méd chir, Chirurgie gynécologique,. Paris, 41650: 1-13.
- 5-Kalinkov D, Buchholz R**, A propos de l'hystérectomie vaginale avec colporraphies antérieures et postérieures. 2ème symposium de la Société franco-allemande de Gynécol. et Obstét.. Lyon: 1979: 20-21.
- 6-Querleu D.** Techniques chirurgicales en gynécologie. Paris : Masson, 2ème édition,1995: 57-70.
- 7-Blanc J.L., Boubli L.**, Gynécologie. Paris: Pradel, 2ème édition, 1995: 394-395.
- 8-Angioli R., Martin J., Hefferman T., Massi G.** Radical vaginal hysterectomy: classic and modified. Surg Clin North Am.Floride USA.2001 Aug; 81(4): 829-40
- 9-Lambaudie E, Occelli B., Boukerrou M., Crepin G., Cosson M.** vaginal hysterectomy in nulliparous women: indications and limitaions. J Gynecol Obstet Biol Reprod; Paris: 2001 Jun; 30(4): 325-30.
- 10-Liu Z., Lang J. Sun D.** Vaginal hysterectomy for large utérus. Zhonghua Fu Chan Ke Za Z. Beijing. 1999 Aug; 34(8): 456-8.
- 11-Cravello L., Bretelle F., Cohen D., Roger V.,Ginly J., Blanc B.** Vaginal hysterectomy: apropos of a series of 1008 Interventions. Marseille. 2001 Apr; 29(4): 288-94.
- 12-Teoh TG.** Vaginal hysterectomy for large uterus. Med J Malaysia, Bahru: 2001 Dec; 56(4): 460-2.
- 13-Chauveaud A., de Tayrac R., Gervaise A., Anquetil C., Fernandez H.** Total hysterectomy for nonprolapsed benign uterus in women without vaginal deliveries. J Reprod Med. Clamart(France). 2002 Jan; 47(1): 4-8.
- 14-Wilke I., Mecker A., Schneüder A.,** Laparoscopic treatment of hemorrhage after vaginal hysterectomy. Surg Endosc. Djena(Germany): 2001 Oct; 15(10): 1144-6.

15-Cosson M., Lanbaudie E., Boukerrou M., Querleu D., Crepin G., Vaginal, laparoscopic, or abdominal hysterectomies for benign disorders: immediate and early postoperative complications. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; Lille.2001 Oct; 98(2): 231-6.

16-Luo Y., Liu Y., Clinical analysis of 50 cases of transvaginal hysterectomy. Zhonghua Fu Chan Ka Za Zhi, Macau, 1999 Dec; 34(12): 723-5.

17-Mathevet P., Valencia P., Cousin C., Mellier G., Dargent D. Operative injuries during vaginal hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Lyon.2001 Jul; 97(1): 71-5.

18-Kjaergaard N., Johansen B., Haumann P., Fisker P., Seiersen E. Vaginal hysterectomy in nonprolapsed uterus. Ugeskr Laeger Skagen Sygehus(Danemark). 2001 Jun; 163(25): 3481-3.

19-Doucette R.C., Sharp H.T., Alder S.C., Challenging generally accepted contre indications to vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. Utah(USA). 2001 Jun; 184(7):1386-9.

20-Lu Y., Zhang S., Liu X. Clinical study on transvaginal hysterectomy for moderate enlarged uterus. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 1999 Aug; 34(8): 453-5.

21-Darai E., Soriano D., Kimata P., Laplace C., Lecuru F. Vaginal hysterectomy for enlarged uteri, with or without laparoscopic assistance: randomised study. Obstet Gynecol . Paris, 2001 May; 97(5): 712-6.

22-Farkas A. Vaginal hysterectomy. Hosp Med. Sheffield. 2001 Jan; 62(1): 33-7.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE
Le Président du mémoire,

Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Doyen de la Faculté de
Médecine d'Antananarivo
Pr. RAJAONARIVELO Paul

SUMMARY

Name: ANDRIANALISON Mamy Christian

Title of memory: Vaginal hysterectomy (from 10 cases into Gynecology and Obstetrical Service of Gabriel Martin Hospital Center, Saint Paul, Reunion)

Classification: Gynecology and Obstetric

Number of page: 39

Number of Tables: 5

Number of reference: 22

Objective: The aim of this study is to demonstrate the advantages of vaginal hysterectomy compare with abdominal and laparoscopic hysterectomy.

Description: We have practise 10 cases of vaginal hysterectomy at the Gynecology and Obstetrical Service of the Gabriel Martin Hospital Center and we have estimate the operating time, the quantity of blood loss, the hospital stay, the quicker recovery, and the post operative recovery period.

Conclusion: we have ascertain that vaginal hysterectomy involve: a shorter surgical time, the blood loss is very small, a shorter hospital stay, a faster post operative recovery period, an absence of an abdominal incision. So we have infer that vaginal hysterectomy is very advantageous in comparison with abdominal and laparoscopic hysterectomy and we shall task this technic in Madagascar.

Keyword: Vaginal hysterectomy.

Directeur de Mémoire(Director of Memory): Pr.ANDRIAMANANTSARA Lambosoa.

Adresse de l'auteur (Author's address): Pavillon Sainte Fleur CHU/JRA Antananarivo.

RESUME

Nom et prénom: ANDRIANALISON Mamy Christian

Titre du mémoire: Hystérectomie par voie vaginale (à propos de 10 cas vus à la Maternité du Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint Paul La Réunion)

Rubrique: Gynécologie Obstétrique

Nombre de pages: 39

Nombre de tableaux: 5

Nombre de références bibliographiques: 22

Objectif: Le but de notre étude est de démontrer les avantages de l'hystérectomie par voie vaginale par rapport à l'hystérectomie par voie abdominale et coelioscopique.

Description: Nous avons 10 cas d'hystérectomies par voie vaginale qui ont été faites pendant nos stage extérieurisé à la Maternité du Centre Hospitalier Gabriel Martin de Saint Paul La Réunion du Novembre 1999 au Novembre 2000 et nous avons évalué le temps de réalisation de cette intervention, les pertes sanguines au cours de l'intervention, les suites opératoires, la durée de séjour d'hospitalisation, la rapidité de guérison.

Conclusion: Nous avons constaté qu'au cours de l'hystérectomie par voie vaginale, le temps opératoire est plus court, les pertes sanguines sont minimales, les suites opératoires sont simples, la durée de séjour d'hospitalisation est courte, la guérison est rapide et du point de vue esthétique il n'y a pas la moindre incision abdominale.

Ainsi on a conclu que l'hystérectomie par voie vaginale est très avantageuse par rapport à la voie abdominale et coelioscopique et que l'on devrait lancer cette technique d'intervention à Madagascar.

Mot clé: Hystérectomie par voie vaginale