

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE
UNIVERSITE DE MAHAJANGA



ᄇᄇᄇᄇᄇᄇ
ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE RECHERCHE EN SCIENCE DE LA SANTE

ᄇᄇᄇᄇᄇᄇ
FACULTE DE MEDECINE

Année : 2009

N°

Les Indications de l'Hystérectomie dans le
Service de Gynéco-Obstétrique
de CHU MAHAJANGA

THESE

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Présentée par :

Monsieur ASSANY BEMARIVO JEANNOË PAUL

Membres du jury :

Président : Monsieur Le Professeur ZAFISAONA Gabriel

Juges : Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo

: Madame Le Professeur RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

Directeur et Rapporteur : Monsieur Le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

| | |
|--|---|
| PRESIDENT DE L'UNIVERSITE | Pr RALISON Andrianaivo |
| VICE PRESIDENT | Dr RAMAROSON Juvence |
| DIRECTEUR DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET FINANCIER | Mr JEAN LOUIS |
| DIRECTEUR DU CABINET | Mme RAZAFINIRINA Voahangy Lalao Emilie |
| DIRECTEUR DES ETUDES ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE | Mme FARASOLO RALISON |
| DIRECTEUR DU MUSEE AKIBA | Mme RAMANIVOSOA Beby Victoire |
| <u>CHEFS DE SERVICE</u> | |
| *du personnel de la Gestion des Ressources Humaines | Mme RADAMAHARINORO Robertine |
| *du centre des œuvres universitaires de Mahajanga | Mr RIVOHERISOA Clément Rolland |
| *des activités sportives et socioculturelles | Mr RANJAKASON |
| *de la Législation de la Documentation et du Contentieux | Mme RAZANADRAIBE Christine |
| *financier | Mr RASAMBATRA Benoît |
| *du Contrôle Interne de Gestion | Mme BODOARIVO Ruffine Georgette |
| *Médecine préventive | Dr RABENANDRASANA Jean Noël |
| *des bourses extérieures de l'Information et de l'Orientation | Mr RIVOHERISOA Clément Rolland |
| *du Baccalauréat | Mr RANDRIAMIALY Jean Dominique |
| *Centrale | Mr RAMAROSON Gilbert |
| <u>RESPONSABLES</u> | |
| *Protocole | Mr RANDRIAMANANJARA Soloherinjatovo |
| *Administratif et Financier | |
| *Secrétaire particulière à la Présidence | Mme RAVONIMBOAHANGINIRINA Rakotondravoavy Ravaoherilala Aurelie |
| *Service Technique et Gestion du Patrimoine | Mme SOAMARO Marie Célestine |
| *de la bibliothèque | Mme RAZANAMANITRA Justine Mme RAVAONINDRIANA Marie Jeanne M. SAIDIBARY Edwige |
| *Sites de ressources | Dr. RAMAROSON Juvence |
| <u>UNITES DE FORMATION</u> | |
| *ELCI (English Language and Cultural Institute) | M. RASOAZANANORO Clarisse |
| *IUGM (Institut Universitaire de Gestion et de Management) | M. RAKOTOZARIVELO Philippien |

**ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE**

FACULTE DE MEDECINE

| | |
|---|-------------------------------|
| DOYEN | Dr RAFARALALAO Lucienne |
| SECRETAIRE PRINCIPAL | |
| PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT | Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy |
| PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE | Dr RAFARALALAO Lucienne |
| PRESIDENT DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS | Dr JEREMIE Lehimena |

RESPONSABLES

| | |
|--|--|
| *du service de la Comptabilité | Mme RAHOBIVÉLO Andrianary |
| *du service de la Documentation et de formation | Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel |
| *du service de la Scolarité | Pr RAHARIMANANA Rondro |
| *d'examen | Mme DOSITHEE Marie Michelle |
| *de Stage DCEM | Dr RANDRIANJOHANY Vololonarisoa |
| *de Stagiaires Internés | Dr TIANDAZA Odilon Dinaraly |
| *de Thèse | Dr NANY Louise Yvette |
| *Relations Internationales | Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana |
| *Thésards | Dr RANDRIANIRINA Jean Baptiste |
| *Pédagogie | Dr RALISON Fidiarivony |
| *Examen clinique | Dr RABESANDRATANA Norotiana |

COORDONATEURS

| | |
|----------------------------|--------------------------------|
| *du premier cycle | Dr ANDRIANAIVO Fanjambolatiana |
| *du deuxième cycle | Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly |
| *du troisième cycle | Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy |

SECRETARIAT

-Service scolarité

| | |
|------------------------|---------------------------------|
| *chef Scolarité | Mme RAKOTONDRAVOAVY Voahirana E |
| *Secrétaire | Mme RAMINOARISOA Georgette |

- Service Administration

| | |
|---|-----------------------------------|
| *Secrétaire de Direction | Mme RANDRIANANDRASANA Voahirana M |
| *Secrétaire | Mme ZAVATSOA Claire |
| *Secrétaire au site de Ressource | Mme RAHARIMBOLA Victorine |

PERSONNELS ENSEIGNANTS

I-PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|--------------|----------------------------------|
| *BIOPHYSIQUE | Pr Jacques CHAMBRON (Strasbourg) |
| *ANATOMIE | Dr ANDRIANANDRAINAINA Gustave |
| *BIOCHIMIE | Pr Simone WATTIAUX DE CONNICK |
| | Pr Robert WATTIAUX |

II-PROFESSEURS TITULAIRES

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| *ANATOMIE PATHOLOGIE | Pr ZAFISAONA Gabriel |
| *ANESTHESIE REANIMATION ET URGENCES | Pr FIDISON Augustin |
| *CYTOLOGIE-HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE | Pr RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA N. Soa |
| *MEDECINE LEGALE | Pr LUDES Bertrand |
| *HEMATOLOGIE | Pr RAKOTO Alson Olivat |
| *MEDECINE DE TRAVAIL | Pr RAHARIJAONA Vincent |
| *NUTRITION | Pr ANDRIANASOLO Roger |
| *PHYSIOLOGIE | Pr FIDISON Augustin |
| | Pr RALISON Andrianaivo |
| *PNEUMO – PHTISIOLOGIE | Pr RALISON Andrianaivo |
| *SEMEIOLOGIE MEDICALE | Pr RALISON Andrianaivo |
| *UROLOGIE | Pr RADESA François de Sales |

III – PROFESSEURS

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| *ANATOMIE | Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy |
| | Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel |
| *GYNECO OBSTETRIQUE | Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel |
| *SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE | Pr ANDRIAMAMONJY Clément |
| | Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy |
| *SEMEIOLOGIE MEDICALE | Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin |
| | Pr RAKOTO ALSON Aimée Olivat |
| *NEURO-ANATOMIE | Pr ANDRIAMAMONJY Clément |
| *NEURO-CHIRURGIE | Pr ANDRIAMAMONJY Clément |
| *NEUROLOGIE MEDICALE | Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin |
| *ONCOLOGIE | Pr JOSOA Rafaramino Florine |
| | Pr RAKOTOAMBININA Andriamahery B. |
| | Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin |
| | Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina |
| *PNEUMO-PHTISIOLOGIE | Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina |

*PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

*PEDIATRIE

Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana

*STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILO-FACIALE

Pr RAZAFINDRABE John Bam

*MALADIES INFECTIEUSES

Pr RANDRIA Mamy

IV-MAITRES DE CONFERENCES ET ASSIMILES

*ANATOMIE

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

Dr RAMANANTSOA Joseph

Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Zoé

Dr RAZAFINJATOVO William Colgate

Dr ANDRIANANDRAINAINA Gustave

Dr ANDRIANAINA Hery Dels

Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina

Dr ANDRIANAIVO Fanjambolantiana

Dr Joseph BARUTHIO (Strasbourg)

Dr ZO ANDRIANIRINA Michel

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

*BACTERIOLOGIE

Dr NANY Louise Yvette

*BIOCHIMIE

Dr RAVAOMANARIVO A. M. Zoé

*BIOPHYSIQUE

Dr RANIVONTSOARIVONY Martine

*BIOSTATISTIQUE

Dr IHANGY Pamphile

*CARDIOLOGIE

Dr ANDRIAMIANDRISOA Aristide

*DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE

Dr MOREL Eugène

*DEONTOLOGIE

Dr RAVOHITRA Odile

*ENDOCRINOLOGIE-NUTRITION

Dr RANAIVONDRAMBOLA Michel

*EPIDEMIOLOGIE

Dr RAKOTONDRAJAO Robert

*GYNECO – OBSTETRIQUE

Dr RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé

*HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Dr RASOLOFOMANANA Armand

*HISTOLOGIE

Dr TSANGANDRAZANA Gilbert

*HYDROLOGIE

Pr RABENANTOANDRO

*IMMUNOLOGIE

Dr RAMANANTSOA Joseph+FIDY Arson

*INFORMATION-EDUCATION COMMUNICATION

*LEPROLOGIE

*NEUROLOGIE MEDICALE

* NEPHROLOGIE

*OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Lala

*OPHTALMOLOGIE

Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory

*PARASITOLOGIE

Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina

*PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon

*PEDIATRIE

Dr RAFARALALAO Lucienne

Dr RABESANDRATANA Norotiana

*PETITE CHIRURGIE

Dr RAZAFINJATOVO William Colgate

*PSYCHIATRIE

Dr TSANGANDRAZANA Gilbert

*PHARMACOLOGIE GENERALE

Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly

*PHARMACOLOGIE SPECIALE

Dr RAJAONARISON Jean François

*PNEUMO – PHTISIOLOGIE

Dr RANDRIASAMIMANANA Jean René

*REEDUCATION FONCTIONNELLE

Dr ANDRIAMIHAJA Rabezanahary

*PHYSIOLOGIE

Pr ANDRIANABELA Sonia

Dr JEREMIE Lehimena

*Politique nationale de la santé (P.N.S)

*RADIOLOGIE

*REANIMATION MEDICALE

*RHUMATOLOGIE

*SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

*SEMEIOLOGIE RADIOLOGIE

*SEMEIOLOGIE MEDICALE

*VIROLOGIE

V-ASSISTANTS OU ASSIMILES

*PSYCHOLOGIE

*HIDAOA (Hygiène et Inspection des Denrées
Alimentaire d'origine Animale)

*ENCADREMENT DE STAGE

*FRANÇAIS

VI- IN MEMORIAM

*Mr. RAKOTOBÉ Alfred

*Mr ANDRIAMIANDRA Aristide

*Mr RANDRIAMBOLOLONA Robin

*Mr RAMAROSON Benoît

*Mr RAKOTONIAINA Patrice

*Mr RASOLOARISON Jean Claude

*Mr RANAIVOARISON Milson Jérôme.

*Mme RAMIALIHARISOA Angeline

*Mr RAPATSALAHY Auguste Latatiana

*Mr RAKOTOARIMANANA Denis Roland

*Mr RASOLOMAHARO Victor

*Mr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

Dr RANIVONTSOARIVONY Martine

Dr MOREL Eugène

Dr RASAMIMANANA Giannie

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

Dr RALISON Fidiarivony

Dr ZAFINDRASOA Berthe

Dr LAHADY René

Dr RASAMIMANANA Giannie

Dr RALISON Fidiarivony

Dr RAZAFINJATOVO Williams Colgate

Dr TIANDAIZA Dinaraly Odilon

Dr ANDRIANIRINA Jean Baptiste de Salle

Dr LAHADY René

Dr MOREL Eugène

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

Pr RAKOTOZANDRINDRAINY Raphaël

Mme DOSITHEE Marie Michelle

Dr SIKINA Pierre

Médecins de CHU, CSB (Androva, Mahabibo,
Tsararano, Antanimasaja, Mahavoky, Sotema
Tanambao, Amborovy)

Mme KAHALA Soavita Jeannette

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Maître de conférences

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Maître de conférences

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

Professeur Titulaire

JE DEDIE CETTE THESE

A DIEU TOUT PUISSANT, LE TRES MISERICORDIEUX

Béni soit l'Éternel! Car votre grâce a été avec moi.

Merci mon Dieu de m'avoir guidé dans le droit chemin.

A mon très Cher PAPA

Grâce à votre immense amour, dévouement, sacrifice et soutien je suis à ma place maintenant. Vous m'avez enseigné les bonnes valeurs, vous étiez toujours là pour votre fils. Merci PAPA.

A ma MERE

Mes remerciements pour l'amour et tendresse que vous m'avez offerte. Voici votre prière a été exaucé. Merci Maman.

A MAMAN NOËLLA

Tous mes remerciements.

A mon unique amour MILANTO

Merci pour les bons moments vécus ensemble, tu as toujours été là pour moi. Merci Chérie, Je t'aime et ce sera pour la vie.

A mes frères et sœurs

Toute mon affection fraternelle. Ma réussite est la votre.

A mes amis (es)

Hervé, Elysée, Andy, Anselme , Stéphan et Chimène

Merci pour votre amitié et vos collaborations.

A mes collègues de Promotion

En souvenir des années passées ensemble inoubliable, que cette amitié restera à jamais.

TOUTES MES REMERCIEMENTS !

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET HONORABLE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur Le Professeur ZAFISAONA Gabriel

- Professeur titulaire de chaire d'anatomie et de cytologie pathologique

- Chef de service du département d'anatomie et de cytologie pathologique de Mahajanga

- Enseignant à la faculté de médecine et à l'institut d'odontostomatologie tropical de Madagascar, Université de Mahajanga

Malgré vos devoirs et obligations vous avez accepté de présider notre soutenance de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect, ainsi que nos sincères remerciements !

À NOS MAÎTRES ET HONORABLES JUGES

Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo

- Professeur titulaire en Pneumo-phitisiologie
- Directeur de CHU Andova
- Chef de service de Pneumo-phitisiologie et Réanimation médicale au CHU Andova
- Enseignant à la Faculté de Médecine et à l'Institut d'Odonto-stomatologie tropical de Madagascar Université de Mahajanga
- Membre de l'union international contre la tuberculose et de la maladie respiratoire (UICMR)
- Membre de cabinet et responsable de la scolarité au sein de la Faculté de Médecine de Mahajanga
- Président de l'Université de Mahajanga

Madame Le Professeur RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

- Professeur agrégée en chirurgie générale
- Chirurgien des Hôpitaux
- Chef de service de chirurgie viscérale du CHU Andova
- Chef de département de chirurgie à la Faculté de Médecine de Mahajanga
- Enseignant à la Faculté de Médecine de Mahajanga
- Présidente du conseil d'établissement au sein de la Faculté de Médecine de Mahajanga

« Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger parmi les membres du jury de cette thèse, toute nos gratitude.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse admiration et nos vifs remerciements ».

A NOTRE MAÎTRE DIRECTEUR ET RAPPORTEUR DE THÈSE

Monsieur Le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

- Professeur agrégé en gynécologie obstétrique
- Ancien externe
- Ancien chef de clinique
- Formation chirurgie vaginal de Lyon
- Formation micro chirurgie
- Formation spécialisé approfondie en gynécologie obstétrique de Bordeaux (AESA)
- Maître en science biologie et médical
- Diplôme de formation spécialisée complémentaire (DFSC)
- Responsable du service de maternité du CHU Androva Mahajanga
- Enseignant à la Faculté de Médecine de Mahajanga.

« Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre travail. Votre attention et votre soutien nous ont aidés efficacement dans l'élaboration de ce travail. Votre encadrement avec patience nous a marqué grandement.

Toute mes sincères remerciements et ma très haute considération et gratitude ».

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE MAHAJANGA

Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo

**A NOTRE MAÎTRE ET DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
MAHAJANGA**

Madame Le Docteur RAFARALALAO Lucienne

Tous nos profonds respects et nos gratitudee !

**A TOUT NOS MAÎTRES ET ENSEIGNANTS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MAHAJANGA, D'ANTANANARIVÓ ET DE STRASBOURG**

Veillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements pour les valeureux enseignements que vous nous avez transmis !

**A TOUT NOS MAÎTRES ET ENCADREURS DE STAGE AU CHU DE
MAHAJANGA**

Pour votre précieux encadrements au stage, tous nos remerciements !

**A TOUS LES PERSONNELS DU SERVICE GYNÉCOLOGIE ANDROVA
A TOUS LES PERSONNELS ADMINISTRATIFS DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE MAHAJANGA**

**A TOUS LES PERSONNELS DES CENTRES DE DOCUMENTATIONS
A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ À LA RÉALISATION DE CETTE
THÈSE**

Mes sincères remerciements !

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE :

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| I. RAPPEL ANATOMIQUE | 3 |
| I.1. L'utérus..... | 3 |
| I.2. Les vaisseaux et nerfs de l'utérus..... | 4 |
| I.3. Les annexes de l'utérus..... | 5 |
| | |
| II. POURQUOI UNE HYSTERECTOMIE ? | 10 |
| (Les différentes étiologies indiquant une hystérectomie) | |
| II.1. Fibrome utérin..... | 10 |
| II.2. Dysplasie du col utérin..... | 15 |
| II.3. Cancer du col utérin..... | 17 |
| II.4. Rupture utérine..... | 22 |
| II.5. Prolapsus génital..... | 26 |
| II.6. Grossesse molaire..... | 31 |
| II.7. Pelvipéritonite..... | 35 |
| II.8. Perforation utérine..... | 37 |
| II.9. Placenta accreta..... | 38 |
| II.10. Cancer de l'endomètre..... | 41 |
| II.11. Cancer de l'ovaire..... | 43 |
| II.12. Hémorragie du post partum..... | 46 |

DEUXIEME PARTIE

| | | |
|------------|---|----|
| I. | MATERIELS et METHODES | 48 |
| | I.1. But de l'étude..... | 48 |
| | I.2. Cadre de l'étude..... | 48 |
| | I.3. Durée de l'étude..... | 49 |
| | I.4. Méthodes..... | 49 |
| II. | RESULTATS | 50 |
| II. | DISCUSSIONS | 70 |
| | III.1. Selon l'âge..... | 70 |
| | III.2. Selon la fréquence..... | 72 |
| | III.3. Selon les voies d'abords..... | 75 |
| | III.4. Selon les indications de l'hystérectomie. | 75 |
| | III.5. Selon le pronostic materno-fœtal..... | 76 |
| | CONCLUSION | 78 |

ABREVIATIONS ET SIGLES

ml : millilitre

cm : centimètre

kg : kilogramme

L : Litre

°C : degré Celsius

% : Pourcentage

UI : Unité International

< : Inférieur

> : Supérieur

CIN : Cervical Intraépithélium Néoplasia

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HPV : Human Papilloma Virus

IST : Infection Sexuelle Transmissible

EVASAN : Evacuation Sanitaire

hCG : hormone Chorio-Gonadique

NFS : Numération des Formules Sanguines

VSH : Vitesse de Sédimentation des Hématies

CRP : Protéine C Réactive

HPP : Hémorragie du Post Partum

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHD : Centre Hospitalier de District

CPN : Consultation Pré-Natale

Bdcf : Bruit de cœur foetal

VMI : Version par Manœuvre Interne

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

TNM : Tumeur Node (ganglions) Métastase

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon les indications de l'hystérectomie

Tableau II : Répartition selon l'âge de patientes

Tableau III : Répartition selon le type d'hystérectomie

Tableau IV : Répartition selon les signes cliniques présentés par les patientes

Tableau V : Répartition de type d'intervention selon les pathologies

Tableau VI : Fréquence de ces diverses pathologies selon la Gestité

Tableau VII : Fréquence de ces diverses pathologies selon la Parité

Tableau VIII : Répartition selon l'âge de patiente

Tableau IX : Répartition selon le type d'intervention

Tableau X : Répartition selon l'indication opératoire

Tableau XI : Répartition selon le pronostic foetal

Tableau XII : Répartition selon leur domicile

Tableau XIII : Répartition selon l'âge et fréquence des pathologies gynécologiques

Androva

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Appareil génital féminin (coupe sagittale médiane)

Schéma 2 : Organes génitaux interne de la femme (Face postérieur)

Schéma 3 : Artères de l'utérus et de ses annexes (Vue Postérieur)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Distribution selon les voies d'abord

Figure 2 : Distribuions selon l'évolution de l'hystérectomie

Figure 3 : Répartition selon l'évolution

INTRODUCTION

L'hystérectomie est une opération qui consiste en l'ablation chirurgicale de l'utérus.

Il arrive parfois que l'on doit aussi enlever les ovaires et les trompes de Fallope [1].

Il existe différents types de l'hystérectomie selon les parties réséquées : [3]

- ❖ Hystérectomie totale avec conservation des annexes :
 - ablation de la totalité de l'utérus (corps utérus et col utérus)
 - trompes et ovaires sont conservés
- ❖ Hystérectomie avec annexectomie:
 - ablation de la totalité de l'utérus,
 - ablation des trompes et des ovaires.
- ❖ Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes :
 - ablation du corps utérus avec la conservation du col utérus,
 - trompes et ovaires sont conservés.
- ❖ Hystérectomie subtotale avec annexectomie :
 - ablation du corps utérus avec la conservation du col utérus,
 - ablation des trompes et des ovaires.
- ❖ Hystérectomie élargie : hystérectomie totale avec ablation des paramètres (les tissus qui se trouvent de chaque côtés entre l'utérus et la paroi pelvienne).
Colpohystérectomie : c'est l'ablation de l'utérus et une partie du vagin (collerette vaginale).

Les différents types de l'hystérectomie selon la voie chirurgicale utilisée pour la réalisation de l'intervention : [2]

- ❖ hystérectomie par voie abdominale (ou voie haute) : lorsque l'intervention est réalisée à travers une incision de la paroi abdominale,

- ❖ hystérectomie par voie vaginale (ou voie basse) : lorsque la totalité de l'intervention est réalisée à travers le vagin,
- ❖ hystérectomie par voie coelioscopique : si l'intervention est réalisée à l'aide de la coelioscopie (à travers la paroi abdominale en réalisant de micro incisions),
- ❖ hystérectomie coelioscopie préparée : lorsqu'une partie de l'intervention est réalisée à l'aide de la coelioscopie puis le reste de l'intervention est réalisée par voie vaginale.

En revanche, le type d'hystérectomie totale ou subtotale ne semble influencer ni : la qualité des rapports sexuels (libido et sensation orgasmiques), ni l'apparition ou persistance de trouble sexuels, anorectaux ou urinaire. [2]

Le but d'une hystérectomie est de traiter ou de guérir certaines pathologies gynécologiques qui sont à l'origine de diverses souffrances et pour des raisons obstétricales liés à l'accouchement dans certain cas. Cela nous amène à effectuer cette étude, ayant comme objectif de déterminer les indications de l'hystérectomie observées au service de gynéco-obstétrique de CHU Androva depuis avril 2007 à avril 2009.

Notre étude comporte deux grandes parties :

- la revue de la littérature avec la généralité, les rappels anatomiques concernant l'utérus, les annexes de l'utérus et les organes génitaux externes suivie des différentes étiologies indiquant une hystérectomie avec ses diverses complications et pronostic, et la prise en charge thérapeutique,
- puis notre étude proprement dite comprenant : matériels et méthodes, résultats suivis de commentaire et de discussion enfin une conclusion.

I- RAPPEL ANATOMIQUE

I.1. L'utérus

L'utérus est un organe musculaire creux, il subit des modifications pendant la vie génitale. C'est un organe impair situé au centre de l'excavation pelvienne, la vessie en avant, le rectum en arrière, l'utérus fait saillie dans le vagin.

Il est ferme et élastique à l'examen et pèse environ 50 grammes chez la nullipare et 70 grammes chez la multipare. L'utérus présente dans sa partie moyenne un léger étranglement ; l'isthme de l'utérus lequel divise l'utérus en deux parties : le corps et le col.

I.1.1. Le corps utérin [5]

C'est la partie supérieure de l'utérus, de forme ovoïde et aplatie d'avant en arrière, le bord supérieur ou fundus est fortement convexe dans le sens antéropostérieur.

Les angles latéraux ou cônes utérines se continuent avec les trompes. Le corps de l'utérus est constitué par trois couches de tissus musculaires :

- l'endomètre,
- le myomètre,
- le péritoine.

▪ L'endomètre :

C'est la couche la plus interne, elle a une épaisseur de 2 à 8 mm, présentant des plis qui sont peu profonds, lisse et plus solide au niveau du canal cervical avec des plis en forme de palmier. C'est le lieu de l'implantation de l'œuf fécondé.

- **Le myomètre :**

C'est la couche moyenne après l'endomètre, de consistance dure pour les utérus non gravides, il a une épaisseur de 2 cm environ.

- **Le péritoine :**

C'est la couche la plus externe qui est très adhérent au myomètre, il tapisse latéralement les parois de la cavité pelvienne (la partie de la cavité située au dessous du détroit supérieur), il recouvre l'utérus, le rectum et la vessie.

C'est une membrane semi-perméable, il a un rôle de sécrétion, d'échange et de défense par la présence de nombreuses villosités à la surface.

I.1.2. Le col utérin

Le col utérin, c'est la partie inférieure, cylindrique et un peu renflé à sa partie moyenne, divisé en deux parties par la zone d'insertion vaginale visible au spéculum et accessible au toucher vaginal, ceci est percé à son sommet d'un orifice, orifice externe du col qui donne accès au canal cervical.

I.2. Vaisseaux et nerfs de l'utérus

I.2.1. Artère utérine : [6]

L'artère utérine est la branche viscérale moyenne de l'hypogastrique. Elle chemine d'abord contre la paroi pelvienne latérale, puis se porte en dedans, en bas et avant, cheminant sur le releveur, dans l'espace retro-ligamentaire, ainsi elle gagne la base du ligament large, la pénètre et se porte alors transversalement en dedans vers l'isthme utérin, c'est sa porte sous ligamentaire.

Ayant atteint l'isthme, l'artère se redresse, monte le long du bord utérin, comprise dans l'insertion utérin du ligament large, arrive à la corne utérine, se recourbe en dehors pour se porter horizontalement sous l'isthme tubaire et se termine en irriguant les portions internes de la trompe et l'ovaire.

I.2.2. Veines de l'utérus : [6]

Les veines de l'utérus sont drainées par deux voies :

- l'une superficielle suit l'artère utérine et passe avec elle ou dessus de l'uretère et ramène également du sang de la vessie.

- l'autre profonde, plus importante passe au dessous de l'uretère, dans le fond du bassin, et draine également de nombreuses veines vésicales et vaginales et enfin le sang du plexus veineux de santorini.

I.2.3. Nerfs de l'utérus [6]

Les nerfs de l'utérus, nombreux, viennent de la partie antérieure et supérieure du plexus hypogastrique et forment une lame nerveuse étendue sur les faces latérales du col et du corps à la limite interne du paramètre.

Il existe de part et d'autre du col de sac de douglas de très nombreux nerfs ce qui explique sa sensibilité particulière.

I.3. Les annexes de l'utérus [4]

Elles sont constituées par les ovaires et les trompes utérines situées de chaque côté de l'utérus dont elles sont solidaires ; ces organes sont unis entre eux par le péritoine pelvien qui constitue à leur voisinage des replis formant le ligament large.

I.3.1. L'ovaire [4]

Glande sexuelle femelle, il a la forme d'une amande, à surface mamelonnée, d'environ 4 cm de long, 2 cm de large, 1 cm d'épaisseur.

L'ovaire est maintenu par trois ligaments :

- _ le ligament suspenseur de l'ovaire,
- _ le ligament tubo-ovarique,
- _ le ligament propre de l'ovaire.

I.3.2. Les trompes utérines [4]

Ce sont des conduits musculo-membraneux symétriques qui prolongent en dehors les cornes utérines, qu'elles font communiquer avec la cavité péritonéale.

Situées dans le mésosalpinx, les trompes présentent tout d'abord une direction transversale jusqu'au pôle utérin de l'ovaire. Là, elles se redressent, montent verticalement contre le bord mésovarique de l'ovaire, puis retombent le long du bord libre de l'ovaire.

La trompe mesure environ 10 à 12 cm.

On distingue quatre parties :

- la portion interstitielle,
- l'isthme,
- l'ampoule,
- l'infundibulum.

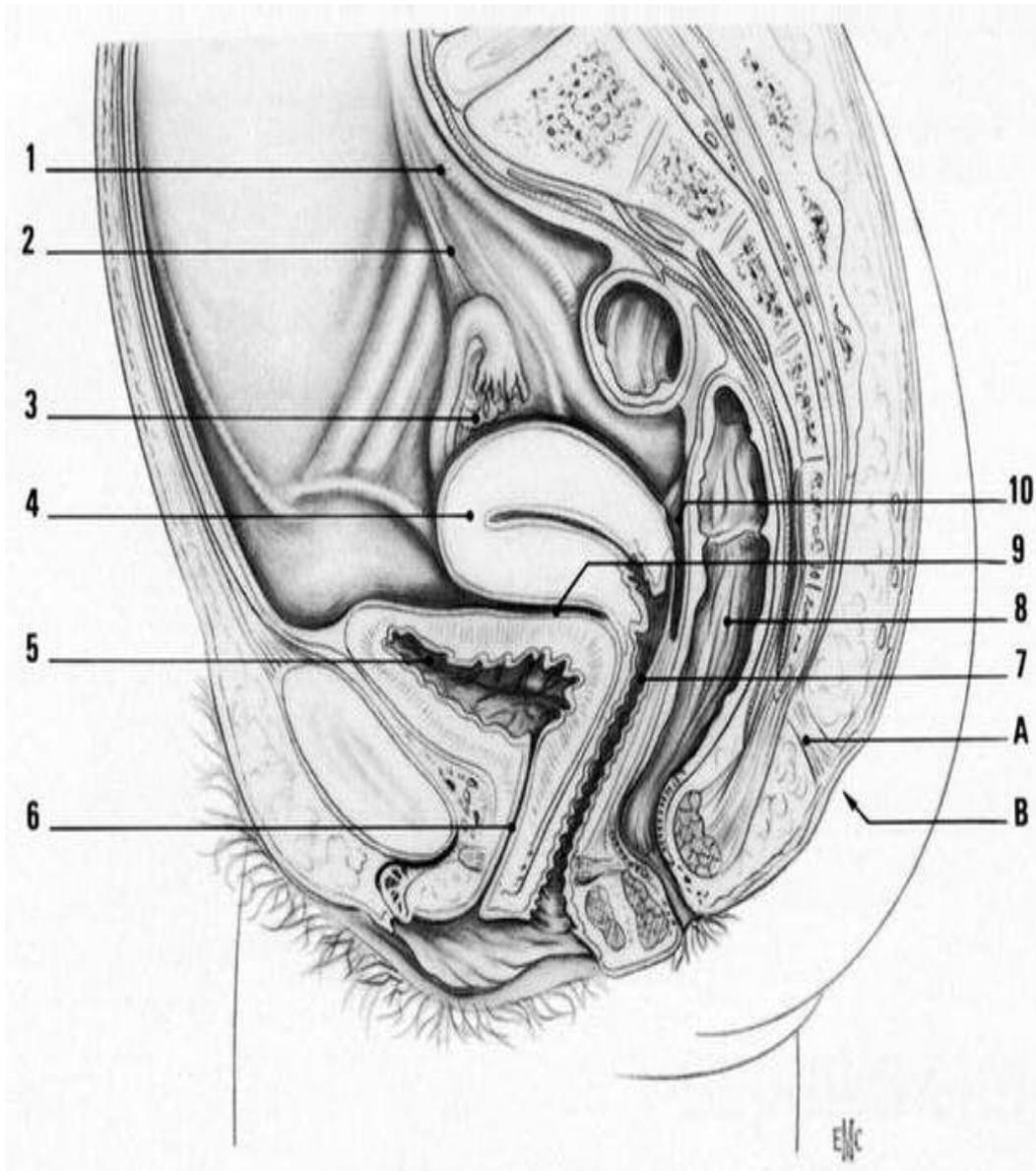


Schéma 1 : Appareil génital féminin (coupe sagittale médiane) [5]

A. Rétinaculum caudal ; B. Fossette Coccygienne ; 1. Uretère ; 2. Ligament suspenseur de l'ovaire ; 3. Ovaire ; 4. Utérus ; 5. Vessie ; 6. Urètre ; 7. Vagin ; 8. Rectum ; 9. Cul de sac vesico-utérin ; 10. Cul de sac recto-utérin.

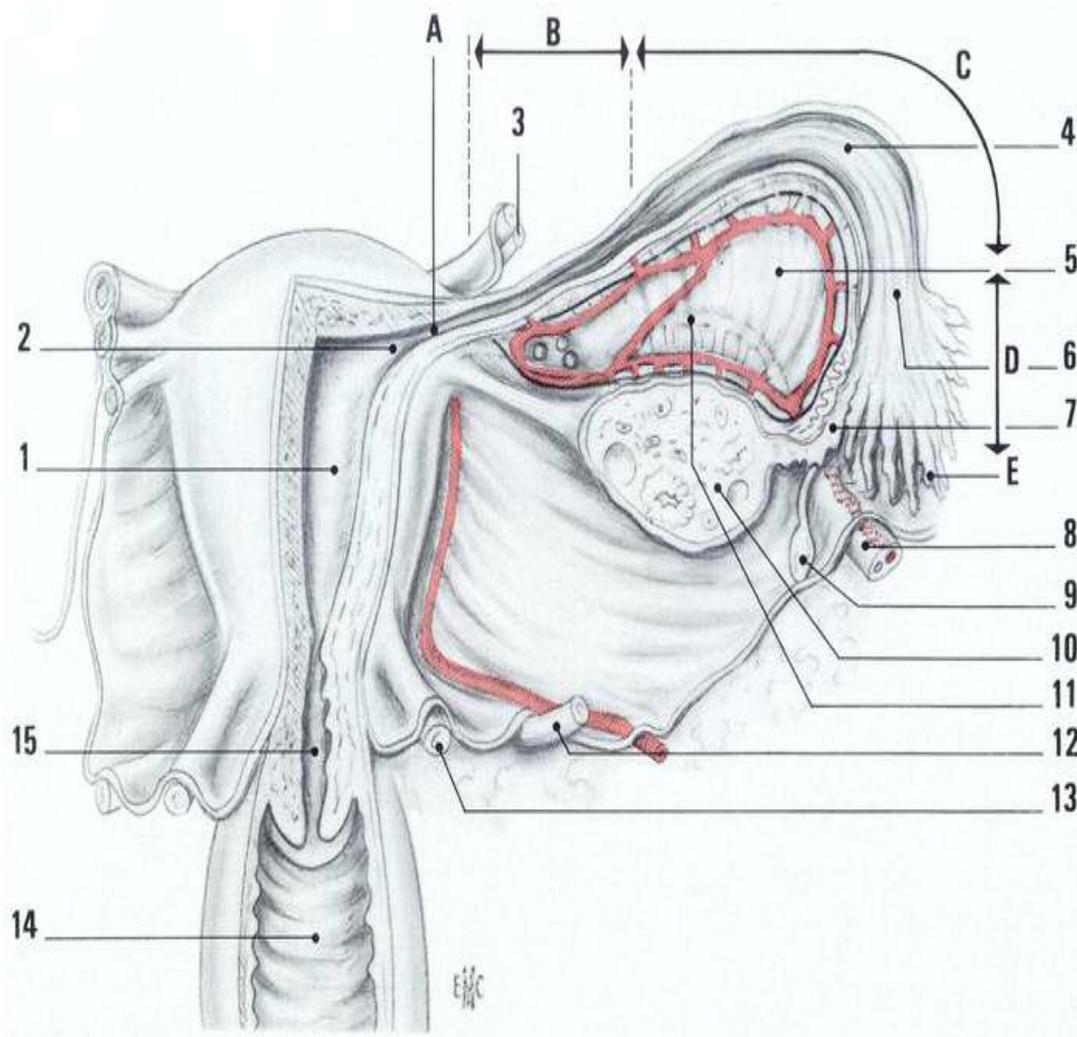


Schéma 2 : Organes génitaux interne de la femme (Face postérieure) [5]

A. Partie utérine de la trompe ; B. Isthme de la trompe ; C. ampoule de la trompe ; D. Infundibulum de la trompe ; E. Franges tubaires ; 1. Cavité utérine ; 2. Ostium utérin de la trompe ; 3. Ligament rond ; 4. Cavité tubaire ; 5. Mésosalpinx ; 6. Ostium abdominal de la trompe ; 7. Franges ovariennes ; 8. Ligament suspenseur de l'ovaire ; 9. Appendice vésiculeux ; 10. Ovaire ; 11. Epoophoron ; 12. Uretère et Artère utérine ; 13. Ligament utéro-sacral ; 14. VagPin ; 15. Canal cervical.

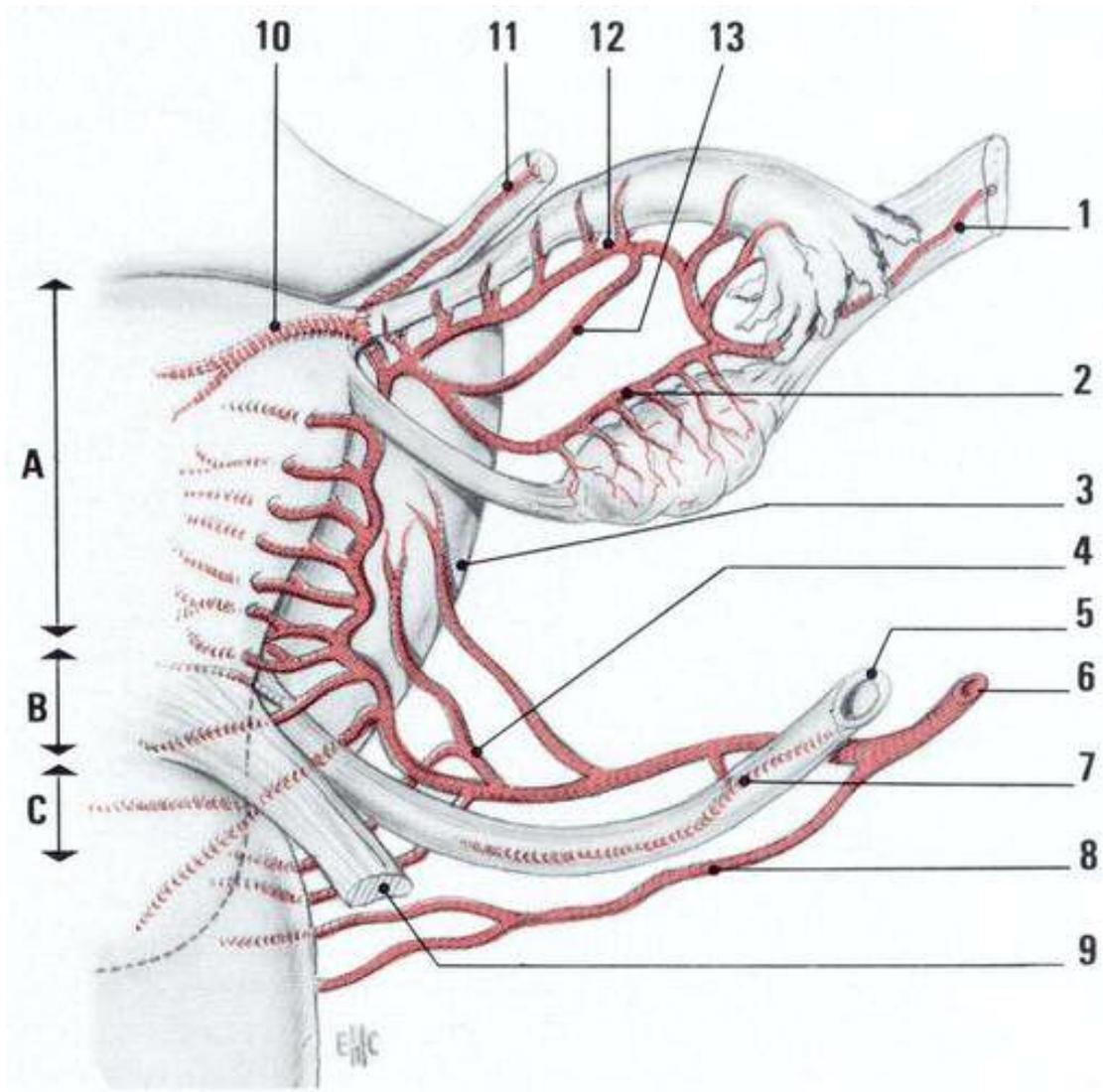


Schéma 3 : Artères de l'utérus et de ses annexes (Vue Postérieur) [5]

A. Corps ; B. Partie supra-vaginale du col ; C. Fornix vaginal ; 1. Artère ovarique ; 2. Arcade infra-ovarique ; 3. Vessie ; 4. Artère vésico-vaginale, 5. Uretère ; 6. Artère utérine ; 7. Rameau urétérique ; 8. Rameau vaginal ; 9. Ligament utéro-sacral ; 10. Artère du Fundus utérin ; 11. Artère du Ligament rond ; 12. Arcade Infra-tubaire ; 13. Artère tubaire moyenne.

II. POURQUOI UNE HYSTERECTOMIE ?

(Les différentes étiologies indiquant une hystérectomie)

II.1. Fibrome utérin

II.1.1. Définition et particularités

Les fibromes (appelés également léiomyomes ou myomes) sont des tumeurs (bosse) non cancéreuses faites de tissus musculaires qui ont souvent une forme arrondie et peuvent avoir l'apparence d'un faisceau tourbillonnant. Il y en a de toutes les grosseurs variant de la taille du petit pois jusqu'à des masses pouvant atteindre plusieurs kilos. On peut les retrouver à tous les niveaux de l'utérus. [7]

Les léiomyomes utérins, sont les tumeurs gynécologiques les plus courantes ; ils sont présents chez 30% des femmes en âge de procréer. [8 ; 9] ils croissent sous l'influence de plusieurs facteurs et en particulier, des œstrogènes et l'hormone de la croissance.

Il s'agit d'une tumeur solide, l'utérus peut être le siège d'un seul fibrome, mais en vérité, dans 2 sur 3 des cas, les fibromes sont multiples de quelques noyaux fibromateux à plusieurs dizaines chez la même femme. Leurs limites sont arrondies, régulières mais sans vraie capsule et à la coupe, ils prennent l'aspect d'une structure fasciculée de coloration beige rosée.

II.1.2. Localisations [10]

La localisation du fibrome peut être :

➤ **au niveau de l'utérus :**

Les localisations des fibromes au niveau de l'utérus sont très variables,

❖ **sur le corps utérus** : dans ce cas il peut être :

▪ **interstitiel ou intramural** quand il est localisé dans la paroi musculaire de l'utérus.

▪ **sous muqueux (endocavitaire)** quand il se développe dans la cavité utérine et que l'endomètre recouvre la partie saillante dans cette cavité.

On peut distinguer trois types de fibromes sous muqueux :

- fibrome sous muqueux pédiculé (type I) quand le pédicule, et donc il se développe dans sa totalité dans la cavité utérine. dans certains cas, le pédicule est assez long pour que le fibrome, sous l'effet des contractions utérines dilate le canal cervical et apparaît au niveau du l'orifice externe du col utérin ou dans le vagin, c'est le fibrome accouché par le col.

Ce type de fibrome est exposé à l'infection et à la nécrose (ou le séphacèle = mortification ou gangrène).

- fibrome sous muqueux sessile, ces fibromes sont divisés en :

- _ fibrome sous muqueux à grand diamètre intracavitaire (type II ou sous muqueux à angle aigu) : dans ce type de fibrome est interstitiel, c'est-à-dire se situé dans la paroi musculaire de l'utérus.

- _ fibrome sous muqueux à grand diamètre intramural (type III ou sous muqueux à angle obtus) où la majeure partie du fibrome est intramurale et il n'y a qu'une petite partie qui se développe dans la cavité utérine.

- fibrome sous séreux : quand le fibrome se développe sur la surface externe de l'utérus ; dans ce cas, le fibrome peut être :

Soit sous séreux sessile : quand il tient à l'utérus par un large base d'implantation.

Soit sous séreux pédiculé : quand il tient à l'utérus par un pédicule plus ou moins long.

- ✚ sur l'isthme utérin (Isthmique)

Le fibrome peut se développer dans la paroi utérine mais dans certains son développement se fait dans le paramètre entraînant des phénomènes de compression urétérale.

- ✚ sur le col utérin (cervical)

Quand il se développe au niveau du col utérin :

Le fibrome cervical peut se développer soit dans la lumière du canal cervical sous forme de fibrome sessile ou pédiculé soit il se développe dans la paroi du col utérin (fibrome intramural cervical)

Il évolue souvent dans la portion sus vaginale du col utérin et rarement dans sa portion intra-vaginale, puis parfois il se développe dans les deux parties du col utérin (la partie supravaginale et intravaginale).

Intraligamentaires : quand le fibrome est situé sur un ligament maintenant l'utérus. Exemple le ligament rond.

Fibromes de l'ovaire : des localisations rares par rapport aux localisations au niveau de l'utérus.

II.1.3. Manifestations cliniques [10]

Les fibromes utérins peuvent rester asymptomatique, mais peuvent aussi être à l'origine de un ou plusieurs symptômes comme :

- les douleurs pelviennes : ce sont des douleurs chroniques mais dans certains cas, ce sont des douleurs aiguës (en cas de torsion d'un fibrome sous séreux pédiculé, ou une nécrobiose aseptique aiguë)
- les ménorragies,
- des symptômes et des signes de la compression des organes avoisinant tels que la vessie, l'uretère et le rectum,
- en cas de grossesse, ils peuvent provoquer des avortements à répétition et dans certains cas particuliers des troubles dans le déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance du placenta ; puis le cas particulier par voie naturelle est impossible, donc la césarienne s'impose mais l'intervention est souvent délicate et nécessite une grande expérience chirurgicale.

II.1.4. Diagnostic d'un fibrome utérin [10]

Le diagnostic des fibromes utérins et leurs localisations peut être fait :

- Par l'examen clinique :
 - Lors de l'examen physique :
 - sensation de pesanteur pelvienne par la patiente,
 - perception d'une masse abdomino-pelvienne,
- Par l'échographie par voie abdominale et endovaginale,

- Par la radiologie :
 - un cloché radiologique simple du pelvis, peut attirer l'attention à la présence d'un myome calcifié.
 - l'hystérosalpingographie : elle est surtout utile pour le diagnostic des fibromes sous muqueux (endocavitaire),
 - le scanner,
 - l'imagerie par résonance magnétique (IRM), est un des meilleurs moyens de diagnostic des myomes utérins et leurs localisations,
 - l'hystérocopie diagnostique surtout pour les fibromes sous muqueux, la coelioscopie dans certain fibrome sous séreux.

II.1.5. Evolution des fibromes : [10]

II.1.5.1. Modification de volume

- les fibromes peuvent rester stables en volume mais la tendance à l'augmentation de volume est l'évènement le plus habituel.
 - l'augmentation de volume des fibromes se fait soit verticalement, c'est-à-dire vers la cavité abdominale, soit horizontalement et à partir de certain volume il peut être à l'origine de phénomène de compression au niveau des organes avoisinants (vessie, uretère, rectum, vaisseaux pelviens, ...)

II.1.5.2. Transformations

Les fibromes ce sont des tumeurs susceptibles d'être le théâtre de perturbation de la vascularisation ; l'insuffisance vasculaire aigue ou chronique explique certaines transformations structurelles comme :

- l'œdème, la thrombose,
- la calcification (l'aspect échographique et radiologique) ;
- l'involution adipeuse ou le fibrome prend l'aspect d'un lipome ;
- la nécrobiose aseptique : c'est un infarctus du fibrome, il se voit fréquemment pendant la grossesse dans le post-partum immédiat (après l'accouchement),
 - la cavitation (la transformation pseudokystique) suite à une nécrobiose, où une partie du fibrome se liquidifie aboutissant à des formations

cavitaires irrégulières, à contenu trouble dépourvu de revêtement, creusé en plein tissu myomateux,

- la torsion des fibromes sous séreux pédiculés qui entraîne la nécrobiose du fibrome et la rupture de ses pédicules veineux superficiels risque de l'hémorragie intra-péritonéale.
- l'accouchement par le col utérin des fibromes sous muqueux à long pédicule avec l'infection et la nécrose (séphacèle) qui sont associés souvent à cette évènement.

II.1.6. Traitement du fibrome utérin [10]

Les fibromes utérins asymptomatiques de petite taille n'ont pas besoin d'être traités (50 à 80 % des fibromes) ;

Par contre les fibromes symptomatiques doivent être traités ; ce traitement est différent selon l'âge de la femme et son désir de grossesse ; pour cette raison :

- Chez la femme jeune et la femme désireuse d'enfants :
Le traitement consiste à l'ablation chirurgicale du fibrome : c'est la myomectomie qui peut se faire soit par
 - hystéroscopie ou
 - coelioscopie, certain myomectomie se fait par laparotomie (ouverture classique de la paroi abdominale)
- Chez la femme âgée et la femme non désireuse d'enfant, l'hystérectomie est souvent envisagée.

II .2. Dysplasie du col utérin

II.2.1. Définition [31]

C'est une modification des cellules de l'épithélium du col utérin, qui peut être le point de départ d'un cancer du col.

Les modifications sont classées en différentes grades selon l'importance des modifications histologiques (modification des cellules) et de l'extension des lésions.

Les anomalies de l'épithélium malpighien se classent en trois grades. La dénomination actuelle : CIN (Cervical Intraépithélium Neoplasia) comporte les parallélismes suivants avec les dysplasies et carcinomes in situ :

- la CIN I correspond à l'ancienne dénomination de dysplasie légère (de bas grade). La hauteur de prolifération des cellules anormales ne dépasse pas le tiers inférieur de l'épithélium.
- la CIN II correspond à la dysplasie moyenne (de grade moyen). Cette hauteur est comprise entre le tiers inférieur et les deux tiers inférieurs de l'épithélium.
- la CIN III correspond à la dysplasie sévère ou au carcinome in situ (de haut grade). Cette hauteur dépasse les deux tiers de l'épithélium.

II.2.2. Fréquence : [31]

On retrouve une dysplasie du col utérin chez 1 à 5 % des femmes dans la population générale. Elles concernent essentiellement les femmes âgées de 25 à 35 ans.

On estime que chaque année, apparaissent environ 69 000 nouveaux cas de dysplasie de bas grade et 15 000 cas de dysplasie de haut grade en France.

II.2.3. Les symptômes de la dysplasie : [31]

La dysplasie n'a pas de signes annonciateurs spécifiques. Si des symptômes tels que des saignements vaginaux surviennent, elle a sûrement déjà évolué.

C'est pourquoi, il est important de se faire dépister régulièrement au moyen d'un frottis cervico-vaginal (FCV) et à partir de 30 ans du test HPV.

II.2.4. Facteurs favorisants : [31]

Plusieurs facteurs peuvent favoriser la survenue d'une dysplasie du col utérin :

- une infection génitale par un virus appelé Human Papilloma Virus (HPV), passée souvent inaperçue.
- des microtraumatismes du col utérin favorisés par de nombreux accouchements,
- le tabagisme,
- une infection génitale par l'Herpès Virus.

II.2.5. Evolution [31]

Une dysplasie de bas grade régresse spontanément sans traitement, dans 50% à 60% de cas, dans un délai de 1 à 2 ans.

Dans 35% des cas, elle persiste.

Plus rarement 2 à 12% de cas, une dysplasie de bas grade évolue vers une dysplasie de haut grade évoluent dans environ 60% des cas vers un cancer du col de l'utérus en absence de traitement, et cela dans un délai moyen de 10 ans.

II.2.6. Conduite à tenir [31]

- Pour les dysplasies légères il sera parfois suffisant d'observer une simple surveillance par **colposcopie** et cytologie pendant 12 mois.

Si ces lésions dites de bas grade à faible risque évolutif et pour lesquelles une simple destruction est suffisante, par la cryothérapie au laser ou à l'électrocoagulation.

- Pour des lésions de haut grade (dysplasie moyenne ou sévère) le traitement nécessitera une résection complète, la **conisation** avec contrôle histologique pour s'assurer de la résection complète.

Cette conisation nécessite ensuite une surveillance très précise par frottis, colposcopie et biopsie.

- Pour les formes d'évolution plus importantes, dites invasives, le traitement pourra être chirurgical, radiothérapeutiques ou associer la chirurgie à la radiothérapie.

II.3. Cancer du col utérin

II.3.1. Généralités

Le cancer invasif du col utérin est une maladie d'origine infectieuse à évolution lente qui met en général plus de quinze ans à se développer, depuis la primo infection par un papillomavirus humain oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses accompagnant la persistance de lésion. [21]

L'infection génitale par un HPV est une des trois principales infections sexuellement transmissible (IST) concernant la population générale. Il est estimé que 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV [16].

L'infection persistante par un HPV à haut risque oncogène est considérée comme la cause principale du cancer du col utérin. [24]

Ce virus est transmis préférentiellement par contact sexuel, souvent lors des premiers rapports. [25]

La prévalence de l'infection à HPV à haut risque oncogène est très dépendant de l'âge : élevée avant 30 ans, elle diminue ensuite progressivement avec l'âge, avec parfois un pic vers 45 à 49 ans. [26 ; 27]

II.3.2. Lésions histologiques cervicales :

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses (les néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN), faisant suite à la persistance de l'infection génitale par un HPV à haut risque oncogène, dont certaines sont des stades facultatifs (CIN1 et CIN2) [28] et d'autres des étapes nécessaires (CIN3) à l'apparition d'un cancer invasif [16 ; 20].

L'adénocarcinome, en revanche ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement : l'adénocarcinome in situ. Cette lésion déjà cancéreuse fait également suite à la persistance de l'infection par un HPV à haut risque oncogène mais histoire naturelle est moins connue.

II.3.3. Stadification du cancer du col

Le système d'évaluation des stades des cancers des organes génitaux le plus largement utilisé est celui de la fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) qui s'applique à toutes les formes morphologiques des cancers du col de l'utérus. [29]

Stades FIGO des carcinomes du col utérin (version 2000)

Stade O : carcinome intra épithélial (carcinome in situ)

Stade I : carcinome limité au col

Stade II : extension extra utérine du cancer, mais sans atteinte de la paroi pelvienne ni du tiers inférieur du vagin.

Stade III : cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet.

Stade IV : cancer envahissant la muqueuse de la vessie ou du rectum ou avec extension extrapelvienne.

II.3.4. Etude anatomopathologique

II.3.4.1 : Aspects macroscopiques :

- Cancer in situ et micro-invasif :

Il ne présente généralement pas d'aspect caractéristique [30]

- Cancer invasif :

Les premiers stades de l'invasion ne sont décelés qu'à l'examen microscopique. Les stades avancés peuvent simuler l'une des formes suivantes :

- Bourgeonnante ou exophytique ;
- Infiltrante ou endophytique ;
- La forme mixte.

II.3.4.2 : Aspects microscopiques :

- Carcinome épidermoïde :

- Carcinome in situ : pour les carcinomes in situ du col utérin, l'épithélium est désorganisé sur toute sa hauteur dans la zone de jonction. Les cellules malignes occupent l'épithélium sur une certaine surface mais ne franchissent pas la membrane basale. [30]

- Carcinome micro invasif : dans le carcinome micro invasif, il existe une rupture de membrane et une invasion stromale par les cellules malignes.

Le potentiel métastatique de la lésion est encore limité, il augmente avec l'étendu de la lésion, la profondeur de l'invasion et l'envahissement des espaces vasculaires et lymphatiques.

Carcinome invasif : Il apparaît tout d'abord sur une zone péri-orificielle, indurée, granuleuse, iodo-négative et saignant facilement.

Elle va évoluer vers l'une des modalités suivantes :

- la forme bourgeonnante, plus ou moins volumineuse, friable et hémorragique,
- la forme infiltrante avec un col augmenté de volume infiltré,
- et la forme ulcérateuse avec un cratère plus ou moins volumineux, hémorragique, à base indurée.

Dans certains cas, l'origine du cancer se situe dans l'endocol avec une infiltration massive circonférentielle de 5 à 6 cm au plus, réalisant le tableau du cancer en barillet [32]

➤ Adénocarcinomes :

🚦 Adénocarcinome micro-invasif : se définit par une infiltration du stroma inférieur à 5 mm.

🚦 Adénocarcinome invasif : l'adénocarcinome naît au dépend de l'épithélium de revêtement endocervical, il est précédé d'atypies glandulaires qui constituent les lésions pré-invasives.

II.3.4.3. Autres cancers du col utérin

Les tumeurs primitives :

- les sarcomes (léiomyosarcome, rhabdomyosarcome embryonnaire)
- les choriocarcinomes,
- les mélanomes.
-

II.3.5. Epidémiologie [33]

Dans le monde, le carcinome épidermoïde du col est le cancer le plus courant chez la femme. Ainsi en 1980 le cancer du col dans le monde représentant 15% de tous les cancers chez la femme.

II.3.6. Facteurs de risques du cancer du col [33]

- Les facteurs sont apparus prépondérantes très tôt :
- Premier rapports sexuels précoces,
 - Mariage précoce,
 - Age jeune à la première grossesse,
 - Grossesse multiples,

- Instabilité maritale, divorce ou partenaires sexuels multiples,
- Prostitution.
- Bas niveau socio-économique,
- Le tabac,
- Les facteurs nutritionnels consommations de boissons alcoolisées, en particulier la bière, et des alcools forts,
- Les facteurs liés au terrain. au cours des états d'immunodépression, on peut constater une infection virale.
- Les facteurs génétiques.

II.3.7. Diagnostic clinique des carcinomes du col

II.3.7.1. Signes cliniques

Il s'agit le plus souvent de métrorragies, parfois de leucorrhées ou en cas de signe tardifs de :

- douleurs pelviennes,
- de troubles urinaires ou rectaux,
- voire des signes généraux :
 - _ amaigrissement,
 - _ fièvre,
 - _ anémie.

II.3.7.2. L'examen clinique

- l'examen au spéculum : Il permet d'observer des formes :
 - bourgeonnantes,
 - ulcérée,
 - infiltrantes s'étendant vers l'endocol et donnant l'aspect dit « col en barillet ».
- Les touchers pelviens : permet d'apprécier l'extension de la tumeur et de faire un bilan locorégional afin de mieux définir l'attitude thérapeutique.

- l'examen général : consiste en la palpation des aires ganglionnaires et abdominales.

II.3.8. Le traitement du cancer du col de l'utérus [34]

Les traitements proposés sont la conisation, la radiothérapie ou la chimiothérapie. Ils peuvent se pratiquer isolément ou en association. Chez la femme qui n'a pas eu d'enfants, l'intervention sera toujours la plus limitée possible.

Le chirurgien est parfois obligé de pratiquer une hystérectomie totale.

II.4. Rupture utérine

II.4.1. Définition et Généralité [35]

La rupture utérine est une solution de continuité de la paroi utérine pendant la grossesse ou au cours du travail. Il s'agit d'une urgence obstétrico-chirurgicale car elle met en jeu rapidement le pronostic vital tant maternel que fœtal.

Dans les pays en voie de développement, sa fréquence élevée est très préoccupante car elle découle le plus souvent d'un manque de surveillance de la femme enceinte.

II.4.2. Anatomie pathologie [35]

La rupture utérine siège, sauf dans le cas d'une cicatrice corporeale, sur le segment inférieur.

On peut distinguer 4 types de ruptures selon les lésions : les ruptures complètes, incomplètes, compliquées, et secondaires.

- Rupture complète :

Elle intéresse les trois tuniques de l'utérus à savoir :

- la muqueuse,
- la musculuse,
- la séreuse.
- Rupture incomplète,
- Rupture compliquée :

La rupture peut s'étendre vers le col et donne ce qu'on appelle la rupture cervico-segmentaire, mais aussi vers le vagin, le pédicule vasculaire, le ligament large et voire même la vessie.

- Rupture secondaire :

C'est la désunion de la cicatrice de la césarienne antérieure. Son siège sera l'incision opératoire qui est le plus souvent transversal.

II.4.3. Physiopathologie :

On peut distinguer 3 types :

- Rupture par altération du muscle utérin dans :
 - la multiparité,
 - les curetages répétés,
 - et les cicatrices d'interventions chirurgicales portant sur l'utérus.
- Rupture par dystocie mécanique
- Rupture iatrogènes.

II.4.4. Etudes cliniques :

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse, au cours du travail ou quelquefois même n'est découverte qu'après l'accouchement.

- Phase de pré-rupture :

Elle réalise le syndrome de distension du segment inférieur ou syndrome de BANDL FROMMEL.

- Phase de rupture proprement dite.

II.4.5. Etiologie de la rupture utérine :

➤ Causes maternelles :

Dans ses antécédents gynéco-obstétriques : on note une fragilité utérine.

- Curetage lors d'une fausse couche spontanée ou une interruption volontaire de la grossesse ou une grossesse molaire. Qu'ils soient aspiratifs ou non, répétés, intempestifs, ils sont à l'origine de perforations utérines méconnues. [35 ; 36 ; 38]
- Avortement provoqué: l'utilisation de prostaglandine, le sulprostone sur un utérus cicatriciel, exemple de facteur de risque avec absence de toute pathologie et de manœuvre obstétricales.
C'est le cas où s'observe les formes cliniques atténuées [40].
L'emploi abusif et erroné d'ocytocique dont les risques deviennent sérieux à partir de la 6^{ème} pare. [35 ; 39]
- Utérus cicatriciels : surtout césarienne segmentaire. Mais il y a aussi les césariennes corporéales, beaucoup plus redoutable pouvant entraîner une rupture utérine au cours de la grossesse.
 - ❖ Myomectomies,
 - ❖ Hystéroplasties sur utérus malformé,
 - ❖ une césarienne prophylactique peut entraîner également une rupture sous séreuse des cicatrices segmentaires transversales souvent asymptomatiques. [43]
Le court délai entre césarienne antérieure et grossesse est un facteur favorisant de la rupture utérine [36].
- Suites opératoires compliquées lors d'une première césarienne, ou lorsqu'il y a eu une endométrite du post-partum.
- La fragilité de l'endomètre par utérus polyfibromateux, adénomyose (qui est exceptionnel) et la synéchie post-traumatique.
- La multiparité : les présentations vicieuses augmentent avec la parité. Elles sont 6 fois plus élevées chez la multipare et les accouchements spontanés sont aussi très fréquents.

- Dystocie dynamique : dans la malformation du segment inférieur, anomalie de la dilatation du col.
- Dystocie mécanique : bassin rétréci, généralement rétréci ou asymétrique,
- Anomalie de la grossesse :
 - _ Insertion vicieuse du placenta (placenta praevia et accreta) [36]
 - _ Altération du segment inférieur par la présence d'une insertion vicieuse du placenta lors de la grossesse précédente.

- Causes fœtales :
 - Présentation vicieuse : transversale, face et siège surtout décomplétée,
 - Dystocie mécanique due à une hydrocéphalie ou bien un gros fœtus.
- Manœuvres obstétricales :
 - Version par manœuvre interne ou VMI,
 - Extraction par forceps,
 - Iatrogènes : accouchement dirigé avec emploi excessif d'ocytocique, Misoprostol.
- Divers :
 - Dysproportion foeto-pelvienne : le mobile fœtal étant plus volumineux que le bassin maternel ;
 - Utilisation de décoctions : utilisé comme utérotonique [39 ; 43]
Elles sont ingérées ou appliquées localement dans le but de faciliter le travail. C'est une pratique assez courante eu milieu Africain dont Madagascar fait parti.
 - Erreur technique : durée d'acheminement dont l'EVASAN est un exemple concret.

II.4.6. Traitement :

Le traitement de la rupture utérine est exclusivement chirurgicale [44]. La mortalité après hystérorraphie est plus élevée qu'après hystérectomie et elle est due à l'infection.

La rupture utérine est une urgence chirurgicale. L'hystérorraphie donne de bons résultats thérapeutiques lorsqu'il s'agit de rupture aux bords nets sans signe de nécrose. Par contre, l'hystérectomie s'impose quand les lésions sont étendues et qu'une nécrose est présente.

L'hystérectomie totale est la meilleure méthode chirurgicale afin d'éviter l'infection.

[45]

II.5. Prolapsus génital

II.5.1. Définition [11]

Le prolapsus génital (ou « descente d'organes » dans le langage courant) est un déplacement anormal, soit d'un seul organe, soit de deux organes, soit des trois organes du pelvis vers le bas, avec, éventuellement, l'issue de cet organe à l'extérieur, à travers l'orifice vulvaire ou à travers l'anus.

II.5.2. Classification

La classification du prolapsus en fonction de son importance se fait classiquement en trois stades, dont la définition est clinique :

- Stade I : Prolapsus n'arrivant pas jusqu'à l'orifice vulvaire.
- Stade II : Prolapsus arrivant jusqu'à l'orifice vulvaire, mais ne le dépassant pas.
- Stade III : Prolapsus dépassant l'orifice vulvaire (on parle de "prolapsus extériorisé").

Le prolapsus génital peut parfois s'accompagner d'une incontinence urinaire, mais pas toujours. (Effectivement : On peut avoir une incontinence urinaire sans prolapsus génital, et un prolapsus génital sans incontinence urinaire, les deux phénomènes étant dus à des mécanismes différents). D'ailleurs, par des phénomènes complexes, certains prolapsus peuvent « masquer » une incontinence urinaire, qui ne va apparaître qu'après le traitement chirurgical du prolapsus.

II.5.3. Epidémiologie [11]

Le prolapsus génital est responsable d'un cinquième des indications de chirurgie gynécologique. Son incidence annuelle, en Grande-Bretagne, est de 20 cas pour 10 000 femmes.

II.5.4. Etiologie [12]

Les trois organes du pelvis sont maintenus à leur place naturelle par deux moyens :

- Des moyens de suspension : Essentiellement constitués par les ligaments qui tiennent ces organes, et par les fascias, sortes de ciments naturels qui solidarisent ces trois organes entre eux.
- Des moyens de soutènement : Essentiellement constitués par les muscles du périnée (muscles releveurs de l'anus).

Un prolapsus génital va donc apparaître si ces moyens deviennent défailants. Les causes les plus classiques en sont les suivantes :

- La constipation, qui augmente la pression intra-abdominale, appliquée sur les structures du pelvis ;
- La ménopause, et la carence en hormones qui en découle (qui abîme les fascias et désolidarise les organes entre eux) ;
- Le surpoids et l'obésité (qui provoque une pression trop importante de l'abdomen sur les organes du pelvis, et qui distend les ligaments) ;
- Des grossesses multiples ;
- Des troubles neurologiques: paraplégie, qui entraîne une dénévation du pelvis et un affaiblissement de ses muscles ;
- L'âge, le risque doublant à chaque décade à partir d'un certain âge ;
- Des accouchements difficiles (usage de forceps, par exemple), des accouchements de gros enfants (plus de 4 Kg), qui abîment les muscles du périnée. Ces derniers facteurs sont classiques mais n'ont cependant pas été prouvés.

Parfois, cependant, aucune cause évidente n'est retrouvée.

II.5.5. Symptômes

Les symptômes dépendent, en partie, de l'importance du prolapsus.

En fonction de la prédominance du prolapsus sur l'un des trois organes du pelvis, les symptômes ressentis sont les suivants :

- En cas de prolapsus prédominant sur la vessie :

Une « boule » qui sort à l'avant du vagin. Une sensation de « pesanteur », de « poids » dans le bassin. L'impression de devoir forcer pour uriner (« dysurie »). L'impression de ne pas vider complètement sa vessie, et de devoir y retourner peu de temps après avoir uriné (« miction en deux temps »). La nécessité d'aller uriner trop souvent (« pollakiurie »). Des envies pressantes d'aller uriner (« impériosités »), voire des fuites d'urines « par impériosité ». Des infections urinaires à répétition.

- En cas de prolapsus prédominant sur l'utérus :

Une « boule rosâtre ou rougeâtre » qui sort par le vagin (il s'agit du col de l'utérus, souvent irrité). Une sensation de « pesanteur », de « poids » dans le bassin. Éventuellement : De petits saignements (si le col de l'utérus est très irrité).

- En cas de prolapsus prédominant sur le rectum :

Une « boule » qui sort à l'arrière du vagin. Une sensation de « pesanteur », de « poids » dans le bassin. Une constipation, parfois importante. La nécessité de devoir « rentrer la boule avec le doigt » pour pouvoir déféquer. L'impression de ne pas avoir complètement vidé son rectum en allant à la selle. Et rarement : Une incontinence aux selles.

Ces symptômes peuvent, bien entendu, être « mêlés » entre eux en cas de prolapsus touchant deux ou trois organes.

II.5.6. Traitement [13]

Le traitement du prolapsus génital doit être précédé par un bilan de son retentissement, et par la recherche d'anomalies associées. Il conviendra par ailleurs de corriger certains facteurs favorisants: traiter une constipation, donner un traitement hormonal substitutif en post-ménopause.

Un prolapsus urinaire ou génital relèvera, dans l'immense majorité des cas, d'un traitement chirurgical (quand le prolapsus est à un stade avancé (2^e et 3^e degrés)). Effectivement, la rééducation périnéale peut parfois maintenir un prolapsus débutant mais une fois que le prolapsus est avancé (c'est-à-dire quand il est du 3^e degré), elle ne permet pas de réintégrer les organes qui sont « descendus ». Il faut donc commencer la rééducation dès les premiers signes pour permettre de limiter la "descente" de ce prolapsus et peut-être éviter l'opération. Ce traitement chirurgical a pour but de remplacer les moyens de suspension (fascias, ligaments) ; ou les moyens de soutènement (muscles du périnée) devenus défailants ; et le plus souvent les deux. Il fait appel le plus souvent, de nos jours, à l'utilisation de « prothèses » synthétiques (c'est-à-dire artificielles, n'utilisant aucun produit d'origine animale ou humaine) qui ressemblent à des tissus tricotés (comme les « mailles d'un filet ») : Ces prothèses servant à remplacer les fascias défailants, ou à suspendre les organes « descendus » à des ligaments naturels solides.

Ce traitement peut se faire selon trois voies chirurgicales différentes :

- En ouvrant l'abdomen (« laparotomie »).
- Par cœlioscopie.
- En passant par le vagin (« voie vaginale »).

L'efficacité des trois voies chirurgicales, dans les mains d'un chirurgien expérimenté, est la même. Mais la simplicité technique, le moindre taux de complications, et la durée d'intervention plus courte font préférer, pour beaucoup d'écoles chirurgicales, la voie vaginale chez les femmes en ménopause ou en pré-ménopause (alors que la cœlioscopie ou la laparotomie sont plus souvent réservées aux femmes plus jeunes, en raison de la meilleure efficacité à long terme et de la

meilleure résistance aux importants efforts physiques).

Il n'y a pas de « traitement standard », et chaque cas est différent. Le choix de la technique est adapté à chaque patiente. Dans beaucoup de cas, une ablation de l'utérus (« hystérectomie ») est nécessaire, pour des raisons techniques. Il existe également un traitement non chirurgical qui consiste en la mise en place d'un pessaire dans le vagin destiné à maintenir les organes ptoses en place. Il nécessite un suivi régulier mais permet aux femmes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas être opérées de vivre sans problème avec leur prolapsus.

La rééducation périnéale est utile en cas de problème mictionnel mais son efficacité sur le prolapsus lui-même reste douteuse.

II.6. Grossesse molaire

II.6.1. Définition [66]

Les môles sont des anomalies dans la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde pour une raison indéterminée. Le placenta se développe alors de façon anormale. Il y a 2 types de môles. Il peut s'agir d'une môle "complète" dans laquelle il n'y a pas d'embryon ou d'une môle "partielle" dans laquelle l'embryon se développe, mais sans pouvoir survivre. Le placenta est anormal dans les 2 cas.

II.6.2. Différents types de mole [66]

Môle partielle :

- il s'agit le plus souvent d'une grossesse composée :
 - d'une formation placentaire normale
 - d'une cavité amniotique
 - de structures fœtales reconnaissables d'où le nom de môle embryonnée.
 - microscopiquement :
 - gonflement hydropique du chorion villositaire, aboutissant à la formation de citernes et de méandres, l'aspect festonné des contours villositaires avec formation de pseudo-kystes trophoblastiques intra-choriaux. La distinction formelle avec les môles complètes repose sur :
 - la coexistence de villosités normales ;
 - la présence de structures fœtales
 - avec, éventuellement, des vaisseaux villositaires comportant des érythroblastes d'origine fœtaux,
 - le caractère discret et focal de l'hyperplasie trophoblastique.

Môle complète :

- Macroscopiquement, le produit de conception est constitué uniquement de :
 - villosités en transformation vésiculaire
 - sans cavité amniotique ni embryon.

- Microscopiquement, on note
 - un état vésiculaire généralisé des villosités ;
 - absence totale de villosités normales ;
 - absence de tout vestige embryonnaire ;
 - absence de vaisseaux d'origine fœtale ;

La présence d'une hyperplasie trophoblastique diffuse d'importance variable.

II.6.3. Evolution [66]

La môle se termine, vers le quatrième mois, par l'avortement annoncé par l'apparition ou le redoublement des hémorragies. L'avortement molaire a des caractères particuliers :

Il est hémorragique au point d'altérer plus ou moins profondément l'état général ;
Il est parcellaire : la môle sort par fragments et il n'est guère possible de savoir si l'expulsion a été complète. Cette élimination en plusieurs temps explique l'abondance des hémorragies et la fréquence des rétentions ovulaires. Une exception doit être faite pour la môle souvent expulsée d'un bloc, entourée d'une épaisse caduque.

La môle invasive ou le choriocarcinome.

Cette évolution « tumorale » est plus fréquente après une môle complète (de l'ordre de 10%) qu'après une môle partielle (< 1%). Elle survient le plus souvent avant que la courbe des hCG se soit complètement négative.

On la suspecte devant la réascension des taux sur plus de 3 dosages consécutifs. C'est pour cette raison que la surveillance des hCG est capitale.

Il s'agit d'une transformation du tissu de la môle en un tissu tumoral plus ou moins agressif. Ce tissu peut envahir les parois de l'utérus mais également migrer à distance.

Les localisations à distance sont par ordre de fréquence décroissante les poumons, le vagin, le petit bassin, le cerveau puis le foie. C'est la raison pour laquelle en cas de réascension des taux d'hCG, un bilan d'extension vous sera proposé (différents scanners ou IRM).

Métastases et complications :

Les hémorragies, les infections utérines ou pelviennes, la torsion d'un kyste lutéinique, la destruction locale du myomètre allant jusqu'à la perforation utérine et à l'hémorragie intra-péritonéale sont très rares.

Les complications habituelles sont les métastases disséminées par voie sanguine.

Les plus fréquentes sont : les métastases pulmonaires à séméiologie souvent frustrante, les métastases vagino-vulvaires au voisinage du méat, et plus rarement les métastases dans tous les autres organes.

II.6.4. Manifestation clinique [66]

- Des métrorragies dans 90% des cas, elles sont assez importantes et responsables d'augmentation du volume utérin et d'anémie ;
- Exagération de signes sympathiques de grossesse dans 30% des cas.
- La toxémie gravidique s'observe dans 20 % des cas. La toxémie ou l'éclampsie survenant précocement au cours de la grossesse évoquent une grossesse molaire.

Par rapport à l'âge de la grossesse, l'hauteur utérine et le volume de l'utérus sont plus augmentés que normalement ; cette différence est supérieure à 4 semaines dans la moitié des cas.

Attention, ce n'est pas un signe constant car dans 15 à 20 % des cas, le volume de l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse.

Les femmes présentent des hémorragies spontanées, et des signes «toxiques», caractérisés par des vomissements importants, des signes rénaux (œdèmes, protéinurie, hypertension), et des signes d'atteinte hépatique légère (sub-ictère).

II.6.5. Traitement [66]

- Pendant la grossesse molaire :

L'évacuation est impérative dès le diagnostic posé. Elle se fera en douceur par les voies naturelles en dilatant le col par des laminaires et au besoin en y associant une perfusion d'ocytocine, complétée soit par curage, aspiration ou curetage prudent.

- Avortement molaire :

La révision utérine est nécessaire avec prudence vu le danger de perforation. Le curage digital, le curetage à la grosse curette mousse doucement maniée, clivant sans agression, ou l'aspiration est les méthodes de choix. Ce curetage est renouvelé 7 jours plus tard de manière à écourter la période d'exploration due aux taux élevés d'hCG et de mieux apprécier l'infiltration myométriale.

- Traitement du choriocarcinome :

- Traitement médical

Dès la remontée de l'hCG, l'attitude systématique du curetage doit être abandonnée et remplacée par la chimiothérapie. Il en sera de même si persiste une sécrétion d'hCG après 5 mois ou si après 10 semaines au moins le taux est égal ou supérieur à 20.000 UI/L.

Deux médicaments sont utilisés : le méthotrexate puis l'actinomycine D, celle-ci n'étant employée qu'en cas d'échec du premier.

- Traitement chirurgical

L'hystérectomie est rare et n'a d'indication qu'en cas d'hémorragies, d'infection locale, de tumeur utérine non éradiquée par la chimiothérapie. Parfois systématique en pré-ménopause, elle ne dispense pas de la surveillance biologique car si l'excrétion d'hCG ne s'annule pas, la chimiothérapie complémentaire s'impose. L'exérèse d'une métastase pulmonaire isolée mérite d'être envisagées.

II.7. Pelvipéritonite : [14]

II.7.1. Généralité

La pelvipéritonite, c'est l'infection de la séreuse péritonéale pelvienne, limitée à la région pelvienne. La contamination peut être à la suite d'une infection localisée de l'utérus, ou par contamination directe, du à l'altération de la paroi utérine après une perforation ou abcès utérine.

II.7.2. Manifestations cliniques :

Elles se manifestent par :

- une douleur vive de la localisation hypogastrique ;
- une métrorragie ;
- des leucorrhées purulentes et fétides ;
- une hyperthermie à 40°C ou plus ;
- des nausées, vomissements, distensions abdominale de douloureuse ;
- quelque fois une pollakiurie ou une oligurie.

A l'examen physique, la palpation révèle des contractions des muscles abdominaux, contraction intense, rigide, tonique, permanente douloureuse caractérisant le tableau d'un abdomen aigu : ventre de bois.

Au toucher vaginal : le col à une consistance faible, entrouvert, de volume normal et la mobilisation est douloureuse. Les culs de sac sont normaux.

Le toucher rectal : douleur vive.

II.7.3. Examens paracliniques :

- La ponction de douglas révèle la nature purulente de la collection péritonéale,
- l'échographie et le scanner confirme un épanchement péritonéale liquidien ;

- la NFS montre une hyperleucocytose avec une polynucléose neutrophile, la VSH est toujours accélérée et élévation de la CRP témoignant une inflammation.

II.7.4. Etiologie :

La pelvipéritonite est due à la perforation des viscères creux :

- perforation utérine suite à une interruption volontaire de la grossesse ou d'origine iatrogène ;
- perforation intestinale post traumatique

II.7.5. Conduite à tenir :

Le traitement comporte deux volets : volume médicale consiste à une réanimation et un traitement anti-infectieux, chirurgical pour supprimer le foyer causal.

❖ Le traitement médical :

D'abord, une réanimation guidée par le donné clinique et les résultats des examens biologiques dont le but est de lutter contre l'hypovolémie.

Puis le traitement anti infectieux guidé par l'antibiogramme. On utilise une association des antibiotiques de différente famille avec une action synergique : le plus souvent une bétalactamine ou une céphalosporine de troisième génération associée à un aminoside et une anti anaérobie. L'antibiothérapie se fait pendant 5 à 10 jours.

Enfin, de traitement symptomatique genre antalgique et anti-inflammatoire.

❖ Le traitement chirurgical :

La laparotomie : surtout s'il y a suspicion de perforation utérine ou des organes intra-abdominaux. On explore la cavité péritonéale à la recherche de lésion des organes intra-abdominales et traiter la lésion :

- évacuation d'une rétention placentaire ou autre corps étrangers restant ;

- suture d'une éventuelle perforation utérine, voire une hystérectomie selon l'état de l'utérus avec ou sans annexectomie,
- suture d'une plaie intestinale ou une résection intestinale si besoin.

Enfin, le drainage de la cavité péritonéale.

II.8. Perforation utérine : [15]

II.8.1. Définition :

La perforation utérine se définit comme une solution de continuité de la paroi utérine intéressant toute la tunique de la paroi : endomètre, myomètre et péritoine.

II.8.2. Etiologie :

Elle peut survenir au cours :

- d'une interruption volontaire de la grossesse par curetage, ou d'une sonde endo-utérine.
- d'une aspiration et même au moment de la dilatation du col utérine par une bougie de HEGAR et la guide sonde métallique.

II.8.3. Manifestation clinique :

Elle se manifeste par un tableau de l'abdomen aigu marqué par :

- douleur abdomino-pelvienne avec défense,
- métrorragie faite de sang rouge associée des caillots sanguins,
- signe de choc hémorragique (pâleur cutanéomuqueuse, nausée, vomissement, soif intense, vertige, froideur des extrémités).

A l'examen par spéculum montre l'origine endo-utérine du saignement.

II.8.4. Examen paraclinique :

- La NFS montre une chute de l'hémoglobine,
- l'échographie montre la présence d'une hémopéritoine et d'autre atteinte des viscères abdominales.

II.8.5. Conduite à tenir :

- ❖ Médicalement :
 - soulager la patiente par des antalgiques, et des antibiotiques,
 - réanimation médicale lors d'un tableau aigu,
 - corriger les troubles hémodynamiques entraînés par l'hémorragie.
- ❖ Chirurgicalement :

Traitement radical par une laparotomie exploratrice, suivie d'une suture des berges ou d'une hystérectomie selon l'état de l'utérus et drainage de la collection.

II.9. Placenta accreta [17]

II.9.1. Définition

Le placenta accreta est défini par une fusion intime du placenta avec la paroi utérine en raison de l'absence localisée ou diffuse de la caduque basale qui normalement s'interpose entre les villosités placentaires et le myomètre. Cette adhérence anormale peut être partielle, limitée à quelques cotylédons (voire un seul cotylédon en cas de placenta accreta focal), ou totale.

II.9.2. Formes anatomiques :

En fonction du degré de pénétration des villosités dans le muscle utérin, on distingue plusieurs formes anatomiques de placenta accreta : le placenta accreta vera (implantation directe des villosités sur la zone interne du myomètre), le placenta increta (pénétration plus ou moins profonde des villosités au sein de la musculature), et le placenta percreta (atteinte complète

de la paroi utérine jusqu'à la séreuse, avec extension possible vers les organes de voisinage, vessie ou rectum).

II.9.3. Epidémiologie :

Les publications anciennes confirment la rareté du placenta accreta : 1 cas pour 9 627 naissances.

A l'heure actuelle, le chiffre de 1/2 500 semble le plus proche de la réalité, mais des études retrouvent des valeurs parfois 2 à 3 fois plus élevées. En tout état de cause, cette augmentation est incontestable, et a été soulignée par l'American College of Obstetricians and Gynecologists en 2002. Cette augmentation des cas de placenta accreta a été mise en parallèle avec l'augmentation des taux de césariennes dans leurs séries par Miller et Wu : moins de 10 % en 1980, près de 15 % en 1995, 23,5 % en 2002.

II.9.4. Etiologies :

L'étiologie exacte du placenta accreta reste encore inconnue.

Mais toutes les situations susceptibles d'induire une lésion traumatique de l'endomètre et une synéchie utérine peuvent être considérées comme des facteurs de risque de placenta accreta.

On parle donc plus volontiers de facteurs de risque de placenta accreta, que Veenstra a classés en deux sous-groupes, mineurs et majeurs.

- Facteurs de risques mineurs :
 - les antécédents de césarienne
 - le placenta praevia
 - l'âge maternel supérieur à 35 ans et la multiparité
 - les facteurs utérins : endométrites, essentiellement du post-partum ou du postabortum, délivrances artificielles et révisions utérines.
- Facteurs de risque majeurs :

Il s'agit essentiellement des cas de placenta praevia avec antécédent de césarienne. La présence d'un placenta praevia sur une cicatrice de césarienne aurait un effet synergique sur la genèse d'un placenta accreta.

II.9.5. Diagnostic échographique du placenta accreta

- Présence de lacunes placentaires :

Il s'agit du signe le plus fiable de placenta accreta. Ces lacunes donnent un aspect "mité" au placenta, et peuvent apparaître rondes ou linéaires, régulières ou irrégulières, le plus souvent de petite dimension. Elles sont situées dans l'épaisseur placentaire.

- Modifications du mur vésico-utérin :

La limite entre la vessie et le myomètre (qui correspond à la paroi postérieure de la vessie) apparaît normalement hyperéchogène, lisse et régulière à l'échographie. En cas de placenta accreta, des interruptions, des irrégularités ou excroissances ont pu être visualisées à l'échographie anténatale lorsque le placenta était antérieur et bas inséré.

- Epaisseur du myomètre du segment inférieur :

Toutes les patientes ayant présenté par la suite un placenta accreta avaient un myomètre inférieur à 1 mm à l'échographie anténatale.

- Disparition de l'espace clair rétro-placentaire :

Cet espace physiologique correspondrait à la caduque basale et s'observe d'autant mieux que le placenta est antérieur. Puisque la caduque basale est absente en cas de placenta accreta, il semble logique de considérer que son absence échographique pourrait être un signe évocateur de placenta accreta.

II.9.6. Traitement

Pendant longtemps, le traitement de référence en cas de placenta accreta a été l'hystérectomie. Actuellement, une stratégie thérapeutique conservatrice se développe pour tenter de préserver la fertilité ultérieure de patientes souvent encore jeunes.

II.10. Cancer de l'endomètre [18 ; 19]

II.10.1. Définition

Les cancers de l'endomètre sont des adénocarcinomes qui se développent le plus souvent après la ménopause. Leur genèse est en relation avec une hyperoestrogénie (œstrone).

II.10.2. Fréquence et épidémiologie

Actuellement en 2001, l'incidence est de 18 nouveaux cas/1000.000/an. L'âge : le cancer de l'endomètre survient dans 80 % des cas chez la femme ménopausée, avec une prédilection entre 50 et 65 ans ; 2,2 % seulement sont observés avant 40 ans.

Les conditions générales favorisantes sont représentées par l'obésité, l'hypertension, le diabète et même la petite taille du sujet.

II.10.3. L'hormonodépendance des cancers de l'endomètre

L'hormonodépendance des cancers de l'endomètre : les sécrétions oestrogéniques postménopausique sont été souvent impliquées dans la genèse des cancers de l'endomètre.

II.10.4. Etude anatomo-pathologique

- Etude macroscopique :

Le cancer de l'endomètre se présente le plus souvent sous sa forme végétante, d'abord circonscrite, avant de s'étendre en superficie puis en profondeur, envahissant peu à peu toute la cavité endométriale et la paroi utérine.

L'atteinte du col utérin réalisant le cancer total s'observerait dans 7 % des cas.

- Etude microscopique :

Le plus souvent, il s'agit d'un adéno-carcinome bien différencié, tubuleux ou tubulopapillaire.

Sur ce fond s'amorcent des variations : plages denses creusées de cavités polyadénoïdes, métaplasie pavimenteuse, sécrétion mucoïde. Certains cancers sont indifférenciés, composés de plages de cellules isolées à

disposition péri-vasculaire, rondes ou fusiformes, plages séparées par des zones de nécrose.

Des remaniements du stroma (ossification par exemple) y sont fréquents en fonction de la différenciation : les grades histologiques (G1 : adénocarcinome très différencié ; G2 : adénocarcinome moyennement différencié ; G3 : adénocarcinome peu ou pas différencié) sont établis en fonction du degré de différenciation de la tumeur.

II.10.5. Etude clinique

Les maîtres symptômes sont :

- les métrorragies ne dépassant pas en général l'abondance moyenne, apparaissant spontanément.

L'hémorragie si elle survient au cours des années précédant la ménopause complète.

- les leucorrhées habituelles peuvent revêtir le type de la simple hydorrhée, mais affectent le plus souvent le caractère de la leucopyorrhée et même de la pyorrhée qui, souvent en rétention, s'expulse par des coliques utérines douloureuses. Elles sont très fréquemment accompagnées de pertes sanguines qui leur donnent une coloration rosée, même roussâtre et fétide.

II.10.6. Les examens paracliniques :

- *L'échographie*

Elle évalue l'épaisseur de l'endomètre et les dimensions de la tumeur intra-utérine.

- *L'hystérogaphie*

L'hystérogaphie pratiquée à tous les stades de l'évolution de la tumeur.

- *L'hystéroscopie*

Elle assure la localisation d'un épithélioma même encore très réduit dans son développement dont elle permet la parfaite prise biopsique.

II.10.7. Classification internationale

🚩 T correspond à la dimension de la tumeur primaire et c'est l'élément primordial de l'appréciation

➤ TIS représente le carcinome in situ, pré-invasif (stade 0 de la F.I.G.O.)

- T1 : cancer limité au corps utérin.
 - T2 : cancer atteignant le col (stade II de la F.I.G.O.)
 - T3 : cancer s'étendant au-delà de l'utérus, y compris ceux qui envahissent le vagin, mais restant à l'intérieur du petit bassin (stade II de la F.I.G.O.).
 - T4 : cancer atteignant la muqueuse de la vessie ou du rectum ou s'étendant au-delà du petit bassin (la présence d'un oedème bulbeux n'est pas d'une évidence suffisante pour classer la tumeur en T4 (stade IV de la F.I.G.O.).
- ✚ N correspond à l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux :
- N0 : traduit la négativité des examens cliniques et paracliniques.
 - N1 : les ganglions régionaux sont déformés.
 - N2 : les ganglions para-aortiques à proximité de la bifurcation des artères iliaques primitives sont déformés.
- ✚ M correspondant aux métastases à distance.
- M0 : pas de métastase à distance évidente.
 - M1 : présence de métastases à distance, y compris l'atteinte des ganglions lymphatiques inguinaux.

II.10.8. Mesures thérapeutiques

Celles-ci, réduites à la chirurgie et en particulier à l'hystérectomie totale avaient dès le début du siècle apporté des survies à plus de 5 ans s'établissant entre 70 et 80 % dans les cas ressortissant du stade I, justifiant ainsi la réputation faite à l'épithélioma de l'endomètre d'être un « bon cancer ».

II.11. Cancer de l'ovaire [22 ; 23]

II.11.1. Définition

Le cancer de l'ovaire est une forme de cancer affectant un ovaire. Il se développe généralement à partir du revêtement de surface des ovaires. La forme la plus fréquente est le carcinome épithélial de l'ovaire. Les formes

rares, comme les tumeurs germinales de l'ovaire ou les tumeurs borderline.

II.11.2. Épidémiologie

En France en 2005 il représente 3,2% de l'ensemble des nouveaux cancers féminins. Avec 3 180 décès par an, le cancer de l'ovaire se situe au 13^e rang de l'ensemble des décès par cancer, et au 5^e rang des décès par cancer chez la femme.

II.11.3. Symptômes et Diagnostic

Les plus fréquents sont des douleurs dorsales, une fatigabilité (asthénie), une sensation de gonflement de l'abdomen, des douleurs abdominales et une envie urgente d'uriner.

Devant les signes décrit ci-dessus, on demande une échographie abdomino-pelvienne qui retrouve le plus souvent :

- une masse dans le petit bassin ;
- un épanchement liquidien dans l'abdomen (ascite) ;
- des adénomégalies rétro-péritonéales ;
- des lésions diffuses sur le péritoine, voire dans le foie.

II.11.4. Classification anatomo pathologique

Classification histopatologique des carcinomes épithéliaux de l'ovaire(OMS) :

- Cystadénocarcinome séreux (42%)
- Carcinome endométrioïde (15%)
- Cystadénocarcinome mucineux (12%), de mauvais pronostic
- Carcinome à cellules claires (6%), de mauvais pronostic
- Carcinome indifférencié
- Tumeur mixte épithéliale.

Lésions non épithéliales

- Tumeur de Brenner

- Tumeur germinale
- Tumeur des cordons sexuels (HCG)
- Tumeur de Krukenberg
- Tumeur non classée

Les lésions de Krukenberg sont des métastases ovariennes d'un adénocarcinome d'une autre origine (estomac, sein). Le carcinome séreux du péritoine se traite comme un carcinome épithélial de l'ovaire.

Grade histopathologique

Le grade à un intérêt pronostic et thérapeutique principalement pour les tumeurs de stade FIGO I ou II :

- Grade I : différencié
- Grade II : moyennement différencié
- Grade III : indifférencié.

II.11.5. Classification du cancer de l'ovaire

Elle a été définie en 2002 par la fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et permet de faciliter la détermination du pronostic.

- Stade I : tumeur limitée aux ovaires
- Stade II : tumeur ovarienne étendue aux autres organes du petit bassin
- Stade III : tumeur ovarienne étendue au péritoine extra pelvien et/ou atteignant les ganglions rétropéritonéaux ou inguinaux (métastases régionales)
- Stade IV : métastases à distance. Un examen cytologique en cas d'épanchement pleural est obligatoire.

II.11.6. Traitement

Les stades limités (I et II) :

La chirurgie consiste en une laparotomie initiale, complétée par une hystérectomie, annexectomie et ovariectomie bilatérale. La chirurgie conservatrice peut être discutée chez une jeune femme désireuse de maternité.

La chimiothérapie adjuvante n'est pas utile dans la plupart des stades I, le pronostic à long terme étant excellent.

Les stades III et IV :

L'objectif chirurgical est d'obtenir un résidu tumoral nul sans chirurgie délabrant.

La chimiothérapie de première ligne est proposée en cas d'exérèse initiale optimale (résidu nul), basée sur 6 cycles d'une polychimiothérapie.

II.12. Hémorragie du post partum

II.12.1. Définition : [37]

L'hémorragie du post partum se définit par une perte sanguine supérieure à 500ml. Ce sera une réelle menace maternelle si l'hémorragie est supérieure à 1000ml. Elle peut être précoce ou primaire et tardive ou secondaire.

II.12.2. Etiologies : [37]

Les causes principales de l'HPP sont :

- l'atonie utérine.
- les anomalies d'implantation placentaire : placenta praevia, placenta accreta.

- les troubles de la coagulation.
- la rétention placentaire.
- les plaies cervico-vaginales.

II.12.3. Facteurs de risques : [37]

- Grossesse multiple,
- âge maternel,
- travail prolongé,
- délivrance artificielle,
- surtout antécédent d'HPP.

II.12.4 Conduite à tenir : [37]

- Après un accouchement par voie basse : la révision de la filière génitale s'impose en première intention. Le geste sera complété par l'administration d'utérotonique, très efficace en cas d'atonie utérine qui est à l'origine de plus de 80% des HPP.
- En cas d'hémorragie sur pathologie placentaire ou coagulopathie : une tamponnade utérine compressive peut contrôler l'hémorragie.
- Si après tout cela, l'hémorragie est toujours incontrôlable alors recours à :
 - la ligature (stepwise) de la vascularisation utérine ou
 - la plicature utérine selon la technique de B-Lynch ou
 - le capitonnage utérin par sutures multipoints en cadre selon la technique de cho ou
 - hystérectomie d'hémostase soit d'emblée ou après échec des autres techniques chirurgicales.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE

I- MATERIELS ET METHODES

1. BUT DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est de poser les indications de l'hystérectomie, que ce soit pour des pathologies gynécologiques ou pour de raisons obstétricales liées à l'accouchement.

2. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude a été menée au sein de service de gynéco-obstétrique du CHU Androva.

Il fait partie intégrante du centre hospitalier Université de Mahajanga, dont le rôle principal est de prendre en charge les cas référés.

Le service comprend trois unités : unité mère, unité néonatale, unité de formation.

- L'unité mère est subdivisée en deux sous unité :
 - Le service de gynécologie est composé :
 - deux salles communes dont l'une pour des malades à programmer, c'est-à-dire préopératoire et l'autre pour des malades post-opérés, c'est à dire après avoir bénéficié des interventions chirurgicales ou des malades en surveillance de près,
 - trois salles payantes,
 - une salle d'accueil,
 - une salle d'examen du malade et en même temps salle pour préparation des malades justes avant l'intervention.
 - Et le service d'obstétrique : faisant fonction de maternité et prenant en charge particulièrement les cas urgents ou des réfère : les accouchements dystociques, la réanimation maternelle.

Elle est composée de :

- neuf salles d'hospitalisation dont quatre salles payantes,

- une salle d'accueil d'urgence,
 - une salle de travail,
 - une salle d'accouchement,
- deux blocs opératoires.

- l'unité néonatale prenant en charge des nouveaux nés qu'ils soient normaux ou malades (réanimation, prématurité, . . .),
- l'unité de formation.

3. DUREE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective de cas des indications de l'hystérectomie vus au service de gynéco-obstétrique de CHUM à propos de 142 cas allant du mois d'Avril 2007 au mois d'Avril 2009, soit une étude de 24 mois.

4. METHODES :

📌 Recueil des données :

- Les données ont été recueillies sur :
 - une fiche de traitement de chaque malade ainsi que,
 - des fiches d'observations médicales,
 - des résultats de l'examen paraclinique (échographie pelvienne et anatomo-pathologie),
 - et des comptes rendus opératoires.

📌 Paramètres d'études

Les paramètres d'études étaient :

- l'âge du patient,
- domicile,
- profession,
- motif d'admission,
- les signes cliniques présentés par chaque malade,
- la CPN,
- Gestité,
- parité,

- ⦿ avortement,
- ⦿ selon les indications de l'hystérectomie,
- ⦿ selon les voies d'abord de l'hystérectomie,
- ⦿ l'hystérectomie au service de gynécologie et au service d'obstétrique.

❖ **Traitement des données :**

Les données ont été traitées et analysées par le logiciel SPSS13.0

❖ **Contrainte et limite**

Au cours de cette étude, nous avons exclu :

pour les cas purement gynécologiques :

Des cas de :

fibrome utérin qui devrait être opéré mais faute de sang ou pour des raisons pécuniés,

dysplasies du col qui ont bénéficié d'une conisation,

Néoplasie du col plus altération de l'état général, malade inopérable.

Pour les cas obstétricaux : nous avons exclus les cas de rupture utérine qui nécessitait seulement de l'hystérorraphie.

II- RESULTATS :

Au cours de la période étudiée, nous avons enregistré 128 cas patientes admises dans le service de gynécologie et 14 cas de patientes dans le service d'obstétriques durant de la période d'Avril 2007 à Avril 2009 soit 24 mois d'études.

1- Service de gynécologie : soit 128 cas

Tableau I : Répartition selon les indications de l'hystérectomie

| INDICATIONS | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|------------------------------|------------------|------------------------|
| Fibrome utérin | 69 | 53.90 % |
| Dysplasie du col | 32 | 25 % |
| Néoplasie du col | 22 | 17.18 % |
| Grossesse molaire, | 1 | 0.78 % |
| Tumeur ovarienne bilatérale, | 1 | 0.78% |
| Prolapsus utérin | 3 | 2.34% |
| TOTAL | 128 | 99.98 % |

Tableau II : Répartition selon l'âge de patientes :

| TRANCHES D'AGE | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|-----------------------|------------------|------------------------|
| <30 ans | 2 | 1.56 % |
| 30 – 40 ans | 39 | 30.46 % |
| 41 – 50 ans | 67 | 52.34 % |
| >50 ans | 20 | 15.62 % |
| TOTAL | 128 | 99.98 % |

Tableau III : Répartition selon le type d'hystérectomie

| TYPE D'HYSTERECTOMIE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---|------------------|--------------------|
| Hystérectomie totale Avec conservation des annexes | 76 | 59.37 % |
| Hystérectomie totale avec annexectomie | 41 | 32.03 % |
| Hystérectomie sub-totale | 11 | 8.59 % |
| TOTAL | 128 | 99.99 % |

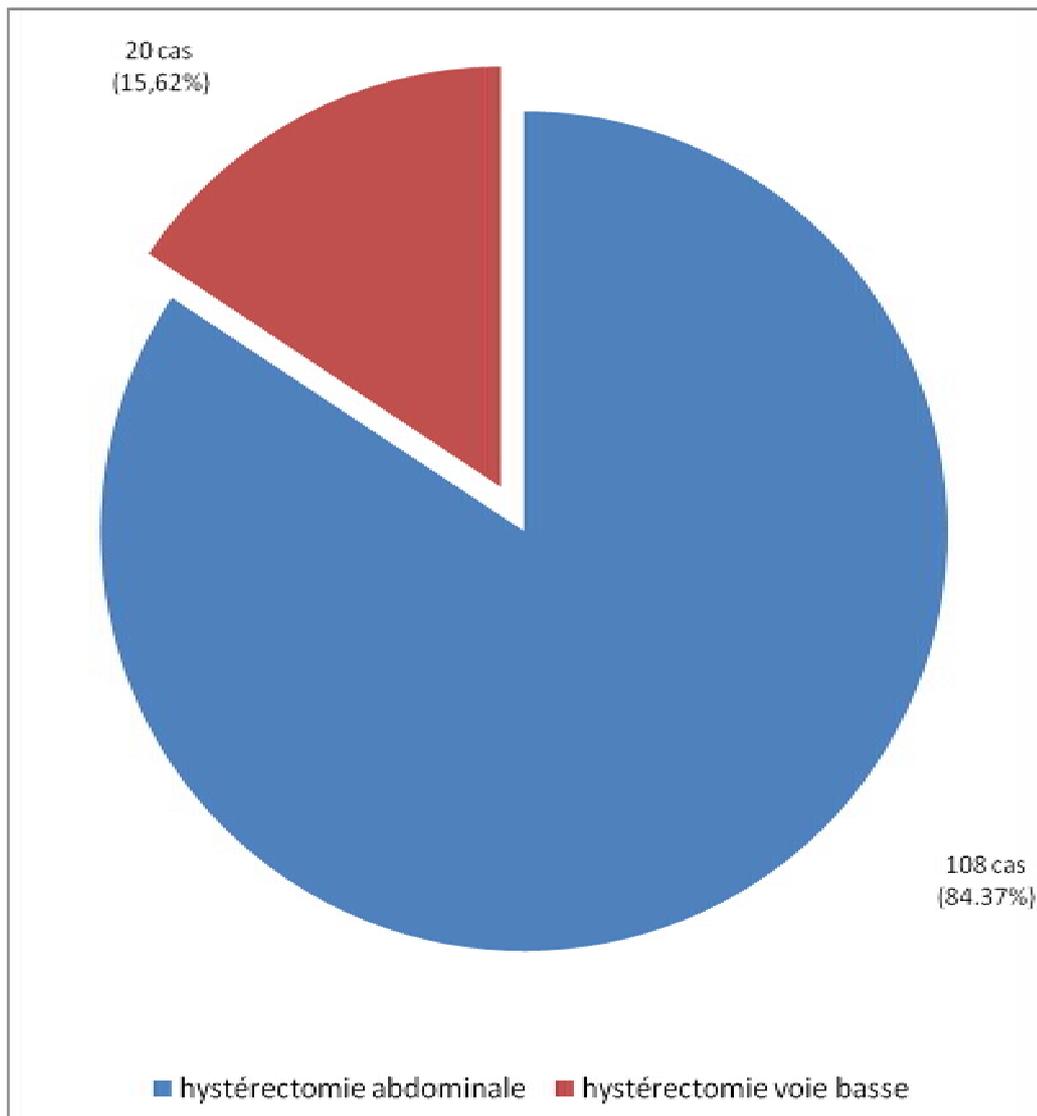


Figure 1 : Distribution selon les voies d'abord

Tableau IV : Répartition selon les signes cliniques présentés par les patientes

| SIGNES CLINIQUES | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Métrorragie | 41 | 32.03 % |
| Masse pelvienne | 29 | 22.65 % |
| Examen para clinique : - échographie pelvienne, - anatomiepathologie. | 58 | 45.31 % |
| TOTAL | 128 | 99.99 % |

Tableau V : Répartition de type d'intervention selon les pathologies

❖ Fibrome utérin : 69 cas

| TYPE D'INTERVENTION | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|---------------------------------|------------------|------------------------|
| Hystérectomie totale | 39 | 56.52 % |
| Hystérectomie sub-totale | 7 | 10.14 % |
| Hystérectomie avec annexectomie | 23 | 33.33 % |
| TOTAL | 69 | 99.99 % |

❖ Dysplasie du col : 32 cas

| TYPE D'INTERVENTION | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|---------------------------------|------------------|------------------------|
| Hystérectomie totale | 21 | 65.62 % |
| Hystérectomie avec annexectomie | 11 | 34.37 % |
| TOTAL | 32 | 99.99 % |

❖ Néoplasie du col : 22 cas

| TYPE D'INTERVENTION | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|---------------------------------|------------------|------------------------|
| Hystérectomie totale | 16 | 72.72 % |
| Hystérectomie avec annexectomie | 6 | 27.27 % |
| TOTAL | 22 | 99.99 % |

- ❖ Autres pathologies : 5 cas
 - Tumeur ovarienne : 1 cas
 - suite d'une grossesse molaire : 1 cas
 - prolapsus utérin : 3 cas

| TYPE D'INTERVENTION | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|---------------------------------|------------------|------------------------|
| Hystérectomie totale | 4 | 80 % |
| Hystérectomie avec annexectomie | 1 | 20 % |
| TOTAL | 5 | 100 % |

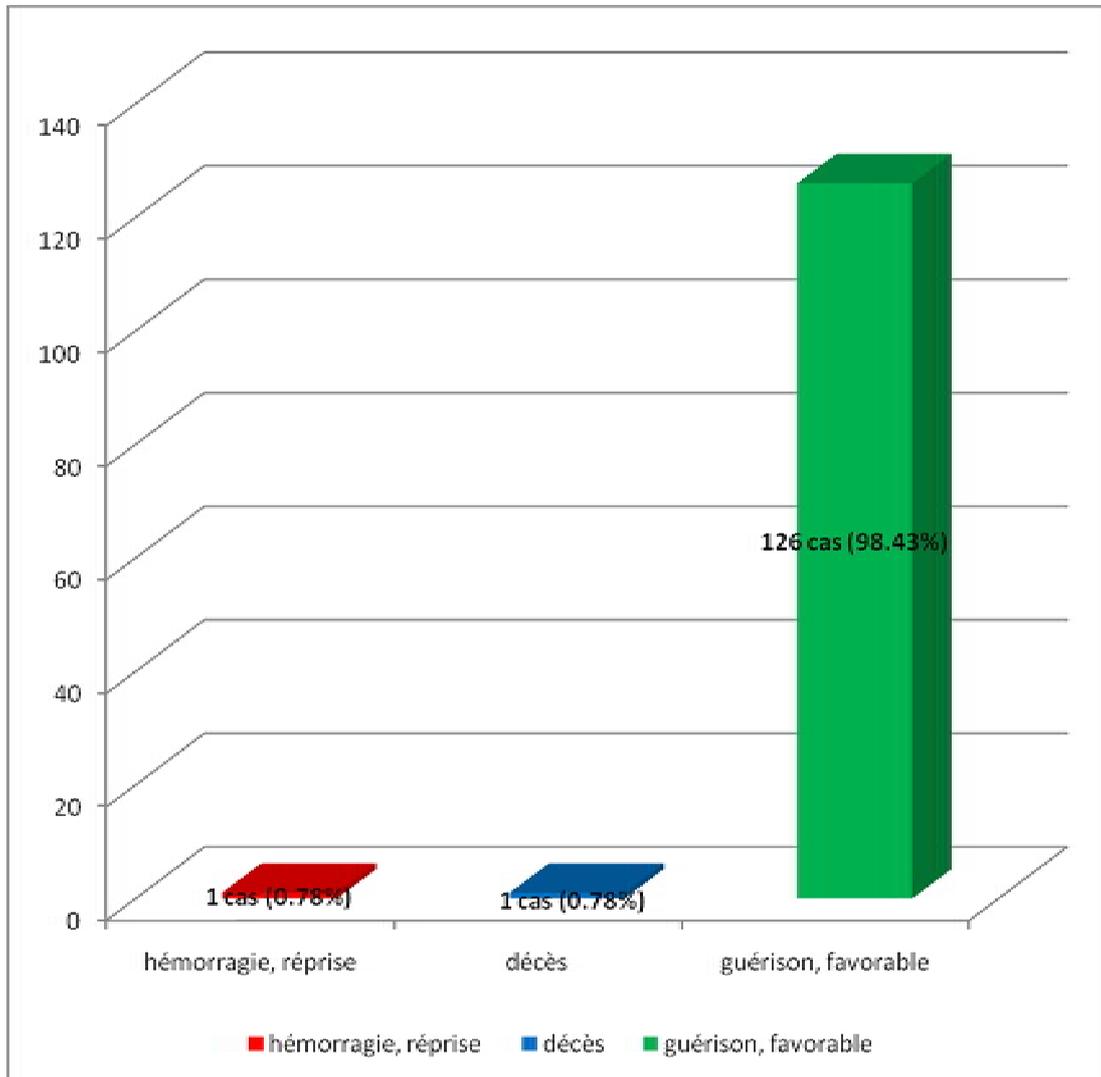


Figure 2 : Distribuions selon l'évolution de l'hystérectomie

Tableau VI : Fréquence de ces diverses pathologies selon la Gestité

| | GESTITE | | | |
|---|---------------|------------|--------------|--------------------|
| | | G 0 | G 1-3 | G 4 et plus |
| FIBROME UTERIN (69 cas) | Effectif | 13 | 27 | 29 |
| | Fréquence (%) | 18.84 | 39.13 | 42.02 |
| DYSPLASIE DU COL (32cas) | Effectif | 2 | 12 | 18 |
| | Fréquence (%) | 6.25 | 37.50 | 56.25 |
| NEOPLASIE DU COL (22cas) | Effectif | 0 | 1 | 21 |
| | Fréquence (%) | 0 | 4.54 | 95.45 |
| AUTRES PATHOLOGIES (5cas) : Tumeur de l'ovarienne : 1cas Une grossesse molaire : 1cas Prolapsus utérin : 3cas | Effectif | 0 | 2 | 3 |
| | Fréquence (%) | 0 | 40 | 60 |

Tableau VII : Fréquence de ces diverses pathologies selon la Parité

| | | PARITE | | |
|--|---------------|--------|-------|-------------|
| | | P 0 | P 1-3 | P 4 et plus |
| FIBROME UTERIN (69 cas) | Effectif | 17 | 35 | 17 |
| | Fréquence (%) | 24.63 | 50.72 | 24.63 |
| DYSPLASIE DU COL (32cas) | Effectif | 6 | 15 | 11 |
| | Fréquence (%) | 18.75 | 46.87 | 34.37 |
| NEOPLASIE DU COL (22cas) | Effectif | 0 | 5 | 17 |
| | Fréquence (%) | 0 | 22.72 | 77.27 |
| AUTRES PATHOLOGIES (5cas) : Tumeur de l'ovarienne : 1cas Une grossesse molaire : 1cas Prolapsus utérin : 3cas | Effectif | 1 | 2 | 2 |
| | Fréquence (%) | 20 | 40 | 40 |

2. Service d'obstétrique : 14 cas

Tableau VIII : Répartition selon l'âge de patiente

| AGE DES PATIENTES | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|--------------------------|------------------|------------------------|
| 18 ans | 1 | 7.14 % |
| 21 – 30 ans | 8 | 57.14 % |
| 31 – 35 ans | 3 | 21.42% |
| 36 ans et plus | 2 | 14.28 % |
| TOTAL | 14 | 99.98 % |

Tableau IX: Répartition selon le type d'intervention : 14 cas

| TYPE d'INTERVENTION | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Hystérectomie totale | 4 | 28.57 % |
| Hystérectomie sub-totale | 9 | 64.28 % |
| Hystérectomie sub-totale avec annexectomie | 1 | 7.14 % |
| TOTAL | 14 | 99.99 % |

Tableau X : Répartition selon l'indication opératoire: 14 cas

| INDICATION OPERATOIRE | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|------------------------------|------------------|------------------------|
| Rupture utérine | 10 | 71.42 % |
| Hémorragie du post-partum | 3 | 21.42 % |
| Epaule négligée | 1 | 7.14 % |
| TOTAL | 14 | 99.98 % |

Tableau XI : Répartition selon le pronostic foetal : 14 cas

| PRONOSTIC FŒTAL | FREQUENCE | POURCENTAGE (%) |
|--|------------------|------------------------|
| Enfants morts in Utéro (Bdcf négatif) | 12 | 85.70 % |
| Enfants vivants | 2 | 14.28 % |
| TOTAL | 14 | 99.98 % |

Figure 3 : Répartition selon l'évolution

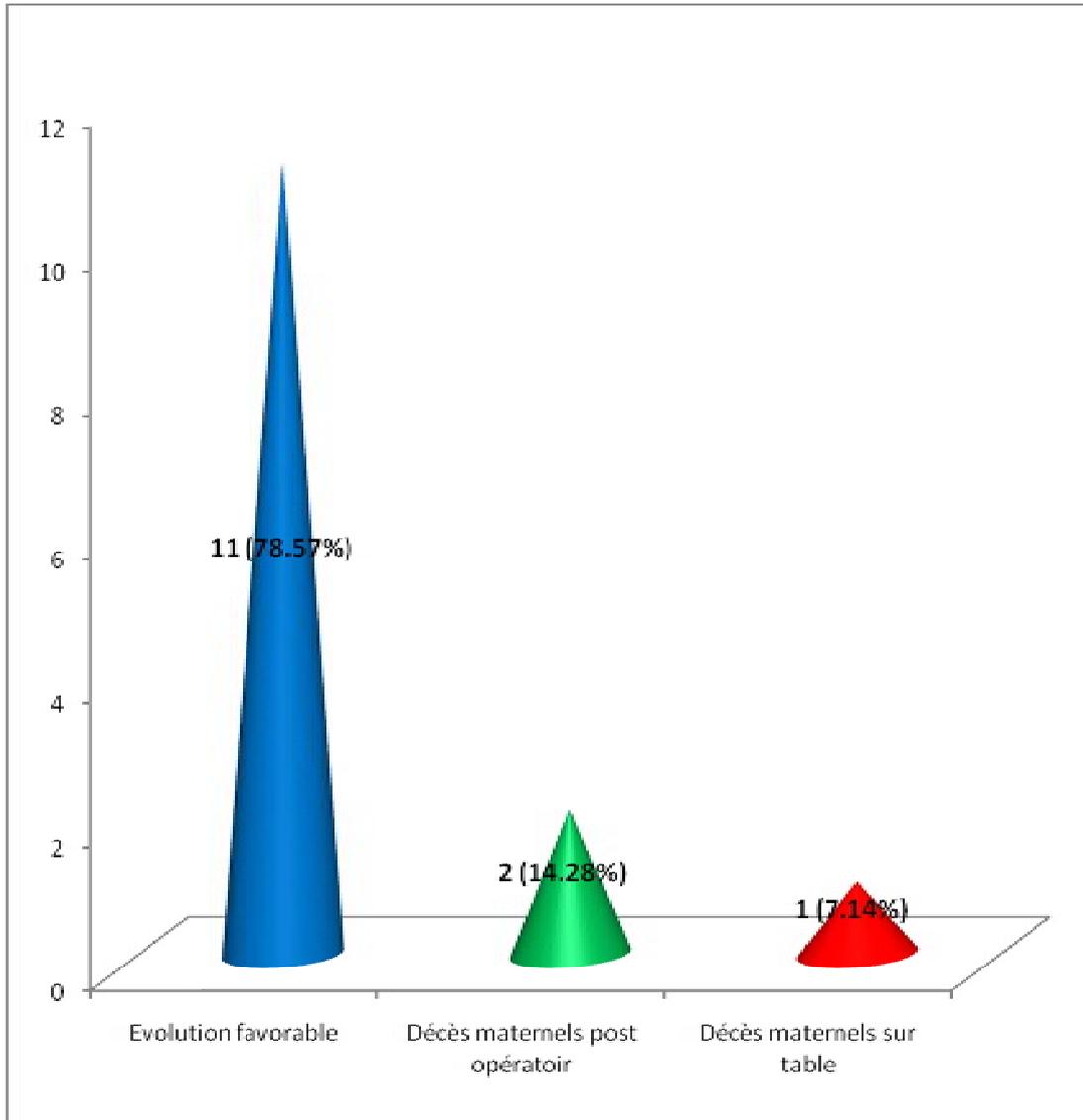


Tableau XII : Répartition selon leur domicile : 14 cas

| DISTRICT | EFFECTIFS | POURCENTAGE (%) |
|------------------|------------------|------------------------|
| Mahajanga I-II | 9 | 64.28 % |
| CHD II Marovoay | 1 | 7.14 % |
| CHD II Mampikony | 4 | 28.57 % |
| TOTAL | 14 | 99.99 % |

TABLEAU XIII : REPARTITION SELON L'AGE et FREQUENCE DES
PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES ANDROVA

| PATHOLOGIES | FIBROME UTERIN 69 cas | DYSPLASIE DU COL 32 cas | CANCER DU COL 22 cas | PROLAPSUS UTERIN 3 cas | GROSSESSE MOLAIRE 1 cas | TUMEUR OVARIENNE 1 cas |
|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| TRANCHES D'AGE | | | | | | |
| < 20 ans | | 1 | | | | |
| 20 – 30 ans | 1 | 4 | | | | |
| 31 – 40 ans | 20 | 11 | 4 | 2 | | 1 |
| 41 – 50 ans | 41 | 13 | 10 | 1 | 1 | |
| 51 – 60 ans | 5 | 3 | 7 | | | |
| 61 – 70 ans | 1 | | | | | |
| 71 – 80 ans | 1 | | 1 | | | |
| MOYENNES | 44.75 ans | 42.11 ans | 47.93 ans | 37.33 ans | 47 ans | 38 ans |
| FREQUENCES /128 cas gynécologies | 53.90 % | 25 % | 17.18 % | 2.34 % | 0.78 % | 0.78% |

III. DISCUSSIONS :

Cette étude nous a permis, d'étudier les indications de l'hystérectomie effectuée au service de gynécologie et obstétrique au CHU Androva Majunga.

Ces données pourraient être alors confrontées aux résultats internationaux. Il est difficile de comparer nos résultats surtout à propos des indications de l'hystérectomie et les techniques chirurgicales employés car nos méthodes et ceux effectués dans les pays développés sont différents, mais cela ne nous empêche de comparer nos résultats à ceux de littérature sur certain point commun.

1. Selon l'âge :

1.1. Pour les cas gynécologiques :

➤ L'âge moyen du fibrome utérin de nos patientes dans notre étude est de 44.7 ans alors que l'étude fait par PARAZZINI et al ont retrouvé que la présence de fibrome est importante à partir de 40 ans. [41]
De même que Marshall [42] dans son étude précise que la présence du fibrome est résolument très importante à partir de 40 ans à Londres. Heineman et al [43] ont trouvé 39.6 ans en Allemagne et que Baird a trouvé 35 ans aux Etats Unis. [44] Donc l'âge du fibrome oscille entre 35 à 44 ans. Cela s'explique que les femmes de races blanches font plutôt du fibrome utérin par rapport aux femmes de races noires dont nous les malgaches font partis.

➤ Pour la dysplasie du col utérin, l'âge moyen de nos patientes étaient de 42.1 ans, similaire à l'âge trouvé par NKEGOUM [45] à 45.9 ans à Yaoundé contre PEKO [59] à 32 ans au Congo et que KAZADI BUANGA [46] retrouve 36.6 ans au Sénégal. Cette précocité d'âge est probablement due aux activités sexuelles très précoces.

➤ Pour le cancer du col, l'âge moyen de nos patientes étaient à 47.9 ans similaire à ceux trouver par LANKOUANDE [49] 48 ans à OUAGADOUGOU (Burkina Faso). Alors que MUTEGANYA et al [51] retrouvent 43.09 ans au CHU de Kamenge (Burundi), et que GOMBE- MBALAWA [48] retrouvent 43.7 ans au CHU de BRAZZAVILLE. Alors que Guizard [47] retrouvent l'âge

moyen à 54 ans en France. Cette différence peut être due à la politique nationale de la santé qui est différente selon chaque pays à propos de sensibilisation du dépistage du cancer du col. Le bas niveau socio-économique et le mariage précoce surtout en Afrique font parti de facteurs de risques du cancer du col.

➤ L'âge moyen du prolapsus utérin dans notre étude est de 37.33 ans similaire à ce trouvé par NAYAMA et al [50] à 37.42 ans au Niger. Cela peut être dû à des grossesses multiples chez la jeune femme Africaine dont le niveau de vie est faible.

➤ Pour le cas de tumeur ovarienne on a retrouvé qu'un seul cas âgé de 38 ans, alors que CHECHIA et al [54] a trouvé un âge moyen de patiente à 46.83 ans à Tunisie. Et que TROPE et al [55] trouve 40.2 ans.

➤ De même que pour la pelvipéritonite on n'a pas eu de cas alors que TAKONGMO et al [60] retrouvent un âge moyen à 28.6 ans.

1.2. Pour les cas obstétricaux

➤ Pour la rupture utérine, l'âge moyen dans notre étude est de 29.63 ans similaire à ce trouvé par GAN BAI LIU [57] un âge moyen de 29 ans au Niger. Et que QI LI YA [56] retrouve une tranche d'âge de 21 à 30 ans au Mali.

➤ Pour le cas de l'hémorragie du post partum, l'âge moyen de nos patientes étaient à 29 ans, résultat similaire au résultat de FENOMANANA [78] à 27 ans dans la maternité de Befelatanana. Mahbouli [76] retrouve à l'hôpital militaire de Tunis (Tunisie) un âge moyen à 31.2 ans de même que BEN AYED [77] à 30.7 ans au CHU Hédi chaker Tunisie. L'âge de patiente oscillent entre 27 à 31.2 ans, c'est l'âge où la femme est en pleine de se procréer.

➤ Pour le cas de l'épaule négligée, nous avons trouvé un seul cas âgé de 28 ans similaire à l'âge trouvé par Randrianantoanina [79] à 27 ans à la maternité de Befalatanana.

➤ Pour la grossesse molaire nous avons trouvé un seul cas âgé de 47 ans. MASSARDIER [53] affirment que le facteur de risque le plus fort est l'âge maternel avec une incidence plus forte chez les adolescentes et chez les

femmes plus de 45 ans. Cela est confirmé par Khabouze [52] qui ont trouvé 25 ans au Maroc et ce observé dans notre étude.

➤ Pour le placenta accreta nous n'avons trouvé aucun cas alors que Aitkenkoninck et al [58] ont retrouvé un âge moyen à 35.3 ans au CHU de Lille.

2. Selon la fréquence :

3.1. Les cas gynécologiques :

- La fréquence du fibrome utérin dans notre étude était à 53.90%, Baird et al. [44] ont retrouvé 84% des femmes pré-ménopausique c'est-à-dire entre 35 à 49 ans ont du fibrome aux Etats Unis avec 21.1% des femmes blanches et 45% des femmes noires.

Comme nous faisons partie des noires, cela explique cette fréquence, pourtant Heinemann et al [43] retrouve 77% des fibromes après autopsie en Allemagne. Cette différence de fréquence explique que chez nous l'autopsie se fait rarement donc la fréquence qu'on pu trouver dans notre étude peu s'élevé si on faisait systématiquement de l'autopsie.

Wallach et al [61] retrouve une fréquence à 20% des femmes et ce taux s'élève à 50% si les myomes sont recherchés lors d'une autopsie.

- Pour la Dysplasie, nous avons noté une fréquence de 25% alors que TUBEU et al [62] ont trouvé 7.9% chez les femmes de 30 à 60 ans à Bali (zone rurale du Cameroun), alors que KAEADI – BUANGA [46] retrouve une fréquence de 15.6% au Sénégal. Nous pensons que cette différence de fréquence par rapport à Bali est peut être dû à la faible sensibilisation pour la pratique du Frottis Cervico-Vaginal.

Pourtant PEKO [59] retrouve une fréquence de 31.6% au CHU de BRAZZAVILLE, une fréquence plus ou moins similaire à ce retrouvé dans notre étude.

- . Pour le cancer du col, on a retrouvé 17.118% ; alors que GOMBE-MALAWA et al [48] retrouve une fréquence à 1.5% au CHU de BRAZZAVILLE.

Pourtant NGOMO KLUTSH [63] trouve 58.4% au CHU de Libreville. Curado [64] affirme une fréquence de 2.1% en Egypte et 47.3% au Zimbabwe.

Arbyn [65] retrouve 4.7% en Finlande et 18.6% en Slovénie. Cette différence dépend du développement de chaque pays où la fréquence du cancer du col y dépende.

Cette baisse de fréquence dans les pays industrialisés est due à l'amélioration des conditions d'hygiène ainsi que le développement du test cytologique de dépistage qui est le Frottis Cervico- Vaginal.

- La fréquence du prolapsus utérine est de 2.34% et que NAYAMA et al [50] ont trouvé une fréquence plus ou moins similaire de notre étude à 6.02% au Niger.

- De même que pour la tumeur ovarienne, on a retrouvé qu'un seul cas avec une fréquence de 0.78%. Un résultat similaire à ce trouvé par Chechia [54] à 1% au Maroc.

- Pour le cas du cancer de l'endomètre, on n'a eu aucun cas et Archer [68] retrouve 0.13% dans son étude, ce qui justifie la rareté de cette pathologie. Alors que Boik [69] retrouve une fréquence à 13% ce qu'il a confirmé par les risques élevés pour les femmes blanches et des antécédent familiale.

De ce fait, nous sommes épargnés car nous faisons parti de race Noire.

- Dans notre étude, nous avons eu aucun cas de pelvipéritonite alors que Ravolamanana et al [71] ont retrouvé une fréquence à 19.82% au même CHU. Alors que Sosthène Adisso et al [72] trouve 66.4% à Cotonou (Bénin) cela s'explique par les pratiques sexuelles précoces et ignorant les risques y afférant, puis jeunes femmes au condition socio-économique défavorisées avec avortement, exploration endo-utérine, infection utéro-annexielle.

3.2. Les cas obstétricaux :

- La fréquence du rupture utérine dans notre étude est de 71.42% similaire au résultat retrouvé par GAN BAI LIU [57] à 70.42 au Niger. Pareillement, NDAYISHIMIYE [67] a trouvé une fréquence de 72.4% à l'Hôpital Régional de Ngozi (BURUNDI).

Alors que FENOMANANA [78] retrouve une fréquence à 17.64% à la maternité de Befelatanana. Cette très grande différence par rapport à la notre est probablement dû à la mauvaise suivi de la grossesse surtout dans la zone enclavé et que le diagnostique clinique ainsi que l'évacuation sanitaire se fait très tardivement d'où la patiente arrive au centre de référence avec un état critique de rupture utérine.

- Pour le cas d'hémorragie du post partum, notre étude a trouvé une fréquence à 21.42% qui est quatre fois plus élevé que ce trouvé par Bouvier-coll [75] à 6% en France. Cette élévation peut être due par la faute du personnel de santé c'est-à-dire une révision utérine mal fait entrainant une rétention placentaire ou bien dû à la négligence de la patiente vis-à-vis de sa grossesse : CPN non fait correctement, absence de surveillance échographique de l'état du bébé et l'insertion du placenta.

- Pour le cas de l'épaule négligée, nous avons retrouvé un seul cas avec une fréquence à 7.14%. Alors que Randrianantoanina [79] retrouve un taux à 32.6% à la maternité de Befelatanana. Cette fréquence semble être élevée par rapport à notre étude car elle semble liée à la conjonction de certains facteurs défavorables comme un suivi prénatal insuffisant voir inexistant, mauvaise surveillance de travail et un retard de décision d'évacuation.

- Dans notre étude, nous avons décelé qu'un seul cas de grossesse molaire avec une fréquence à 0.78%. Cette fréquence est similaire à ce trouvé par Khabouze [66] à 0.001 au Maroc, ce qui explique la rareté de la grossesse molaire.

- Pour le cas du placenta accreta, nous n'avons trouvé aucun cas, cela est confirmé par ACOG [70] qui a trouvé un taux à 0.0004%.

3. Selon les voies d'abords :

Tout au long de notre étude, nous avons pu regrouper deux voies d'abords : Hystérectomies abdominale et vaginale.

Nous avons trouvé au total dans les deux services gynécologies et obstétrique 142 patientes, dont 122 subi une hystérectomie abdominale avec un taux de 85.91% et que 20 patientes ont bénéficié l'hystérectomie par voie basse avec un taux de 14.05% et qu'aucune hystérectomie par assistance coelioscopique n'a été faite.

Alors qu'en France, l'hystérectomie abdominale tend à disparaître avec une grande progression de la voie coelioscopique lorsque la voie basse est contre indiquée. [63]

En 2006 MAGRI confirme qu'en France la fréquence de l'hystérectomie vaginale a été de 71% des cas dans sa série d'étude contre 15% seulement de l'hystérectomie abdominale et les auteurs Français fixent leur objectif pour l'hystérectomie vaginale à 80%. [73]

Confirmé par DIALLO [81] que l'alternative à la voie abdominale, la chirurgie par voie basse très courante en occident et est encore peut pratiquer en Afrique. Il retrouve une hystérectomie vaginale à 13.7 % des hystérectomies réalisées dans le service. Certes les voies d'abord restent une question préalable au choix de la technique.

4. Selon les indications de l'hystérectomie.

4.1. Pour les cas gynécologiques :

Dans notre étude, la principale indication de l'hystérectomie était le fibrome utérin avec une fréquence à 53.90%, puis après la dysplasie du col à 25% ensuite le cancer du col à 17.18%, le prolapsus utérin à 2.34%, enfin la grossesse molaire et la tumeur de l'ovaire à 0.78% de chaque. Cette principale indication est confirmée par RAZAFINDRABE [74] dans son étude dans le centre hospitalier de Soavinandriana que les fibromes utérins sont à la tête des indications de l'hystérectomie, puis après les pathologies génitales malignes, enfin les prolapsus utérins.

Mais tout cela est différente par rapport au résultat de MAYI-TSONGA [80] au centre hospitalier de Libreville (Gabon), il a retrouvé que la principale indication était les prolapsus utérins avec une fréquence à 40%. C'est en

seconde position que se trouvent les fibromes utérins à 38%, puis après la dysplasie du col à 20% enfin la tumeur de l'ovaire à 2%. Pour les cas du principale indication, comme en Afrique les femmes sont presque obèse ou en surpoids, ce qui provoque une pression importante de l'abdomaine sur les organes du pelvis et qui distend les ligaments entraînant la fréquence du prolapsus utérin.

4.2. Pour les cas obstétricaux :

Dans notre étude, l'indication principale de l'hystérectomie obstétricale était la rupture utérine avec une fréquence à 71.42% puis vient par la suite l'hémorragie du post partum à 21.42%. Cela est confirmé par Dongmo [82] à Yaoundé que l'indication opératoire était dominée par les ruptures utérines avec une fréquence à 80% suivi par la suite par les hémorragies du post partum.

Mais tout cela est différent au résultat de MAYI-TSONGA [80] au CHU de Libreville (Gabon) que l'indication principale était dominée par l'hémorragie du post partum à 41.5% puis vient par la suite la rupture utérine avec une fréquence à 34.5%.

Certes que ce soit les ruptures utérines ou hémorragies du post partum sont toujours fatales à la patiente d'où la nécessité d'une meilleure sensibilisation de la population sur les avantages des CPN et une amélioration du travail d'accouchement pouvant aider à la réduction de l'hystérectomie obstétricale.

5. Selon le pronostic materno-fœtal

Durant notre étude, le décès maternel a été de 21.42% (post-opératoire et sur table d'opération) et que la mortalité fœtale était très élevée à 85.87%. De même que Dongmo [82] à Yaoundé retrouve la mortalité maternelle à 35% et une fréquence de mortalité fœtale toujours élevée à 80%.

Pareillement MAYI-TSONGA [80] retrouve au CHU de Libreville (Gabon) une mortalité maternelle avec 4% et une fréquence mortalité fœtale toujours élevée à 57%.

Tout cela est dû par défaut transfusionnel, de grande multiparité et de l'hystérectomie même. Cela pourrait être amélioré par la disponibilité permanente des produits sanguins, ainsi que le renforcement des compétences et des effectifs des personnels dans le service de santé.

CONCLUSION

L'hystérectomie est l'une des interventions les plus fréquemment réalisées dans les pays développés, essentiellement pour des pathologies bénignes.

La possibilité actuelle d'être hystérectomisée est de 14.5% en France et 12.6% aux Etats Unis à 40 ans. Ce taux passe de 12 % en France et 23.8% aux Etats Unis à l'âge de 50 ans. Alors que durant notre étude nous avons trouvé une fréquence à 53.90% avec un âge moyen de 44.7 ans pour des pathologies bénignes.

Les indications en France sont principalement : les ménorragies à 42.7% et les algies pelviennes à 17% ou l'association des deux à 40.3% tout comme chez nous (mais de fréquence différentes avec 32.03% de ménorragies, 22.65% d'algie pelvienne).

L'hystérectomie se fait surtout par voie abdominale, dans notre étude avec 84.37% alors que l'hystérectomie vaginale a une fréquence de 15.62%.

Mais cette technique par voie basse commence à être de plus en plus utilisée par nos chirurgiens expérimentés.

Par contre dans les pays avancés, la voie vaginale pour une hystérectomie est de première intention et que la voie abdominale n'est réservée qu'en cas d'utérus polyfibromateux de grande taille, d'accès vaginal limité. Cette voie abdominale tend à disparaître pour faire place à la coeliochirurgie, qui malheureusement n'est pas faisable dans notre service pour des raisons matérielles et non faute de chirurgiens qualifiés en la matière.

Actuellement en Suisse, devant des cas de fibromes symptomatiques on a recours à une nouvelle technique thérapeutique qui est l'embolisation des artères utérines, pour diminuer le fibrome et arrêter les métrorragies afin d'éviter l'hystérectomie.

La technique est efficace mais dans 2 à 3 % des cas des complications peuvent survenir comme : complications thrombo-emboliques ; Ischémie ovarienne, surinfection du fibrome nécrosés pouvant mener à l'hystérectomie.

C'est bien d'avoir recours à des techniques modernes mais tenir compte et ne jamais négliger les complications qui peuvent être fatales pour la patiente.

Bref, des retentissements sur la vie sociale, affective et même conjugale peuvent apparaître après une hystérectomie. D'où la responsabilité du chirurgien de bien poser l'indication de l'hystérectomie, car toute la vie et l'avenir de la patiente en dépende.

REFERENCES

1. KALINKOV D, BUCHHOLZ R. L'Hystérectomie Vaginale. EMC. Paris 1986: Techniques chirurgicales, Urologie gynécologie. 41650.4.5.07 1-14
2. DEFFIEUX X ; HUEL C. COSSON M ; LEVEQUE J. ; BONNET K. FERNANDEZ H. Hystérectomie et Complications. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2006, 35,1 :10-15.
3. CHAPRON C, RERNANDEZ B, DUBUISSON JB. Hystérectomy for benign pathologies. European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology. 2000. 89 (2) : 141-7.
4. SOUTOUL JH, KAMINA P. ; BERTRAND J. Anatomie médico-chirurgicale de l'appareil génitale féminin. EMC.1988 10A 10.4-4-11. 1-29
5. KAMINA P, DEMONDION X, RICHER JP, SCEPI M, FAURE JP. Anatomie clinique de l'appareil génitale féminin. Encycl. Med. Chir. (Edition scientifique et Médicales). Elsevier SASP, gynécologie. 2003 10-A-10. 28.
6. GREGOIRE R, OBERLIN S. Précis d'anatomie. Tome 2, texte 9^{ème} édition nouveau tirage. 1980. 459-62.
7. ROCHETTE ; LOIUSE ; AL. Fibrome utérin. Regard sur la problématique et les alternatives. ISBN 2-9802013-5-9. P1 ; Québec 2004.
8. RELTER RC; WAGNER P.L; GAMBONE JC. Hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata. J Obstet Gynecol 2005, 79 (4): 481-4.
9. GUYLAINE LEFEBRE; GEORGE VILOS; CATHERINE ALLAIRE; JOHN JEFFREY. Uterine leiomyomata. American college of obstetricians and Gynecologist (ACOG) Technical Bulletin. 2004.192.
10. ALY ABBARA. Fibrome utérin. <http://www.aly-abbara.com/livre-gyn-obs/termes/fibrome.html>. Exploré le 11 Novembre 2009. Mise à jour 25 janvier 2009. PARIS/France.

11. MANT J, PAINTER R, VESS M, Epidemiology of genital prolapsed: Observations from the oxford family planning, association study. J obstet Gynecol 2007; 104: 575-85.
12. SMITH SE, WOODMAN P, O'BOYLE A et al. Pelvic organ support study (POSST): the distribution, clinical definition and epidemiology of pelvic organ support defects, Am. J obstet Gynecol, 2005; 192: 795-806.
13. HAGEN S, STARK D, MAHER C, ADAMS E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database syst Rev 2006 (4) ; CDW 3882.
14. MARITANO J, CAILLOT JL. Péritonite aiguë. La revue du praticien 2001 : 2141-2146.
15. FAUCHER. Complication de l'avortement provoqué chirurgical légal. EMC Médico-chirurgicale (Elsevier Masson SAS, Paris). Gynécologie ; 2008 ; 738-B- 60 :16 .
16. MONSOREGO J. Infection à papillomavirus. Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Santé et Hygiène Féminine. santéfeminine.com. Consulté le 25 Octobre 2009.
17. HANTZ S ; ALAIN S ; DENIS F. Vaccins prophylactiques antipapillomavirus: enjeux et perspectives. Gynecol obstet Fertil 2006 ; 34 (7-9) : 647-55.
18. BASEMAN JG, KOUTSKY LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. J Clin Virol 2005 Mars; 32: S 16- S 24.
19. WALBOOMERS JM, JACOBS MV, MANOS MM, BOSCH FX, KUMMER JA, SHOH KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 2002, 189 (1): 12-9.
20. FRANCO EL, VILLA LL, SOBRINHO, JM, ROUSSEAU MC, DESY M, ROHAN TE. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. J Infect Dis 2002, 180 (5): 1415-23.
21. PETO J, GILHAM C, DEACON J, TAYLOR C, BINUS W, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. Br J cancer 2004; 91 (5): 942-53.

22. SCHIFFMAN M, KJAER SK. Chapter 2: Natural History of anogenital Human papillomavirus infection and neoplasia. J Natl cancer Inst Monogr 2003; (31): 14-9.
23. WOODMAN CBJ, COLLINS S, WINTER H, BAILEY A, ELLIS J, PRIOR P, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. Lancet 2001; 357 (9271): 1831-6.
24. WALTER P. Anatomie pathologique: Cancer du col utérin. www.ulpmmed.u.strasbg.fr. Mise à jour 10 Février 2009. Consulté le 28 Octobre 2009.
25. BERNARD P. Les néoplasies intra-épithéliales de haut grade du col utérin. <http://www.sante.ujf.grenoble.fr>. Consulté le 24 Octobre 2009.
26. HOFFSTELTER S, TROUFLEAN P, WEBER B.
Néoplasies intraépithéliales et carcinome micro-invasif du col utérin. Bull. cancer. Radiother, 2001, 81,473-445.
27. GERBAULET A, COEN V. Cancer du col utérin: évaluation, traitement et surveillance. <http://www.caduce.net>. Consulté le 20 avril 2009.
28. N. CIRARU, VIGNERON, J. FERNAND. Le carcinome épidermoïde du col utérin. Rev Fr Gynéco-Obstet. 2004 ; 88 : 350-362.
29. SERGE HERCBERG. Cancer du col utérin et Hystérectomie, issu de santé-Medecine.net. Sante-medecine.commentcamarche.net. Consulté le 1 Novembre 2009.
30. MERGER et COLL. Anatomie et physiologie de l'utérus. Complications traumatique de l'accouchement. Thérapeutiques obstétricales. Précis d'obstétrique. Masson 2001 ; 37-43, 348-353. 618-627.
31. BENCHIMOL. Dysplasie du col utérin. http://www.docteur-benchimol.com/dysplasie_du_col_uterin.html. Mise à jour 20 Février 2009. Consulté le 9 octobre 2009.
32. RAGUER. C. Rupture utérine par placenta accreta. EMC Médico-chirurgicale. Elsevier Masson SAS. 2001 ; 17 : 646-649.
33. MEICLER P et COLL. Rupture utérine sur utérus cicatriciel méconnu. Rev Fr Gynéco –obstet. Fait clinique. 2003 ; 86 : 609-611.

34. KONE M et COLL. Rupture utérine. A propos d'une évolution inhabituelle observée au CHU de Treichville. Inter. Fac Afrique. 2001; 14 : 23-24.
35. LARVE L et COLLI. Rupture d'un utérus seins lors d'une interruption de grossesse par prostaglandine au 2^{ème} trimestre. Thérapeutique. Paris : Masson. 2001 ; 20 : 269-272.
36. HOROVITZ J et COLL. Rupture utérine après implantation tubaire. J Gynéco-obstet Biol. Reprod. Cas Clinique. Paris: Masson. 2003; 17: 650-652.
37. T. WARKUS A. DENYS P. HOHLFELD S. GERBER. Postpartum hemorrhage: Frequency, consequences in terms of health status, and risk factors before delivery. J Gynecol obstet Biol Reprod 2004; 33: 4S 9- 4S 16.
38. NLOME- NZE A et COLL. L'accouchement des utérus cicatriciels. A propos de 606 cas pour 62 193 accouchements. Rev Fr Gynéco-obstet. 2001; 85 : 387-392.
39. JIANG JUEL. Analyse clinique de 75 cas de rupture utérine. Revue de la Gynécologie et d'obstétrique appliquée. 2002, 3 :27.
40. WANG SHU ZHENG. Etude gynécologique 2001. Tome 1. Pékin ; publication d'hygiène publique. 227-280.
41. PARAZZINI F, LA VECCHIA C, NEGRI E, and al. Epidemiologie characteristics of women uterine fibroids; a case control study. Obstet Gynecol 2006; 120: 350-62.
42. MARSHALL LM, SPIEGELMAN MB, MANSON JE et al. Prospective study of reproductive factor and oral contraception use in relation to the risk of uterine leiomyomata. Fertil sterol 2007. London; 70: 432-439.
43. HEINEMAN K, THEIL C and COLL, Benign gynecological tumors: estimated incidence result of the german cohort study on women's heath. Eur. J. obstet Gynecol 2005; 107:78-80.
44. BAIRD DD et al, DUMSON D.B. and COLL. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in blanck and white women: ultra sound evidence Am. J. obstet Gynecol 2007; 188:100-7.

45. NKEGOUM B, BELLEY PRISOE, MBAKOPE; GWET BELL: Lésion précancéreuse du col utérin chez la femme camerounaise. Aspects cytologiques et épidémiologique de 946 cas. Médecine d'Afrique Noire 2005-52 (1).
46. KAZADI BUANGA ; JM DANGOUE. Métaplasie du col et Néoplasie cervicale intra épithéliale : Discordances histologiques entre la biopsie et la conisation Médecine d'Afrique 2009-56 (819).
47. GUIZARD AV, TRETARNE B. Incidence et mortalité par le cancer du col utérin. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de reproduction. 2005 ; 36 (3) : 250-265.
48. GOMBE- MBALAWA et al. Prise en charge chirurgicale des cancers du col utérin. Médecine d'Afrique Noire 2004- 51 (7)
49. J. LANKOANDE, B. SAKANDE, A. OUEDRAOGO et al. Le cancer du col utérin. Aspects épidémiocliniques et anatomo-pathologique du cancer du col utérin vu au centre Hospitalier National YALGADO OUEDRAGO DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO). Médecine d'Afrique Noire 2004- 51 (7).
50. NAYAMA M, GARBA M, SALIFOU et al. Prolapsus urogénital prise en charge dans une Maternité de référence du Niger. Etude prospective à propos de 77 cas, Médecine d'Afrique Noire 2009- 56 (2).
51. D. MUTEGANYA, T-BIGAYI, V. BIGIRIMANA et al : Le cancer du col utérin au CHU de KAMENGE à propos de 35 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2003- 50 (6).
52. S. KHABOUZE et al. Les maladies gestationnelles trophoblastiques à propos de 105 cas vu à la Maternité Souissi- Rabat. Journal Maghrébien d'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence. 2002.18 :4-16.
53. J. MASSARDIER, L. FRAPPART, B, MATHIAN. Môle Hydatiforme vue au centre de Références des Maladies Trophoblastiques. Hotel- Dieu, LYON. Réalités en Gynécologie – obstétrique n° 126. Décembre 2007.

- 54.A. CHECHIA, A. KOUBAA, T. MAKHLAANF et al. Les tumeurs fibrothécales de l'ovaire à propos de 12 cas.
Gynécologie obstétrique et Fertilité.2001 ; 29 : 349-353.
- 55.TROPE C KAIRN J. Management of birderline tumors of the ovary: state of the art. Semin oncol 2002. jun; 25 (3)- 372-80.
- 56.QI LI YA, CHEN YU, DOLOA. Rupture utérine à l'hôpital régional de SIKASSO à propos de 126 cas. Médecine d'Afrique Noire 2003,47 (2).
- 57.GAN BAI LIU. Opération de la rupture à la Maternité au centre hospitalier Départemental de MARADI (NIGER)
Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (11).
- 58.B. AITKEN- KONINCK, S. DEPRET- MOSSER, L.DEVISME, Y. ROBERT et al. Le placenta accreta à propos de 12 cas observé à la Matérinité Jeanne de Flandre CHU Lille. Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction. 2001 ; 30 :1.
- 59.PEKO JF. KOKOLO, NGOLETA, Lésion précancéreuse du col utérin. Aspects Histo-épidémiologiques en milieu Congolais.
Médecine de l'Afrique Noire 2005- 52 (10)
- 60.TAKONGMO S, BINAMF, NGASSA P, Aspect thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun). Médecine de l'Afrique Noire : 2000, 47 (1).
- 61.WALLACH EE MYOMECTOMY. In. ID THOMPSON and al. The Linde's operative gynecology. Lodon: JB Lippincott 2002; 647-662.
- 62.TEBEU, I SANDJONG, N. NKELE, S FOKOUA et al. Lésion pré-cancéreuses du col utérin en Zone rurale: Etude transversale. Médecine de l'Afrique Noire 2005- 52 (1).
- 63.KOVAC S R, BARHAN'S, LISTER M et al. Guidelines for the selection of the route of Hysterectomy: application in a resident clinic population. Am J obstet Gynecol. 2002 Dec, 187 (6). 1521-7.
- 64.CURADO MB, EDWARDS B, SHIN HR et al. Cancer Incidence in Five continents. IARC scientific publications. 2007; 9; 160.
- 65.ARBYN M, RAIFU AO, AUTIER P, et al. Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. Ann Oncol 2007; 18 (10): 1708-15.

- 66.S. KHABOUZE, I.E. ERCHIDI, BOUCHIKHI et al. Les maladies gestationnelles trophoblastiques à propos de 105 cas au clinique universitaire de Gyneco-obstétrique. Souissi-Rabat Maroc. Gynécologie obstétrique et Fertilité. 2002 ; 30 ; 42-49.
- 67.NDAYISHIMIYE .O. La prévalence des ruptures utérine à la Maternité régionale de NGOZE. Burundi. Médecine d'Afrique Noire. 2008-55 (9).
- 68.ARCHER D, COLL. Endometrial morphology in asymptomatic post menopausal women. Am J obstet Gynecol. 2001; 165: 317-22.
- 69.BOIK J. Cancer and Natural Medecin. A Texbook of Basic science and chemical Research Oregon Medical Press. 2008; 150: 210-20.
- 70.ACOG. Placenta accreta. Int J Gynecol Biol Reprod, 2003; 32: 549-554.
- 71.RAVOLAMANANA R.L. RABENJAMINA FR, RAZAFINTASALAMA D.L, RAKOTONANDRIANINA E, RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA N.S. Post- abortion peritonitis, pelviperitonitis at the Androva Mahajanga University Hospital 233 cases. J. Gynecol Obstet Biol Repr (Paris) 2001, 30 (3): 2822-287.
- 72.OSTHENE ADISSO, ISSIFOU TAKPARA, FABIEN HOUNGBE et al. Facteurs étiologiques des péritonites en milieu gynéco-obstétrical au CNHU de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire. 2006-53 (7).
- 73.CLOYTHER DD. « Hyterectomy » bestet pract. Res. clin obstet gynecol. 2006 Feb; 20 (1): 73-87.
- 74.RAZAFINDRABE J.A, RABARIJAONA M, RAKOTOARISOA B, RANDRIAMARO et al Les raisons de l'hystérectomie dans le service de gynécologie et obstétrique du centre Hospitalier de Soavinadriana, ANTANANARIVO. Médecine de l'Afrique Noire ISSN 0465-4668. 2002 ;46 ;4 :166-168.
- 75.BOUVIER-COLL MH, OULD EL JOUD D, VARNOUX N, BAYOUMEU F et al. Evaluation of the quality of care for severe obstetrical haemorrhage in three French regions. Br J obstet Gynaecol 2001; 108: 898-903.
- 76.S. MAHBOULI, M. BASLI, F. MESSAOUDI, M CHIBAN et al. La mortalité maternelle : épidémiologie, facteurs de risque, vu à l'Hôpital Militaire principale d'instruction de Tunis. Tunisie. Journal Maghrébien d'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence. 2003 ;18 ;64 : 8-14.

77. BEN AYED B, MATHLATHI N, BEN ALLA H, CHANTANI H et al. Les hémorragies graves du post partum, prise en charge, diagnostic, thérapeutique à propos de 46 cas au CHU de Hédi Chaker. Tunisie. Journal Maghrébien d'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence. 2009 ; 16 ; 67 : 4-10.
78. M.S. FENOMANANA, A.M RIEL, S.D. RAKOTOMENA, J.J. ANDRIANJATOVO, H.R. ANDRIANAMPANALINARIVO. Les facteurs de risques de mortalités par les hémorragies du post partum à la maternité de Befelatanana. Revue d'Anesthésie-réanimation et Médecine d'urgence. 2009 ; 1 ; 3 : 4-7.
79. F. RANDRIANANTOANINA, S. FENOMANANA, E. RAVELOSOA, A. RASOLOFONDRAIBE. Les épaules négligées, vues à la Maternité de Befelatanana à Antananarivo. Bull soc pathol Exot. 2007 ; 100 ; 3 : 182-183.
80. MAYI –TSONGA S, PITHER S, IGUMU N. L'hystérectomie vaginale au centre hospitalier de Libreville (Gabon) à propos de 60 cas. Médecine d'Afrique Noire ISSN 0465-4668. 2003 ; 50 ; 4 : 149-154.
81. D DIALO, M.R. SY, S.M.K GUEYE, J.C MOREAU. L'hystérectomie par voie vaginale à la clinique gynécologique et obstétricale de CHU Arstide Le Dantec. Médecine d'Afrique Noire. 2005 ; 52 : 376-378.
82. DONGMO R., KOUAM L., DOH AS, NGASSA P, WAMBA TEMGOU C. Hystérectomie obstétricale d'urgence à propos de 31 cas au CHU de Yaoundé. dongmoroger@hotmail.com. Consulté le 5 Novembre 2009.

VELIRANO

Eto anatrehan'ireo mpampianatra ahy eto amin'ny toera-mpampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara nianatra taminko, eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny anaran'Andriamanitra andriananahary, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana ampanantontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazahoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra antranon'olona aho dia tsy hahita izay zavatra miseho ao ny masoko, ka tanako ho aho samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaova nahanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelena na dia vao notorontoroina aza. Tsy hahazo mampisasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

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

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

Ho rakotra henatra sy ho rabian'ireo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

Serment d'HIPPOCRATE

ANNEXES

FICHE D'OBSERVATION

N°
Date: 2007/2009

I- ETAT CIVIL:

- Nom et prénoms :
- Age :
- Profession :
- Adresse :
- Situation matrimoniale :

II- ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRIQUES:

- Leucorrhée: - Dysménorrhée:
- DDR: - Métrorragie:
- Avortement: - Gestité et parité :
- Contraception hormonale :

III- HDM: - Algie pelvienne

- Masse pelvienne
- Métrorragie post ménopausique

IV- EXAMENS CLINIQUES:

V- EXAMENS PARACLINIQUES:

- 1- Echographie:
- 2- Autres:

VI- EVOLUTION:

VII- CONCLUSION:

| | |
|---|------------------|
| <u>Nom et prénoms</u> : ASSANY BEMARIVO Jeannoé Paul. | |
| <u>TITRE DE LA THESE</u> : LES INDICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE DANS LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHU MAHAJANGA | |
| THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE, MAHAJANGA 2009 N° | |
| Format | : 21x29.7 |
| Nombre de page | : 79 |
| Nombre de références | : 82 |
| Nombre de page de références | : 8 |
| Nombre de figures | : 3 |
| Nombres de tableaux | : 13 |
| <u>Rubrique de la thèse</u> : GYNECO – OBSTETRIQUE | |
| <u>Mots-clés</u> : Hystérectomie - Indication | |

RESUME DE LA THESE

Objectif : Le but de cette étude est d'évaluer l'indication de l'hystérectomie et la fréquence des pathologies indiquant une hystérectomie.

Matériel et Méthode : c'est une étude rétrospective allant du mois d'avril 2007 au mois d'avril 2009, soit une étude de 24 mois. Une étude qui a porté sur 142 cas d'hystérectomies dont 128 pour les cas gynécologiques et 14 pour les cas obstétricaux, dans le service de gynéco-obstétrique du centre Hospitalier Universitaire MAHAJANGA.

Résultats : La principale indication de l'hystérectomie : pour le cas gynécologique était le fibrome utérin avec une fréquence de 53.90% dont l'âge moyen est 44.75 ans, puis en second lieu la dysplasie du col avec une fréquence de 25% dont l'âge moyen est de 42.11 ans puis après le cancer du col avec une fréquence de 17.18% puis le prolapsus utérin à 2.34% dont l'âge moyen est de 37.33 ans puis la grossesse molaire à 0.78% avec l'âge moyen à 47 ans et enfin la tumeur de l'ovaire à 0.78% avec un âge moyen de 38 ans. Pour le cas obstétrique : la principale indication est la rupture utérine avec une fréquence à 71.42% puis après l'hémorragie du post-partum avec 21.42%, puis après, l'épaule négligée des membres à 7.14%.

Conclusion : Après une hystérectomie, des retentissements sur la vie sociale, affective et même conjugale peuvent survenir chez la patiente. D'où la responsabilité du chirurgien de bien poser l'indication car toute la vie et l'avenir du patiente en dépende.

MEMBRES DU JURY :

**PRESIDENT
JUGES**

**: Monsieur Le Professeur ZAFISAONA Gabriel
: Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo
: Madame Le Professeur RAVOLAMANANA
RALISATA Lisy**

DIRECTEUR, RAPPORTEUR : Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel