



## Étude analytique de 240 hystérectomies

● B. Chennoufi\*, R. Ben Temime\*, B.S. Aissata\*\*, A. Abodé\*, N. Mathlouthi\*, D. Chelli\*, B. Khémiri\*, E. Sfar\*, H. Chelli\*

**L** hystérectomie constitue l'intervention chirurgicale la plus fréquemment réalisée chez la femme en dehors de la grossesse (1, 2). Différentes voies d'abord permettent actuellement d'accomplir cette intervention. À côté de la laparotomie classique, se sont ajoutées la voie vaginale et la voie percoelioscopique. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la place qu'occupe cette intervention dans notre service et faire le point sur ses avantages réels par rapport à la voie abdominale ; réévaluer nos indications et nos résultats face aux données de la littérature et enfin, étudier les contre-indications de la voie vaginale et les limites de sa faisabilité.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous rapportons une étude analytique rétrospective de 240 hystérectomies dont 125 par voie vaginale réalisées au service de gynécologie obstétrique "A" du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis sur une période de 5 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 décembre 2000.

Sont exclues, les hystérectomies sur utérus prolabés, les hystérectomies percoelioscopiques et celles pour indications obstétricales. Toutes nos patientes ont bénéficié d'un frottis cervico-vaginal et d'une échographie pelvienne. Nous avons procédé à une étude statistique pour établir la significativité de certaines différences entre la voie abdominale et la voie vaginale dans un intervalle de confiance à 95 %. Enfin, nos résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

### RÉSULTATS

L'âge moyen de nos patientes était de 48 ans avec des extrêmes de 38 à 77 ans. La parité moyenne était de 5. Les multipares représentaient 68,75 %. Les multipares opérées par voie vaginale représentaient 63 % (104/165).

Vingt-cinq patientes, soit 10,41 % des cas, étaient des nullipares dont 22 opérées par voie abdominale contre 3 par voie vaginale ; 198 patientes, soit 82,5 % des cas, étaient en âge de procréation ou en péri-ménopause, dont 109 ont été opérées par voie vaginale ; 42 patientes, soit 17,5 %, des cas, étaient ménopausées dont 16 ont été opérées par voie vaginale, soit 38 % des cas ; 127 de nos patientes, soit 52,9 %, n'avaient pas d'antécédents médicaux notables. Pour le reste, on note la prédominance de l'HTA rencontrée dans 15 % des cas, le diabète dans 9,6 % des cas et l'anémie rencontrée chez 111 patientes, soit 46,20 % des cas. Elle était modérée (8 g/dl ≤ Hb < 11 g/dl) chez 76 patientes et sévère chez 35 patientes (Hb < 8 g/dl).

Quarante-deux de nos patientes, soit 17,5 %, avaient des antécédents de chirurgie abdominale, notamment de cholécystectomie dans 6,1 % des cas. Les antécédents de chirurgie laparotomique

gynécologique étaient essentiellement une myomectomie dans 2,1 % des cas et une kystectomie dans 1,7 % des cas. Les métrorragies étaient le motif de consultation le plus fréquent, retrouvées chez 121 patientes, soit dans 50,4 % des cas. Les douleurs pelviennes étaient rencontrées chez 109 patientes, soit 45,4 % des cas. L'augmentation du volume de l'abdomen en rapport avec une masse a été rapportée chez 10 patientes, soit 4,2 % des cas.

L'examen physique a trouvé un utérus augmenté de volume chez 165 patientes, soit 68,8 % des cas, et de taille normale dans 31,2 % des cas. La répartition du volume utérin, selon la voie d'abord, est représentée dans le **tableau I**.

**Tableau I. Répartition du volume utérin.**

Volume utérin	HA	HV	NS
Normal	29	46	NS
< 12 SA	15	40	NS
12 < vol < 15 SA	26	27	NS
> 15 SA	45	12	S*

\* $\chi^2 = 33,98$   $p = 2,10^{-6}$  (significatif).  
S : significatif ; NS : non significatif.

L'échographie a montré :

- une pathologie myomateuse chez 112 patientes, soit 59,1 % des cas ;
- une pathologie endométriale (endomètre épaissi, image intracavitare) chez 59 patientes, soit 24,51 % des cas ;
- une pathologie annexielle chez 22 patientes, soit 9,2 % ;
- un DIU intramyométral chez 2 patientes.

L'échographie était normale chez 15 patientes (6,25 %).

Dans notre série, 182 hystéroscopies ont été réalisées, soit 75,8 % des cas, révélant :

- Une pathologie endométriale chez 52 patientes, soit 28,6 % des cas. On distingue 29 cas d'hyperplasie, 11 cas de polype de l'endomètre, 8 cas d'atrophie de l'endomètre, 4 cas de suspicion de néoplasie.
  - Un fibrome intracavitare chez 29 patientes, soit 15,9 % des cas.
  - L'hystéroscopie a été normale chez 101 patientes, soit 55,5 %.
- Quatre-vingt-seize biopsies dirigées de l'endomètre ont été réalisées.

Le résultat des biopsies était comme suit : une hyperplasie simple de l'endomètre dans 44 cas et complexe dans 3 cas sans atypie, un polype de l'endomètre dans 12 cas, un cancer de l'endomètre dans 7 cas, une atrophie de l'endomètre dans 6 cas, un endomètre dysfonctionnel dans 8 cas, un fibrome intracavitare dans 3 cas. La biopsie était sans anomalie dans 13 cas.

Dans notre série, les indications opératoires étaient comme suit :

- Un utérus fibromateux chez 142 patientes, soit 59,2 % des cas.
- Une pathologie endométriale chez 57 patientes, soit 23,8 % des cas.

\* Service de gynécologie et obstétrique A, Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

\*\* Maternité Cheikh Zayad, Nouak Chott, Mauritanie.

**Tableau II. Indications opératoires.**

Voie d'abord	HA (%)	HV (%)
<b>Pathologie</b>		
Fibromes utérins (42)	65,2	53,3
Pathologie endométriale (57)	12,2	34
Pathologie annexielle (22)	19	-
Pathologie cervicale (5)	2,6	1,6
Métrorragies résistantes (14)	-	11,1

- Une pathologie cervicale chez 5 patientes, soit 2,1 % des cas.
- Une pathologie annexielle (tumeur de l'ovaire) chez 22 patientes, soit 9,1 % des cas.
- Des métrorragies rebelles au traitement médical. Il s'agissait d'hystérectomies à visée hémostatique, réalisées chez 14 patientes, soit 5,8 % des cas après des explorations hystéroscopique et biopsie normales.

La répartition des indications opératoires, selon la voie d'abord, est détaillée dans le **tableau II**. Toutes les hystérectomies abdominales ont été réalisées sous anesthésie générale ; 90,5 % des hystérectomies par voie vaginale ont été réalisées sous anesthésie générale contre 9,5 % sous rachianesthésie. L'annexectomie bilatérale a été réalisée chaque fois que l'âge était supérieur à 45 ans et selon la pathologie associée. Les gestes associés sont représentés pour l'hystérectomie abdominale par l'annexectomie dans 59 cas et le curage ganglionnaire dans 14 cas et l'annexectomie dans 17 cas pour la voie basse. Pour la voie abdominale, la durée moyenne était de 123 minutes. Quant à la voie vaginale, la durée moyenne était de 99 minutes. L'hémisection a été réalisée dans 48 cas, soit 20 % et le morcellement dans 28 cas, soit 11,25 %.

Toutes les patientes ont reçu une antibioprofylaxie qui encadrait le geste opératoire et une héparinoprofylaxie en postopératoire. Les pertes sanguines ont été évaluées par la différence entre le taux d'hémoglobine préopératoire et le taux d'hémoglobine retrouvé en postopératoire immédiat ou à J1.

Quarante-deux patientes, soit 17,5 % des cas, ont été transfusées, le plus souvent à cause d'une anémie préexistante. Dans notre série, nous avons noté 54 complications, dont 32 par voie abdominale et 22 par voie vaginale. Les complications postopératoires pour l'hystérectomie vaginale étaient dominées par les plaies vésicales dans 6 cas, l'hémorragie dans 4 cas. Quant à la voie abdominale, nous avons noté 4 cas de complications hémorragiques, 2 plaies vésicales, 2 plaies urétérales et 1 plaie digestive. Les complications postopératoires sont représentées dans le **tableau III**.

La durée moyenne du séjour postopératoire dans notre série après une hystérectomie abdominale était de 9,2 jours avec un minimum de 3 jours et un maximum de 37 jours alors qu'elle est de 5,4 jours pour les hystérectomies vaginales avec un minimum de 2 jours et un maximum de 28 jours. L'examen anatomopathologique a été réalisé chez toutes nos patientes. Les lésions retrouvées sont représentées dans le **tableau IV**.

## DISCUSSION

L'âge moyen de nos patientes était de 48 ans. Il variait de 45 à 49 ans selon les séries, sans différence significative entre la voie d'abord (1-4). La voie vaginale était plus pratiquée chez les multipares (3, 5). Dans notre série, 63 % des multipares étaient opérées par voie vaginale.

Dans la littérature, jusqu'à 90 % des multipares sont opérées par voie vaginale (3, 5). En revanche, la nulliparité peut rendre la voie vaginale

**Tableau III. Complications postopératoires.**

Complication	HV	HA
Mortalité	0	0
Infection vaginale	3	1
Incontinence urinaire	1	0
Brûlures mictionnelles	5	2
Dysurie	8	2
Thrombophlébite	0	3
Embolie pulmonaire	0	2
Hématome pelvien	3	1
Reprise chirurgicale	1	0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>11</b>

**Tableau IV. Résultats anatomopathologiques (total supérieur à 240, car certains résultats peuvent être associés).**

Lésions	Nombre
Fibromes utérins	120
Adénomyose/endométriose	58
Kyste de l'ovaire	14
Hyperplasie de l'endomètre	63
Atrophie de l'endomètre	16
Condylome plans	8
Cervicite/exocervicite	20
Cystadénocarcinome de l'ovaire	8
Cancer de l'endomètre	7
Cancer du col utérin	3
Abcès tubo-ovarien	1
Actinomycose	1
Polype	12
Sarcome	2

plus difficile et intervient donc dans le choix de la voie d'abord. Dans la littérature, 80 à 95 % des nullipares sont opérées par voie abdominale (2, 5-8). Ce résultat concorde avec celui de notre série puisque 88 % des nullipares étaient opérées par voie abdominale.

Les antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne interviennent aussi dans le choix de la voie d'abord. Vingt-deux à 50 % des patientes hystérectomisées par voie abdominale ont déjà subi une intervention sur le pelvis ou l'abdomen (5-8) contre 5,2 à 20 % pour la voie vaginale (5-8). Dans ces situations, une assistance cœlioscopique peut trouver une place de choix (9).

Les métrorragies représentent le motif de consultation le plus fréquent. Elles sont retrouvées dans 52 à 84 % des cas. Les douleurs pelviennes sont retrouvées dans 18 à 70 % des cas selon les séries (8-10). Dans la nôtre, ces symptômes ont été retrouvés respectivement dans 50,4 et 45,5 % des cas. Le taux des hystérectomies vaginales varie de 17,5 à 88,8 % selon les séries (1, 7-9, 11, 12). Dans la nôtre, la voie vaginale a été pratiquée dans 52,1 % des cas. Les indications des hystérectomies sont analysées dans les **tableaux V** et **VI** selon la voie d'abord.

La différence entre le résultat des séries pourrait s'expliquer par l'inclusion ou non de la chirurgie de prolapsus et de la chirurgie carcinologique.

Tableau V. Indication de la voie abdominale.

	Boike (8)	Perineau (7)	Dicker (11)	Notre série (%)
Fibromes utérins	66	66,7	40,2	65,2
Pathologie endométriale	1	20	2,8	12,2
Pathologie annexielle	12	18,6	14,7	19
Pathologie cervicale	1,9	3,9	6,2	2,6
Métrorragies résistantes	-	7,5	7,9	-

Tableau VI. Indications de la voie vaginales.

	Boike (8)	Perineau (7)	Dicker (11)	Notre série (%)
Fibromes utérins	22	22,4	7,2	53,3
Pathologie endométriale	6	4,2	1,9	34
Pathologie annexielle	-	0,3	-	0
Pathologie cervicale	14	5,6	3,8	1,6
Métrorragies résistantes	14	-	5,7	11,1

L'attitude des auteurs vis-à-vis des annexes au cours de l'hystérectomie, pour les lésions gynécologiques bénignes, demeure un sujet de discussion et varie en fonction de l'âge. Dans la littérature, le taux d'annexectomie varie de 15,1 à 83,3 % pour la voie abdominale alors qu'il est de 5,7 à 49,6 % pour la voie vaginale (4-6, 13). Dans notre série, ce taux était de 5,1 % pour la voie abdominale contre 1,3 % pour la voie vaginale. On peut déduire que l'annexectomie est réalisée plus fréquemment par voie abdominale car elle est plus facile, plus rapide à réaliser et moins hémorragique. Mais en aucun cas, la nécessité de réaliser une annexectomie ne peut justifier une laparotomie si, par ailleurs, l'hystérectomie peut être faite par voie vaginale.

Le temps opératoire peut être un argument non négligeable lors du choix d'une technique opératoire ; il a surtout des répercussions en termes de morbidité. Nos résultats sont concordants avec ceux publiés : 90 à 129 mn pour la voie abdominale contre 54 à 120 mn pour la voie vaginale (1, 6, 14, 15). Dans notre série, on note 42 cas de transfusion sanguine.

L'indication de la transfusion est corrélée à l'acte opératoire et à l'état d'anémie préexistant. Le taux des transfusions est constamment plus important lors des hystérectomies abdominales dans les différentes séries (5, 6, 8, 16). Il varie de 4,1 à 20,5 % pour la voie haute contre 1,6 à 5 % pour la voie basse. Les principales complications peropératoires au cours des hystérectomies vaginales sont dominées par les plaies vésicales et les hémorragies (1, 5, 6). Enfin, l'échec de la voie basse est de 0,2 à 3,5 % (7). Dans notre série, le taux de conversion était de 0,8 %. La principale complication de la voie haute est également d'ordre hémorragique avec des valeurs allant de 4 à 21 % selon les séries (1, 6, 17, 18).

Dans notre série, la durée moyenne du séjour postopératoire après une hystérectomie abdominale était de 9,2 jours alors qu'elle était de 5,4 jours pour les hystérectomies vaginales. La différence entre les deux voies est statistiquement significative ( $p < 0,005$ ). Nos résultats sont en accord avec les séries de la littérature (5, 7, 19).

Les complications thromboemboliques sont plus fréquentes lors de la chirurgie par laparotomie en raison du geste lui-même, mais aussi des difficultés de mobilisation les jours suivant l'intervention. Dans notre série, les complications thromboemboliques étaient de 2,61 % pour les hystérectomies abdominales contre 0 % pour la voie vaginale. Pour Dargent (6), ces complications représentent 0,3 % pour les hystérectomies vaginales contre 1,7 % pour les hystérectomies abdominales.

D'autres complications peuvent être notées, à savoir la modification du comportement sexuel. Ce sont des complications d'exploration diffi-

cile avec des résultats contradictoires. Caruso (20) retrouve que 56 % des patientes présentent une diminution du désir sexuel en fréquence ou en qualité contre 4 % d'amélioration.

Enfin, la mortalité varie dans la littérature de 0,4 à 0,7 % (10, 17). Elle est nulle dans notre série. La mortalité est moindre en cas d'hystérectomie vaginale par rapport à l'hystérectomie abdominale (10, 17, 19).

## CONCLUSION

Les avantages de la voie vaginale par rapport à la voie abdominale paraissent décisifs. Un temps opératoire réduit, des accidents peropératoires moins fréquents, des suites opératoires plus simples, une durée d'hospitalisation plus courte et, enfin, l'absence de cicatrice abdominale. Ces avantages

rendent illogique la restriction de la voie vaginale aux seuls utérus non augmentés de volume et prolapsés, d'autant plus que l'on dispose de divers procédés efficaces dans la réduction de la taille de gros utérus. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cosson M, Querleu D, Subtil D et al. The feasibility of vaginal hysterectomy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996;64:95-9.
2. Magos A, Bourmas N, Sinha R et al. Vaginal hysterectomy for the large uterus. *Br J Obstet Gynecol* 1996;103:246-51.
3. Hoffman MS, De Cesar S, Kaiter C. Abdominal hysterectomy versus transvaginal morcellation for the removal of enlarged uteri. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171(2):309-15.
4. Wilcox L, Koonin LM, Pokras R. Hysterectomy in the United States, 1980-1990. *Obstet Gynecol* 1994;83(4):549-55.
5. Kovac SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995;85(1):18-23.
6. Dargent D, Rudigoz RC. L'hystérectomie vaginale. Notre expérience des années 1970 à 1979 (556 opérations). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1980;9:895-908.
7. Perineau M, Monrozies X, Reme JM. Complications des hystérectomies. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1992;87:120-5.
8. Boike G, Elfstrand E, Delprêtre G et al. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital: report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6 Pt 1):1690-701.
9. Chapron CH, Dubuisson JB, Ansquer Y et al. Hystérectomie totale pour pathologie bénigne. La calchiopourie ne semble pas majorer le risque de complications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998;27:55-61.
10. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994;83(4):556-65.
11. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1982;144(7):841-8.
12. Martin X, Gjata A, Golfier F, Raudrant D. Hystérectomie pour une lésion bénigne: can the vaginal route be used in all cases? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999;28(2):124-30.
13. Ballard LA, Walters MD. Transvaginal mobilization and removal of ovaries and fallopian tubes after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1996;87(1):35-9.
14. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):229-34.
15. Nezhad C, Bess O, Admon D et al. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal, and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomies. *Obstet Gynecol* 1994;83(5 Pt 1):713-6.
16. Oisson JH, Elistrom M, Dahlin M. A randomized prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynecol* 1996;103:345-50.
17. De Meeus JB, Body G, Lemseffer J. L'hystérectomie par voie abdominale garde-t-elle toutes ses indications? À propos de 340 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21:513-8.
18. Langebrenke A, Eraker R, Nesheim BI et al. Abdominal hysterectomy should not be considered as a primary method for uterine removal. A prospective randomised study of 100 patients referred to hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(4):404-7.
19. Loft A, Andersen TF, Bronnum-Hansen H et al. Early postoperative mortality following hysterectomy. A Danish population based study, 1977-1981. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98(2):147-54.
20. Caruso S, Agnello C, Campo MG. Modifications psycho-sexuelles dans un couple avec femme hystérectomisée. *Med Hyg* 1992;50:913-8.