

**A PROPOS DES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES REALISEES AU CHU- GYNÉCOLOGIE
 OBSTÉTRIQUE DE BEFELATANANA ANTANANARIVO**
 (ABOUT VAGINAL HYSTERECTOMIES PERFORMED AT THE UHC- GYNECOLOGY OBSTETRIC
 OF BEFELATANANA ANTANANARIVO)

LN RAINIBARIJAONA¹, TJ RAJAONARISON¹, T RATSIATOSIKA¹,
 HR ANDRIANAMPANALINARIVO².

¹ : CHU Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo

² : Professeur des Universités, Faculté de Médecine d'Antananarivo

RESUME

Introduction : L'hystérectomie vaginale est pratiquée au CHU- Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB) depuis 2008. Nous rapportons nos expériences en matière d'hystérectomie vaginale afin de voir la faisabilité, les avantages et la pratique de cette technique dans notre milieu chirurgical.

Matériels et méthode : Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive sur les hystérectomies vaginales faites au CHU GOB de 2008 à 2014.

Résultats : Nous avons observé 456 cas (28,83 %) d'hystérectomies sur les 1582 interventions gynécologiques. Parmi ces 456 cas, quarante six (10,08 %) ont été pratiquées par voie vaginale. L'âge moyen des patientes était de 50,04±11,11 ans avec une parité moyenne de 4±2,52. La durée moyenne de l'intervention était de 113,65±63,84 mn et la principale indication opératoire était le myome utérin et ses complications (50 %). Le poids moyen de l'utérus était de 287,80±215,09 g. Des complications hémorragiques étaient survenues dans 6,52 % de cas obligeant la conversion par voie haute. La technique de morcellement utérin était effectuée chez 17,39 % des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,65±0,60 jours et la douleur postopératoire était absente dans 89,13 % des cas.

Conclusion : Actuellement, la voie vaginale est la voie privilégiée en matière d'hystérectomie. Cette étude a pu démontrer ses avantages et bénéfices tant pour les patientes que pour l'équipe chirurgicale. Ainsi, dès que l'état de la patiente est favorable à cette technique le choix ne se posera plus.

Mots clés : Hystérectomie, myome, utérus, vaginale.

SUMMARY

Introduction: Vaginal hysterectomy is introduced at the University Hospital Center of Gynecology Obstetric Befelatanana (UHC-GOB) since 2008. We report our experiences for the vaginal hysterectomy to study the feasibility, the advantages and the practice of this technique in our surgical environment.

Materials and method: We have done a descriptive retrospective study about the vaginal hysterectomies at the UHC GOB from 2008 till 2014.

Results: We observed 456 cases (28,83 %) of hysterectomies for the 1582 gynecological operations. Among these 456 cases, forty six (10,08 %) were practised by vaginal way. The average age of the patients was 50,04±11,11 years with an average parity of 4±2,52. The average duration of the intervention was 113,65±63,84 mn and the main indication was the uterine myoma and its complications (50 %). The average uterine weight was 287,80±215,09g. Hemorrhagic complications were observed in 6,52 % of cases, obliged the conversion in laparotomy. Uterine morcellation was done in 17,39 % of cases. The average of the hospitalization was 3,65±0,60 days and the post-operative pain was absent in 89,13 % of cases.

Conclusion : Actually, the vaginal way is recommended for the hysterectomy. This study its advantages and benefits for the patients and for the surgical team. So, as soon as it is possible, the vaginal hysterectomy must be choosed.

Keywords: hysterectomy, myoma, uterus, vaginal

INTRODUCTION:

Découverte par Joseph Racamier en 1829, puis régulièrement pratiquée à partir du 1890-1900, l'hystérectomie vaginale devient de plus en plus répandue en France dans les années 1970 - 1975 grâce à Daniel Dargent. C'est une technique qui consiste en l'ablation de l'utérus par voie vaginale. Le taux d'hystérectomies vaginales parmi l'ensemble des hystérectomies peut varier de 20% à 80%. Sa fréquence est de 25% aux Etats Unis [1]. Si la voie abdominale était de loin la voie utilisée pour les hystérectomies dans le monde, actuellement la voie vaginale est devenue la technique de première intention pour l'ablation de l'utérus surtout dans les pays développés. Nous rapportons ici notre expérience en matière d'hystérectomies vaginales au CHU GOB d'Antananarivo selon la technique décrite par Daniel Dargent afin d'étudier la faisabilité, les avantages et la pratique de cette technique dans notre centre.

MATÉRIELS ET MÉTHODE:

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive sur les hystérectomies vaginales au CHU GOB, allant de 2008 à 2014. Étaient incluses dans notre étude toutes les femmes indiquées pour une hystérectomie gynécologiques. Nous avons exclu les femmes dont les conditions anatomo-cliniques ne permettaient pas la réalisation de la technique lors du test final après anesthésie (accès vaginal, descente et mobilité utérine). Les para-

mètres étudiés étaient : l'âge de la patiente, la parité, la durée de l'intervention, la quantité de saignement au cours de l'intervention, les complications per opératoires, la durée de l'intervention, les indications opératoires, le poids de l'utérus et la douleur post opératoire.

RÉSULTATS:

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 456 cas d'hystérectomies sur 1582 interventions gynécologiques soit 28,83% dont 46 cas soit 2,91%, ont été pratiqués par voie vaginale. Cette proportion représentait 10,08% des hystérectomies. Nous avons répertorié 2 cas en 2008 et 16 cas en 2014 (Figure 1).

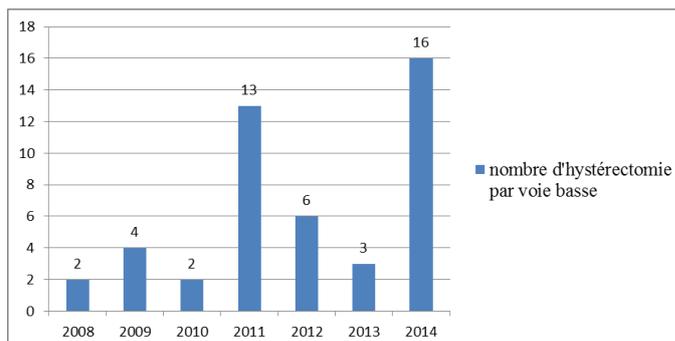


Figure 1: Répartition selon l'année de réalisation (Distribution according to the year of realization)

Correspondance: Docteur Lanto Nirina Aimé Rainibarijaona
 CHU- Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana—Antananarivo 101
 E-mail: gyniri@yahoo.fr

	Effectif	%
Age moyen	50,04	
< 35	2	4,34
35 – 49	24	52,17
> 49	20	43,47
Total	46	100
Parité:		
Nullipare	1	2,17
Primipare	3	6,52
2 – 4	25	54,34
> 5	17	36,95
Total	46	100
Indications:		
Myome utérin	23	50
Prolapsus génital	17	36,96
Cancer in situ de l'endomètre	4	8,69
Pathologie bénigne de l'endomètre	2	4,34
Total	46	100

Tableau I: Profil clinique des patientes
(clinical profile of patients)

L'âge moyen de nos patientes était de $50,04 \pm 11,11$ ans avec des extrêmes de 34 et 63 ans. L'hystérectomie a été majoritairement pratiquée chez les patientes dont la tranche d'âge est comprise entre 35 et 49 ans, avec 52,17% des cas. La moitié de nos patientes, soit 53,34% avaient une parité entre 2 à 4 et la parité moyenne était de $4 \pm 2,52$. L'intervention était motivée par les myomes utérins dans 23 cas soit 50% et par la cure de prolapsus génital dans 17 cas soit 36,96% (Tableau I).

	Effectif	(%)
Durée de l'intervention :		
< 45 mn	2	4,34
45 – 59 mn	3	6,52
60 – 89 mn	14	30,43
> 90 mn	27	58,69
Saignement per-opératoire :		
< 250 ml	35	76,08
250 – 499 ml	8	17,39
> 500 ml	3	6,52
Complications per-opératoires :		
Hémorragie	3	6,52
Morcellement utérin :	8	17,39
Poids de l'utérus :		
< 250 g	27	58,70
250 – 499 g	14	30,43
500 – 999 g	4	8,70
> 1000 g	1	2,17
Douleur postopératoire :	5	10,87
Durée d'hospitalisation :		
3 – 4 jours	43	93,47
> 5 jours	3	6,52

Tableau II : Déroulement de l'intervention
(Progress of surgical operation)

L'intervention durait plus de 90 mn dans 58,69% des cas avec une durée moyenne de $113,65 \pm 63,84$ mn et la quantité de la perte sanguine en per opératoire était estimée à moins de 250

ml dans 76,08% des cas avec une perte moyenne de $253,23 \pm 111,37$ ml. Nous avons enregistré 3 cas soit 6,52% de complications per opératoires et qui étaient toutes des complications hémorragiques imposant ainsi à la conversion par voie abdominale. La technique de morcellement utérin était effectuée chez 8 patientes car l'utérus ne descendait pas et/ou trop gros. Le poids de l'utérus était de moins de 250 g dans 27 cas soit 58,70% avec un poids utérin moyen de $287,80 \pm 215,09$ g. Un poids de plus de 1000 g a été répertorié. Le poids était fourni par les résultats des examens histologiques. La durée d'hospitalisation était de moins de 5 jours dans 43 cas soit 93,48% des cas avec une moyenne de $3,65 \pm 0,60$ jours. Trois cas sont restées plus de 5 jours pour des raisons indépendantes de l'intervention (un tableau d'infection urinaire et deux céphalées post rachianesthésies). La douleur était absente au premier jour post opératoire dans 41 cas soit 89,13% (Tab II). Des antalgiques de palier I avaient suffi pour l'analgésie postopératoire pour la plupart des patientes.

DISCUSSION:

Actuellement, la voie vaginale est largement utilisée pour les hystérectomies, elle représente 20 % à 80 % des hystérectomies dans le monde: sa fréquence est de 25% en Amérique du nord et atteint 38,5 % des hystérectomies réalisées en France en 2013[1-3]. Dans notre étude, sa fréquence était de 10,08 %. Notre taux d'intervention au CHU GOB est faible car nous n'avons commencé à pratiquer cette technique qu'à partir de 2008. Dans notre série, la plupart des femmes sont âgées de 35 ans à 49 ans avec un âge moyen de $50,04 \pm 11,11$ ans. Deval et al ont trouvé un âge moyen de 49 ± 5 ans [4]. Douay et al ont rapporté un âge moyen de 48,9 ans [5]. La parité moyenne de nos patientes était de $4 \pm 2,52$, alors que dans la littérature des auteurs rapportent une moyenne plus faible [5-8]. Ce sont des études effectuées dans les pays développés où les femmes sont des pauci pares, contrairement aux patientes des pays en développement majoritairement des multipares. Concernant la durée d'intervention chirurgicale, elle était de plus de 90 mn dans plus de la moitié des cas du fait des expériences insuffisantes de nos chirurgiens. La durée moyenne de l'intervention était de $113,65 \pm 63,84$ mn, deux cas étaient réalisés en moins de 45 mn. Une étude effectuée en Chine a rapporté une durée moyenne de $65,2 \pm 10,6$ mn [9]. Dans les pays développés où la pratique de l'hystérectomie vaginale est déjà bien assimilée, la durée de l'intervention est surtout liée au poids de l'utérus, elle atteint progressivement un plateau aux alentours de 90-100 mn pour un utérus plus de 500 g tandis qu'elle est de 60 mn pour un utérus de moins de 250 g [10]. Outre la durée d'intervention plus courte de l'hystérectomie vaginale, la quantité de perte sanguine généralement minime est également un des avantages de cette technique. Dans notre étude, la perte sanguine était de moins de 250 ml dans plus de la moitié des cas avec une moyenne de $253,23 \pm 111,37$ ml. En effet, la quantité de perte sanguine dépend de l'expérience de l'opérateur et du poids de l'utérus, elle est de 150 ml pour un utérus de moins de 250 g [10]. Ce résultat est comparable au notre puisque pour les utérus de moins de 250 g, la perte sanguine était de moins de 250 ml. Des auteurs rapportent que le morcellement utérin augmente la quantité de pertes sanguines qui peut atteindre 500 ml [10]. Nous avons eu 8 cas de morcellement qui correspondaient aux complications hémorragiques per opératoires avec des pertes sanguines de 250 ml à 499 ml. Ce morcellement utérin devrait être effectué suivant des techniques bien strictes pour que ça réussisse. Le poids et la taille de l'utérus sont des facteurs de réussite de l'hystérectomie vaginale. Un

volume utérin supérieur à une grossesse de 14 semaines rend difficile l'extraction utérine malgré son morcellement [1,10]. L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommandait de généraliser l'abord vaginal pour les utérus de moins de 12 semaines d'aménorrhée, soit moins de 280 g [11]. Switala et al ont rapporté que la difficulté opératoire notamment les saignements et la durée de l'intervention sont fonction du poids de l'utérus. Au-delà de 500 g, la durée opératoire devient critique et les hémorragies per opératoires augmentent [10,12]. Ceci étant confirmé dans notre série vu que pour un poids utérin de moins de 250 g, l'intervention s'était déroulée aisément. Par contre, nous étions confrontés à des difficultés opératoires pour les utérus dont le poids avoisine 500 g. Les indications opératoires étaient dominées par les myomes utérins (50 %) à cause de la fréquence de cette pathologie chez la race noire, suivies par le prolapsus (36,96 %). Dans la littérature, les indications varient d'un pays à l'autre: prolapsus [2], myomes utérins [5,9], menométrorragies[4], adénomyoses [13]. Des lésions cervicales constituaient des indications d'hystérectomies vaginales pour certains auteurs [5,9] ; bien que toutes nos patientes aient bénéficié d'un frottis cervico-vaginal de dépistage, notre série ne comportait pas cette indication. Les complications per opératoires étaient toutes des hémorragies (6,52 %). Dans la littérature, les complications per-opératoires les plus fréquentes des hystérectomies sont les complications hémorragiques, avec environ 4,7 % de saignements jugés excessifs. D'après Lambaudie [14], le fait que la voie vaginale a un avantage significatif en matière de d'hémorragies s'explique par le fait que le hystérectomies réalisées par cette voie sont normalement plus faciles (multipare, absence d'antécédents de chirurgie pelvienne importante, absence d'endométriome, volume utérin modéré) et ensuite par l'accès privilégié qu'elle offre aux pédicules utérins. D'autres complications ont été également rapportées dans la littérature comme la plaie vésicale et urétérale, plaie digestive [14] mais n'étaient pas survenues dans notre série. En postopératoire, par rapport à une hystérectomie abdominale la durée d'hospitalisation pour la voie vaginale était plus courte, en moyenne de 3,65±0,60 jours alors qu'elle est de 5 jours pour la voie abdominale. Une douleur post-opératoire diminuée, une reprise du transit intestinal plus rapide sont autant d'avantages liés à cette technique. Notre durée d'hospitalisation est identique à celle retrouvée dans la littérature [10]. Des auteurs rapportent des cas d'hystérectomies vaginales en ambulatoire en utilisant la thermo fusion pour la ligature vasculaire ce qui diminue significativement la douleur post opératoire [13,15].

CONCLUSION:

L'hystérectomie par voie vaginale présente beaucoup d'avantages par rapport à la voie abdominale: saignement moindre, durée d'intervention et d'hospitalisation plus courtes, risques moindre de complications per et postopératoires. Elle devrait être la voie de première intention en matière d'hystérectomie. Mais cette technique impose certaines conditions dont la plus importante est la taille et le poids de l'utérus.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]Magnin G. Hystérectomie vaginale. Dans : J.Lansac, G. Body. G. Mgnin, eds. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétricale. Paris : Masson ; 2004. p.311-32.
- [2]Chen I, Lisonkova S, Allaire C, Williams C, Yong P. Routes of hysterectomy in women with benign uterine disease in the Vancouver Coastal Health and Providence Health Care regions : a retrospective cohort analysis. Can Med Assoc J 2014 ; 2(4): 272- 280.
- [3]Huchon C. Etat de lieux des hystérectomies en France. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. Revues Générales Obstétriques 2013. p. 1- 4.
- [4]Deval B, Rafii A, Samain E, Thouimy M, Levardon M, Darai E. Etude du morcellement utérin au cours de l'hystérectomie vaginale : à propos d'une série prospective de 216 cas. Gynécol Obstét Fertil 2002 ; 30 :850-855.
- [5]Douay N, Belot F, Bader G, Guyot B, Heitz D, Fauconnier A. Douleur postopératoire après hystérectomie par voie vaginale selon la méthode d'hémostase utilisée : thermo-fusion ou suture aux fils. Gynécol Obstét Fertil 2007 ; 35 : 632-636.
- [6]Donat LC, Clarck M, Tower AM, Menderes G, Parkash V, Silasi DA et al. Transvaginal morcellation. J Soc Laparoend 2015 Apr-Jun ; 19(2).pii :e2014.00255.
- [7]Wongpia L, Thinkhamrop J, Seejorn K, Buppasiri P, Sanguanchoke, Luanratanakorn et al. Incidence and risk factors for febrile morbidity after laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. Int J Womens Health 2014 ; 6 :385-388.
- [8]Shetty J, Shanbhag A, Pandey D. Converting Potential Abdominal Hystrectomy to Vaginal One : Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy. Minim Invasive Surg 2014 ; 2014 :305614. doi : 10.1155/2014/305614. Epub 2014 Mar 5.
- [9]Chen B, Ren DP, Li JX, Li CD. Comparison of vaginal and abdominal hysterectomy : a prospective non-randomized trial. Pak J Med 2014 (30) ; 4 : 875-879.
- [10]Switala I, Cosson M, Lanvin D, Querleu D, Crepin G. L'hystérectomie vaginale a-t-elle un intérêt pour les gros utérus de plus de 500g ? (comparaison avec la laparotomie). J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 :585-592.
- [11]Precis IV. An update in obstetrics and gynecology. Washington, DC : American College of Obstetricians and Gynecologists, 1990 :197.
- [12]Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. Vingt-huitième journées nationales du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Edition Vigot: Paris ; 2014.
- [13]Pizzoferrato AC, Bader G, Timoh KN, Andriamafidy C, Villefranque V. Etude observationnelle de la faisabilité et de la morbidité de l'hystérectomie vaginale ambulatoire : à propos de 30 cas. Gynecol Obstet Fertil 2014 ; 42 :67-70.
- [14]Lambaudie E, Boukerou M, Cosson M, Querleu D, Crépin G. Hystérectomie pour lésions bénignes : complications peropératoires et post opératoires. Ann Chir 2000 ; 125 : 340-5.
- [15]Clavé H, Nicolai P. Hystérectomie sans douleur : une technique innovante. J Gynecol Obstet Reprod 2003 ; 32 :375-80.