

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2012

THESE N°: 23

**LES INDICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE
A PROPOS DE 2158 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Madiha LAASSOULI

Née le 09 Avril 1986

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Hystérectomie – Indications – Techniques - Complications.

JURY

Mr. D. FERHATI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. R. BERRADA

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mme. A. KHARBACHE

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mme. S. KHABOUZE

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. Z. ELHANCHI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

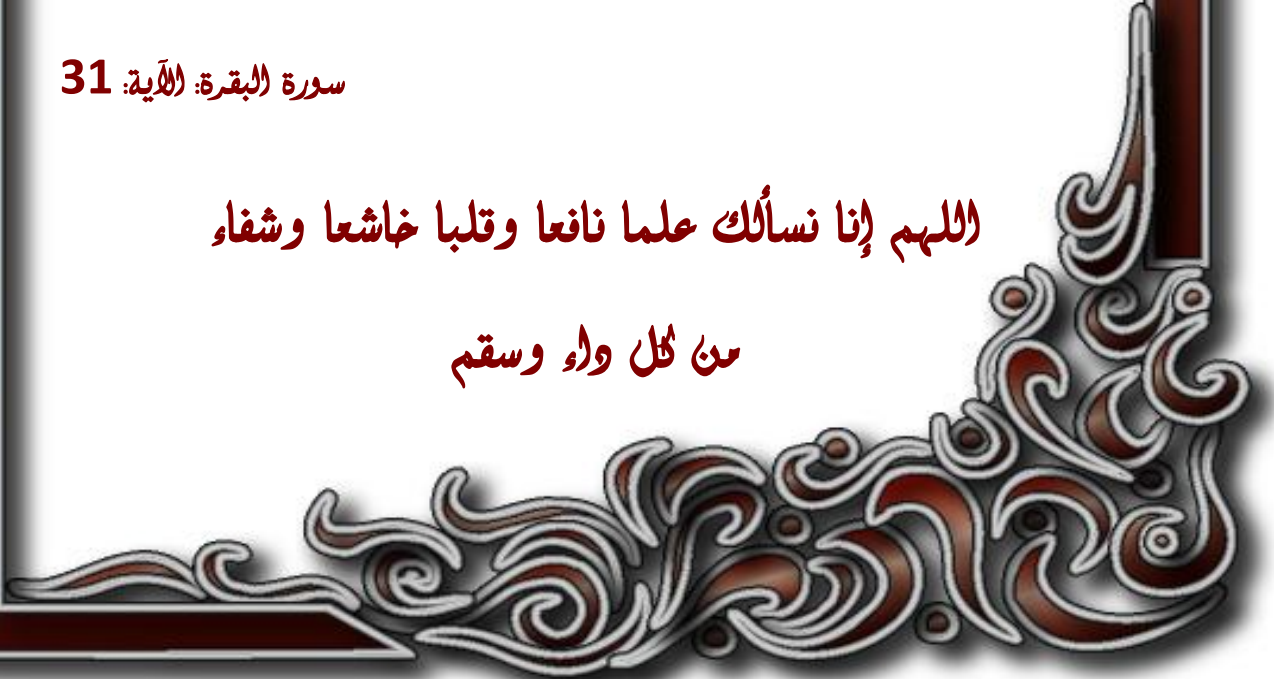
سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا وقلبا خاشعا وشفاء

من كل واء وسقم





UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

- Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire

- | | | |
|-----|------------------------------|----------------------|
| 13. | Pr. BENSOUA Mohamed | Anatomie |
| 14. | Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 15. | Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma | Physiologie |

Novembre 1983

- | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------|
| 16. | Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* | Pneumo-ptisiologie |
| 17. | Pr. BALAFREJ Amina | Pédiatrie |
| 18. | Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 19. | Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie |
| 20. | Pr. SRAIRI Jamal-Eddine | Cardiologie |

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 21. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 22. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 23. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 24. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 25. | Pr. NAJI M' Berek * | Immuno-Hématologie |
| 26. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 27. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 28. | Pr. BENS Aid Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 29. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 30. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-ptisiologie |
| 32. | Pr. KZADRI Mohamed | Oto-Rhino-laryngologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|---------------------------------------|------------------------------|
| 33. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 34. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 35. | Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 36. | Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq | Pneumo-ptisiologie |
| 37. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 38. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 40. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 41. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 42. | Pr. OHAYON Victor* | Médecine Interne |
| 43. | Pr. YAHYA OUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 44. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 45. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 46. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 47. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |

48. Pr. TOLOUNE Farida*

Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine Interne

50. Pr. AOUNI Mohamed

Médecine Interne

51. Pr. BENAMEUR Mohamed*

Radiologie

52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali

Cardiologie

53. Pr. CHAD Bouziane

Pathologie Chirurgicale

54. Pr. CHKOFF Rachid

Pathologie Chirurgicale

55. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH

Pédiatrie

56. Pr. HACHIM Mohammed*

Médecine-Interne

57. Pr. HACHIMI Mohamed

Urologie

58. Pr. KHARBACH Aïcha

Gynécologie -Obstétrique

59. Pr. MANSOURI Fatima

Anatomie-Pathologique

60. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Neurologie

61. Pr. SEDRATI Omar*

Dermatologie

62. Pr. TAZI Saoud Anas

Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

63. Pr. AL HAMANY Zaïtounia

Anatomie-Pathologique

64. Pr. ATMANI Mohamed*

Anesthésie Réanimation

65. Pr. AZZOUZI Abderrahim

Anesthésie Réanimation

66. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM

Néphrologie

67. Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Chirurgie Générale

68. Pr. BENABDELLAH Chahrazad

Hématologie

69. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif

Chirurgie Générale

70. Pr. BENSOUDA Yahia

Pharmacie galénique

71. Pr. BERRAHO Amina

Ophtalmologie

72. Pr. BEZZAD Rachid

Gynécologie Obstétrique

73. Pr. CHABRAOUI Layachi

Biochimie et Chimie

74. Pr. CHANA El Houssaine*

Ophtalmologie

75. Pr. CHERRAH Yahia

Pharmacologie

76. Pr. CHOKAIRI Omar

Histologie Embryologie

77. Pr. FAJRI Ahmed*

Psychiatrie

78. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*

Chirurgie Générale

79. Pr. KHATTAB Mohamed

Pédiatrie

80. Pr. NEJMI Maati

Anesthésie-Réanimation

81. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

82. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH

Pharmacologie

83. Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

84. Pr. AHALLAT Mohamed

Chirurgie Générale

85. Pr. BENOUDA Amina

Microbiologie

86. Pr. BENSOUDA Adil

Anesthésie Réanimation

- | | |
|---|-------------------------|
| 87. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib | Radiologie |
| 88. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza | Gastro-Entérologie |
| 89. Pr. CHRAIBI Chafiq | Gynécologie Obstétrique |
| 90. Pr. DAOUDI Rajae | Ophtalmologie |
| 91. Pr. DEHAYNI Mohamed* | Gynécologie Obstétrique |
| 92. Pr. EL HADDOURY Mohamed | Anesthésie Réanimation |
| 93. Pr. EL OUAHABI Abdessamad | Neurochirurgie |
| 94. Pr. FELLAT Rokaya | Cardiologie |
| 95. Pr. GHAFIR Driss* | Médecine Interne |
| 96. Pr. JIDDANE Mohamed | Anatomie |
| 97. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine | Gynécologie Obstétrique |
| 98. Pr. TAGHY Ahmed | Chirurgie Générale |
| 99. Pr. ZOUHDI Mimoun | Microbiologie |

Mars 1994

- | | |
|--|---|
| 100. Pr. AGNAOU Lahcen | Ophtalmologie |
| 101. Pr. AL BAROUDI Saad | Chirurgie Générale |
| 102. Pr. BENCHERIFA Fatiha | Ophtalmologie |
| 103. Pr. BENJAAFAR Nouredine | Radiothérapie |
| 104. Pr. BENJELLOUN Samir | Chirurgie Générale |
| 105. Pr. BEN RAIS Nozha | Biophysique |
| 106. Pr. CAOUI Malika | Biophysique |
| 107. Pr. CHRAIBI Abdelmjid | Endocrinologie et Maladies Métaboliques |
| 108. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT | Gynécologie Obstétrique |
| 109. Pr. EL AOUAD Rajae | Immunologie |
| 110. Pr. EL BARDOUNI Ahmed | Traumato-Orthopédie |
| 111. Pr. EL HASSANI My Rachid | Radiologie |
| 112. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur | Médecine Interne |
| 113. Pr. EL KIRAT Abdelmajid* | Chirurgie Cardio- Vasculaire |
| 114. Pr. ERROUGANI Abdelkader | Chirurgie Générale |
| 115. Pr. ESSAKALI Malika | Immunologie |
| 116. Pr. ETTAYEBI Fouad | Chirurgie Pédiatrique |
| 117. Pr. HADRI Larbi* | Médecine Interne |
| 118. Pr. HASSAM Badredine | Dermatologie |
| 119. Pr. IFRINE Lahssan | Chirurgie Générale |
| 120. Pr. JELTHI Ahmed | Anatomie Pathologique |
| 121. Pr. MAHFOUD Mustapha | Traumatologie – Orthopédie |
| 122. Pr. MOUDENE Ahmed* | Traumatologie- Orthopédie |
| 123. Pr. OULBACHA Said | Chirurgie Générale |
| 124. Pr. RHRAB Brahim | Gynécologie –Obstétrique |
| 125. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR | Dermatologie |
| 126. Pr. SLAOUI Anas | Chirurgie Cardio-Vasculaire |

Mars 1994

127. Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
128. Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
129. Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
130. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
131. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
132. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
133. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
134. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
135. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae	Ophtalmologie
136. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
137. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
138. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
139. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
140. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

Mars 1995

141. Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
142. Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale
143. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
144. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
145. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*	Urologie
146. Pr. BENZAOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
147. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
148. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
149. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
150. Pr. EL MESNAOUI Abbes	Chirurgie Générale
151. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
152. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
153. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
154. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
156. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophtalmologie
157. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
158. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
159. Pr. RZIN Abdelkader*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
160. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

Décembre 1996

162. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
163. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
164. Pr. BELMAHI Amin	Chirurgie réparatrice et plastique
165. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophtalmologie
166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale

167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
168. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
169. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
171. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
172. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-ptisiologie
173. Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
174. Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
175. Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie-Obstétrique
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem	Chirurgie Générale
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
179. Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
180. Pr. BOULAICH Mohamed	O.RL.
181. Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
182. Pr. DERRAZ Said	Neurochirurgie
183. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
184. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie
186. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
187. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
188. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
191. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
192. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
193. Pr. SAFI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
194. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-ptisiologie
198. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
199. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
201. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
203. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
---------------------------	-------------

206. Pr. KHATOURI ALI* Cardiologie
 207. Pr. LABRAIMI Ahmed* Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed* Pneumophtisiologie
 209. Pr. AIT OUMAR Hassan Pédiatrie
 210. Pr. BENCHERIF My Zahid Ophtalmologie
 211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd Pédiatrie
 212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine Pneumo-phtisiologie
 213. Pr. CHAOUI Zineb Ophtalmologie
 214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer Chirurgie Générale
 215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub Chirurgie Générale
 216. Pr. EL FTOUH Mustapha Pneumo-phtisiologie
 217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim* Neurochirurgie
 218. Pr. EL OTMANY Azzedine Chirurgie Générale
 219. Pr. GHANNAM Rachid Cardiologie
 220. Pr. HAMMANI Lahcen Radiologie
 221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim Anesthésie-Réanimation
 222. Pr. ISMAILI Hassane* Traumatologie Orthopédie
 223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss Gastro-Entérologie
 224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim* Anesthésie-Réanimation
 225. Pr. TACHINANTE Rajae Anesthésie-Réanimation
 226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia Neurologie
 228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed Dermatologie
 229. Pr. AJANA Fatima Zohra Gastro-Entérologie
 230. Pr. BENAMR Said Chirurgie Générale
 231. Pr. BENCHEKROUN Nabiha Ophtalmologie
 232. Pr. CHERTI Mohammed Cardiologie
 233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma Anesthésie-Réanimation
 234. Pr. EL HASSANI Amine Pédiatrie
 235. Pr. EL IDGHIRI Hassan Oto-Rhino-Laryngologie
 236. Pr. EL KHADER Khalid Urologie
 237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah* Rhumatologie
 238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 239. Pr. HSSAIDA Rachid* Anesthésie-Réanimation
 240. Pr. LACHKAR Azzouz Urologie
 241. Pr. LAHLOU Abdou Traumatologie Orthopédie
 242. Pr. MAFTAH Mohamed* Neurochirurgie
 243. Pr. MAHASSINI Najat Anatomie Pathologique
 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae Pédiatrie
 245. Pr. NASSIH Mohamed* Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
248. Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
249. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
250. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
251. Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
252. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
253. Pr. BENAMOR Jouada	Pneumo-phtisiologie
254. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
255. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
256. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
257. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
258. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
259. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
261. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
262. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
263. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
264. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
265. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
266. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
268. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
270. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
272. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
274. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
275. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
276. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
277. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
278. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
279. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
280. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
281. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
282. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
283. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
284. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
285. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
286. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
287. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
288. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
289. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
290. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique

291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia Pédiatrie
 292. Pr. TAZI MOUKHA Karim Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane* Anatomie Pathologique
 294. Pr. AMEUR Ahmed * Urologie
 295. Pr. AMRI Rachida Cardiologie
 296. Pr. AOURARH Aziz* Gastro-Entérologie
 297. Pr. BAMOU Youssef * Biochimie-Chimie
 298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene* Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 299. Pr. BENBOUAZZA Karima Rhumatologie
 300. Pr. BENZEKRI Laila Dermatologie
 301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia* Gastro-Entérologie
 302. Pr. BERNOUSSI Zakiya Anatomie Pathologique
 303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya Psychiatrie
 304. Pr. CHOHO Abdelkrim * Chirurgie Générale
 305. Pr. CHKIRATE Bouchra Pédiatrie
 306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair Chirurgie Pédiatrique
 307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed Urologie
 308. Pr. EL BARNOUSSI Leila Gynécologie Obstétrique
 309. Pr. EL HAOURI Mohamed * Dermatologie
 310. Pr. EL MANSARI Omar* Chirurgie Générale
 311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid Chirurgie Générale
 312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai Gynécologie Obstétrique
 313. Pr. HADDOUR Leila Cardiologie
 314. Pr. HAJJI Zakia Ophtalmologie
 315. Pr. IKEN Ali Urologie
 316. Pr. ISMAEL Farid Traumatologie Orthopédie
 317. Pr. JAAFAR Abdeloihab* Traumatologie Orthopédie
 318. Pr. KRIOULE Yamina Pédiatrie
 319. Pr. LAGHMARI Mina Ophtalmologie
 320. Pr. MABROUK Hfid* Traumatologie Orthopédie
 321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss* Gynécologie Obstétrique
 322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid* Cardiologie
 323. Pr. MOUSTAINE My Rachid Traumatologie Orthopédie
 324. Pr. NAITLHO Abdelhamid* Médecine Interne
 325. Pr. OUJILAL Abdelilah Oto-Rhino-Laryngologie
 326. Pr. RACHID Khalid * Traumatologie Orthopédie
 327. Pr. RAISS Mohamed Chirurgie Générale
 328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha* Pneumophtisiologie
 329. Pr. RHOU Hakima Néphrologie
 330. Pr. SIAH Samir * Anesthésie Réanimation
 331. Pr. THIMOU Amal Pédiatrie
 332. Pr. ZENTAR Aziz* Chirurgie Générale
 333. Pr. ZRARA Ibtisam* Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
335. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
337. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
338. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
340. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
341. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
342. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
343. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
344. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
345. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
348. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
349. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
350. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
351. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
352. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
353. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
354. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
355. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
356. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
357. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
358. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
359. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
360. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
364. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
365. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
366. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
367. Pr. AZIZ Noureddine*	Radiologie
368. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
369. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
370. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
371. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
372. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie

374. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
377. Pr. EL HAMZAoui Sakina	Microbiologie
378. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
379. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
380. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
381. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
382. Pr. KENDOouSSI Mohamed*	Cardiologie
383. Pr. LAARouSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
384. Pr. LYAGouBI Mohammed	Parasitologie
385. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
386. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
387. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
389. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra	Dermatologie
427 Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429 Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAoui Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMouCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448.Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique

449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra*
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad*
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 473. Pr. GHARIB Nouredine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhousain *
 482. Pr. MRANI Saad *
 483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie
 Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie

490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal*	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali*	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie

Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamyra	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. KANOUNI Lamyra	Radiothérapie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. RAISSOUNI Zakaria*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

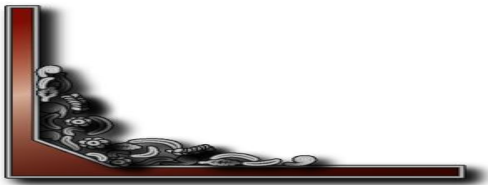
ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

1.	Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2.	Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3.	Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4.	Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5.	Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6.	Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7.	Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8.	Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9.	Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10.	Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11.	Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12.	Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13.	Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
14.	Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15.	Pr. HMAMOUCI Mohamed	Chimie Organique
16.	Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17.	Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18.	Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19.	Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20.	Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21.	Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22.	Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23.	Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

** Enseignants Militaires*



Dédicaces





A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A Ma chère mère

Aucune phrase, aucun mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le respect et l'amour que je vous porte.

Vous m'avez entouré d'une grande affection, et vous avez été toujours pour moi un grand support dans mes moments les plus difficiles.

Sans vos précieux conseils, vos prières, votre générosité et votre dévouement, je n'aurais pu surmonter le stress de ces longues années d'étude.

Vous m'avez apporté toute la tendresse et l'affection dont j'ai eu besoin. Vous avez veillé sur mon éducation avec le plus grand soin.

Vous êtes pour moi l'exemple de droiture, de lucidité et de persévérance.

A travers ce modeste travail, je vous remercie et prie dieu le tout puissant qu'il vous garde en bonne santé et vous procure une longue vie que je puisse vous combler à mon tour.

Sans vous je ne suis rien. Je vous dois tout.

A mes grands parents :

Ces quelques lignes ne sauraient exprimer toute l'affection et tout l'amour que je vous dois.

Que dieu vous préserve et vous accorde santé et prospérité.

A ma tante hajja rabiaa:

Tu n'as pas cessé de me soutenir, rassuré et de m'encourager durant ces années ...

Quoique je puisse te dire, ça ne sera jamais en mesure d'exprimer ce que tu représente pour moi.

Pour ton aide si précieuse et ta sympathie, je t'offre ce travail et j'espère qu'il saura te remercier comme il se doit.

A ma tante Najat et mon oncle Ahmed :

Pour vos encouragements et votre compréhension. Vous étiez toujours pour moi l'exemple à suivre .

A mon père, mes sœurs : Hind, Oumaima et mon petit

frère zakaria :

A travers ce travail je vous exprime tout mon amour et mon affection.

Que dieu vous protège et vous assure une bonne santé et une longue et heureuse vie.

A mes cousins et cousines :

Veillez, tous, trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance, ma gratitude et mon respect le plus profond, en réponse de votre sympathie, gentillesse, votre aide et l'aimabilité avec laquelle vous m'avez entourés.

Puisse Dieu vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie pleine de bonheur et de succès.

A tous mes amies : sarah, latifa, asmaa, khadija, meriem,

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter.

En témoignage de l'amitié qui nous uni, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Aux internes CHP idrissi de kenitra promotion 2010-2011

En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.

A tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de ce travail.

Et à tous ceux que j'ai omis de citer.



Remerciements



A notre maître el président de thèse

Monsieur Ferhati Driss

Professeur en gynécologie-obstétrique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur Berrada rachid

Professeur en gynécologie-obstétrique

Malgré vos multiples obligations, vous avez accepté d'encadrer ce travail ; nous vous en sommes profondément reconnaissants.

Vos orientations ont permis à ce travail de voir le jour ; vos remarques judicieuses ont permis de l'affiner.

Ce travail, c'est le votre ; il serait incongru de vous en remercier.

Croyez seulement à notre sincère reconnaissance pour votre gentillesse et votre disponibilité

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE

Madame le professeur Kharbache Aicha

Professeur en gynécologie- obstétrique

Nous sommes profondément touché par votre gentillesse, votre accueil et vos remarquables qualités humaines et professionnelles qui méritent toute admiration et tout respect.

Veillez accepter, l'expression de notre profond respect et notre reconnaissance.

A MON MAITRE ET juge DE THESE

Madame le professeur Khabouze Samira

Professeur en gynécologie-obstétrique

*Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de nous juger.*

*Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en
s'intéressant à ce travail.*

*Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre estime et notre sincère
reconnaissance.*

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE

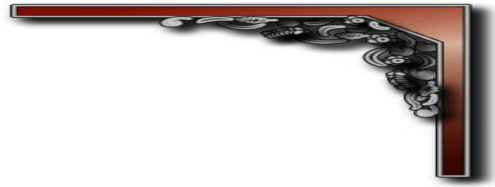
Monsieur le professeur Elhanchi Zaki

Professeur de gynécologie-obstétrique

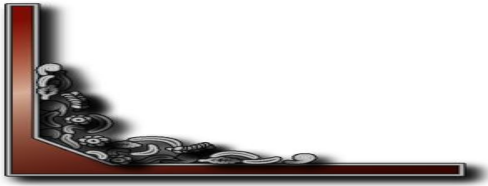
Vous avez aimablement accepté de juger notre thèse.

Nous avons pu apprécier vos qualités professionnelles et humaines.

*Veillez trouver ici cher maitre, le témoignage de notre reconnaissance
et de nos sincères remerciements*



Sommaire



Introduction	1
Matériel et méthode d'étude	3
Matériel d'étude	4
Méthodes d'étude.....	4
Résultats	5
1. Données générales.....	6
2. Age des patientes.....	7
3. Parité :.....	7
4. Le statut hormonal :.....	8
5. Motif d'hospitalisation :.....	8
6. Indication de l'hystérectomie :.....	9
7. Gestes effectués :.....	10
8. Diagnostics retenus après hystérectomie :	11
9. Geste effectué en fonction de l'âge:	12
10. Geste effectué en fonction du statut hormonal:.....	13
11. Geste effectué en fonction de la pathologie :.....	15
Discussion	17
I. Données épidémiologiques :.....	18
1- Fréquence	18
2- Age	18
3-Parité	19

4-Motif d'hospitalisation :.....	20
II. Indications.....	21
1-Les myomes utérins :.....	21
2-L'hyperplasie de l'endomètre :	22
3-L'endométriose:.....	23
4-L'adénomyose :	24
5-Les ménométorragies :.....	25
6- Les douleurs pelviennes chroniques :.....	28
7-Le prolapsus génital :.....	28
8-Cancer du col :.....	32
9- Cancer de l'endomètre :.....	35
10-Cancer de l'ovaire :.....	36
11-L'hystérectomie d'hémostase :.....	37
III. Techniques chirurgicales :.....	38
1-Types d'hystérectomie :.....	38
2-Choix entre hystérectomie totale et subtotale :.....	39
3-L'indication d'annexectomie associée :	48
a-Arguments en faveur de l'annexectomie	48
b-Arguments en faveur de la conservation ovarienne	52
4-Voie d'abord :.....	54
a-La voie basse :	54

b-La voie abdominale :	56
c-La voie coelioscopique :.....	56
IV. Complications de l’hystérectomie :	57
1-Les complications de la voie basse :.....	57
2-Complications de la voie abdominale :.....	61
3-Complications de la voie coelioscopique ;	68
V. Le retentissement de l’hystérectomie :.....	69
a-Retentissement psychologique et sexuel.....	69
b-Retentissement psychologique et psychiatrique :	69
c-Retentissement sexuel	70
d-Hystérectomie et risque de cancer du vagin :	70
e-Hystérectomie et qualité de vie	71
Conclusion	72
Résumé	74
Bibliographie	78



Introduction



Actuellement l'hystérectomie est l'intervention la plus fréquemment pratiquée en chirurgie abdomino-pelvienne. Cette chirurgie gynécologique après une longue période abdominale a bénéficié de deux grandes évolutions :

- L'apparition de la coelochirurgie qui a radicalement modifié un certain nombre de procédures thérapeutiques.
- La reconnaissance de la voie vaginale. Elle fait actuellement l'objet d'un regain d'intérêt. En effet, chaque fois qu'elle est possible elle constitue l'approche la plus élégante pour effectuer une hystérectomie totale, les bons résultats en termes de durée opératoire et de complications majeures restent soumis à l'existence d'un minimum d'accessibilité vaginale et de morbidité utérine. Cependant, la taille de l'utérus et l'existence d'une pathologie annexielle restent des difficultés pour les interventions par voie naturelle.



*Matériel et méthodes
d'étude*



Matériel d'étude

Le matériel d'étude est représenté par une série rétrospective de 2158 hystérectomies réalisées dans le service de Gynécologie Obstétrique et Endoscopie Gynécologique (Ex service M1); Maternité Souissi du Centre Hospitalo-Universitaire de Rabat durant la période comprise entre 1980 et 2004.

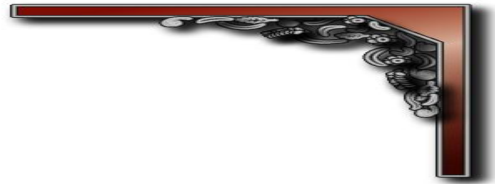
Les critères de sélection : toute patiente ayant bénéficié d'une hystérectomie quelqu' en soit la pathologie ayant motivé l'intervention.

Méthodes d'étude

Dans un premier temps, nous avons recueilli toutes les données épidémiologiques et cliniques de nos patientes, ainsi que le diagnostic retenu à l'admission motivant l'hystérectomie.

Dans un deuxième temps, nous avons étudié les différents types d'hystérectomies réalisées que nous avons confronté aux données cliniques et épidémiologiques de nos patientes.

Pour le recueil des données nous avons établi une fiche d'exploitation qu'on a saisie sur un tableau d'Excel.



Résultats

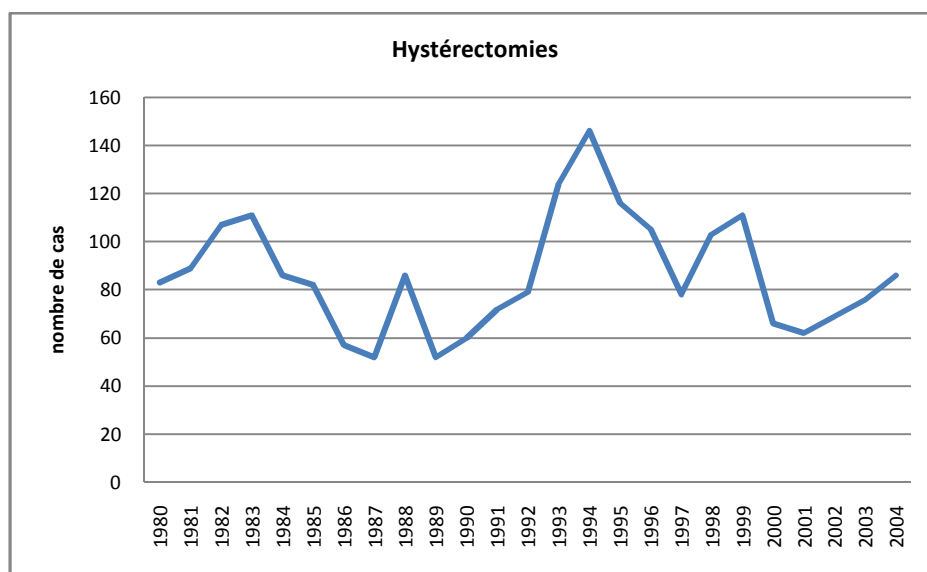


1. Données générales

Durant les trente dernières années, 3097 hystérectomies ont été réalisées dans le service de Gynécologie Obstétrique et Endoscopie Gynécologique (Ex service M1).

Pour des raisons techniques d'archivage et d'informatisation des dossiers, notre étude a concerné uniquement la période 1980 – 2004.

Graphique n° 1: nombre d'hystérectomie en fonction des années

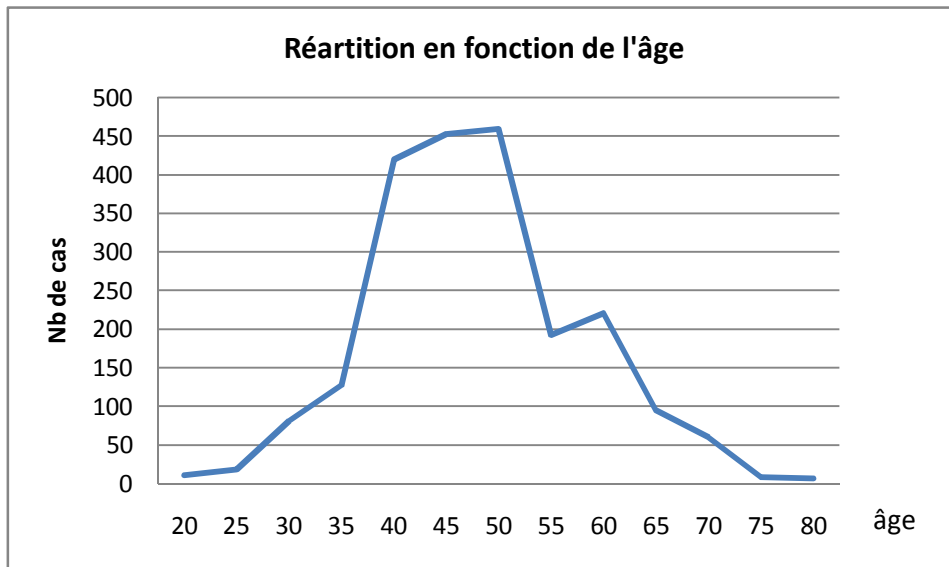


Durant cette période 2158 patientes ont bénéficié d'une hystérectomie, le nombre annuel fluctue entre 52 et 177, soit une moyenne de $86,32 \pm 23,99$ hystérectomie par année.

2. Age des patientes

L'âge moyen de nos patientes est de $46,65 \pm 10,09$ ans avec des extrêmes de 16 à 80 ans. Le maximum de cas est situé dans la tranche d'âge entre 46-50 ans.

Graphique n° 2: répartition des hystérectomies en fonction de l'âge



3. Parité :

La parité de nos patientes fluctue entre 0 et 14 avec une moyenne de $4,29 \pm 3,31$. Plus de 18% étaient des nullipares.

Tableau n° 1: nombre d'hystérectomie en fonction de la parité

Parité	Nombre de cas	Pourcentage
Nullipares	398	18,44%
Paucipares (1 et 2)	360	16,68%
Multipares (3 à 7)	997	46,20%
Grandes multipares (> 7)	403	18,68%

4. Le statut hormonal :

Dans notre série 1441 femmes étaient en période d'activité génitale contre 717 femmes ménopausées soit un pourcentage de 33,22 %.

Parmi les 717 cas de femmes ménopausées l'âge moyen de survenue de ménopause était de 58 ans.

Tableau 2: nombre de cas en fonction du statut hormonal

ménopause	Nombre de cas	Pourcentage
NON	1441	66,77%
OUI	717	33,23%
Total	2158	100,00%

L'âge moyen des femmes non ménopausées ayant fait l'objet d'une hystérectomie est de $42,65 \pm 6,36$ ans, celui des femmes ménopausées est de $58,35 \pm 6,98$ ans.

Pour les femmes ménopausées, l'âge de survenue de la ménopause est $48,17 \pm 2,47$ ans avec des extrêmes de 35 et 59 ans.

5. Motif d'hospitalisation :

Les motifs d'hospitalisation sont nombreux. Les associations des symptômes sont fréquentes. Nous n'avons retenu que le maître symptôme.

Tableau n° 3 : nombre de cas en fonction de la symptomatologie

Motif d'hospitalisation	Nombre de cas	Pourcentage
Métrorragies	1386	64,19%
Masse pelvienne	345	15,99%
Prolapsus	267	12,37%
Douleur pelvienne	124	5,75%
Aménorrhée	9	0,42%
Dysplasie du col	7	0,32%
Autres signes	20	0,93%
Total	2158	100,00%

Parmi les 2158 cas étudiées, 1386 étaient hospitalisées pour des métrorragies, 345 pour masse abdomino-pelvienne, 124 pour des douleurs pelviennes.

6. Indication de l'hystérectomie :

Tableau n° 4 : nombre d'hystérectomie en fonction de l'indication

Diagnostic retenu	Nombre de cas	Pourcentage
Utérus myomateux	838	38,83%
Cancer du col utérin	302	13,99%
Prolapsus génital	279	12,93%
Tumeur de l'ovaire	279	12,93%
Hyperplasie de l'endomètre	112	5,19%
Adénomyose	108	5,00%
Cancer du corps utérin	89	4,13%
Maladie trophoblastique	70	3,24%
Dysplasie du col utérin	68	3,15%
Divers	13	0,60%
Total	2158	100,00%

Dans notre série les indications de l'hystérectomie sont dominées par les utérus myomateux : 838 cas soit un pourcentage de 38,83%, le prolapsus génital : 279 cas soit un pourcentage de 12,93% et le cancer de l'ovaire : 279 cas soit un pourcentage de 12,93%.

7. Gestes effectués :

Tableau n° 5 : répartition en fonction du geste effectué

Geste effectué	nombre de cas	Pourcentage
Hystérectomie subtotale	80	3,71%
Hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale	60	2,78%
Hystérectomie totale	682	31,60%
Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale	940	43,56%
Hystérectomie totale élargie "Wertheim"	396	18,35%
Total	2158	100,00%

Parmi les 2158 hystérectomies effectuées durant la période étudiée ,1622 patientes ont bénéficié d'une hystérectomie totale, 140 patientes d'hystérectomie subtotale et 396 patientes ont bénéficié d'un Wertheim. Le pourcentage de femmes chez qui une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale était faite est de 43,56% cependant ceux chez qui une hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale était de 2,78%.

Tableau n° 6: nombre d'hystérectomies avec ou sans annexectomie

Hystérectomie	Sans annexectomie	Avec annexectomie	Total
Subtotale	80 (57,14%)	60 (42,86%)	140
Totale	682 (42,05%)	940 (57,95%)	1622
Totale élargie	--	396 (100,00%)	396
Total général	762 (35,31%)	1396 (64,69%)	2158

Parmi les 2158 hystérectomies, 762 (35%) ont conservé leurs annexes, et 1396 (65%) ont eu une annexectomie pour la quasi totalité bilatérale.

8. Diagnostics retenus après hystérectomie :

Tableau n° 7 : répartition de cas en fonction du diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Nombre de cas	%
Utérus myomateux	838	38,83%
Cancer du col utérin	302	13,99%
Prolapsus génital	279	12,93%
TM de l'ovaire	164	7,60%
TB de l'ovaire	115	5,33%
Hyperplasie de l'endomètre	112	5,19%
Adénomyose	108	5,00%
Cancer du corps utérin	72	3,34%
Dysplasie du col	68	3,15%
Môle hydatiforme	40	1,85%
Choriocarcinome	30	1,39%
Sarcome du Corps utérin	17	0,79%
Autre pathologie	13	0,60%
Total	2158	100,00%

Dans notre série le diagnostic retenu après hystérectomie était dominé par les utérus myomateux qui représentait 38,83%, le cancer du col utérin avec un pourcentage de 13,99%, le prolapsus génital avec un pourcentage de 12,93%, un nombre minime a été représenter par : mole hydatiforme, choriocarcinome et sarcome du corps utérin dont le pourcentage n'excédant pas 2% pour chacune d'entre elles.

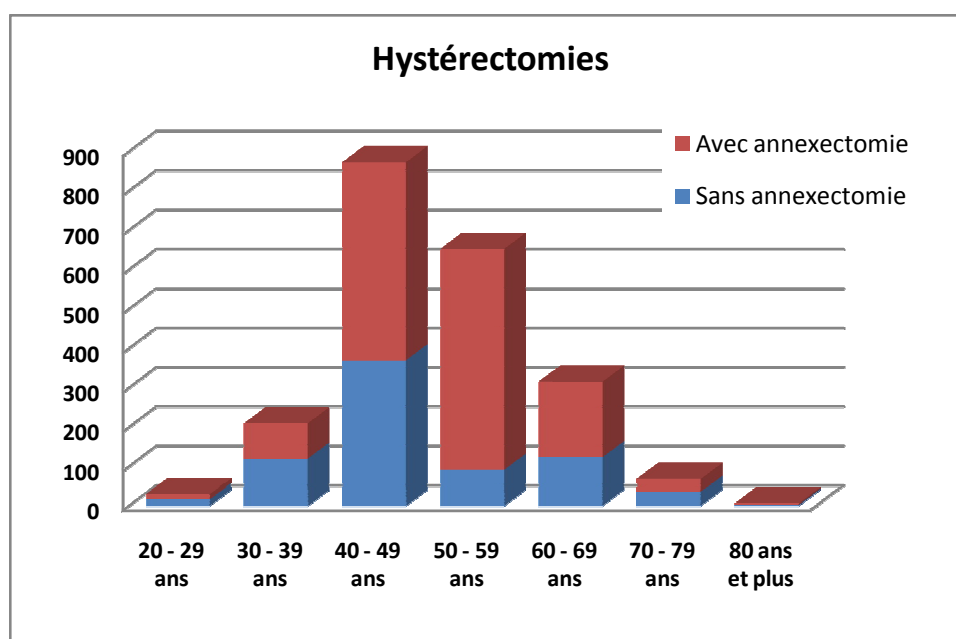
9. Geste effectué en fonction de l'âge:

Tableau n° 8 : répartition des gestes effectués en fonction de l'âge

Tranches d'âges	Hystérectomie			Total
	Subtotale	Totale	Totale élargie	
20 - 29 ans	3	22	5	30
30 - 39 ans	27	129	54	210
40 - 49 ans	75	649	149	873
50 - 59 ans	33	499	121	653
60 - 69 ans	1	256	59	316
70 - 79 ans	1	60	8	69
80 ans et plus	--	7	--	7
Total	140	1622	396	2158

L'hystérectomie a été totale chez 1622 patientes, subtotale chez 140 patientes et totale élargie chez 396 patientes. Au delà de 40 ans le maximum de cas d'hystérectomie totale a été observé.

Graphique n° 3: répartition des gestes effectués en fonction de l'âge



La tranche d'âge la plus concernée par l'hystérectomie se situe essentiellement entre 40 et 60 ans.

10. Geste effectué en fonction du statut hormonal:

Tableau n° 9 : répartition des gestes effectuées en fonction du statut hormonal

Hystérectomie	Non ménopausée		Ménopausée		Total général
Subtotale	126	(9%)	14	(2%)	140
Totale	1058	(73%)	564	(79%)	1622
Totale élargie	257	(18%)	139	(19%)	396
Total général	1441	(100%)	717	(100%)	2158

Parmi les 2158 femmes hystérectomisées ,1058 femmes non ménopausées ont bénéficié d'une hystérectomie totale, 257 femmes d'hystérectomie totale élargie et 126 femmes d'hystérectomie subtotale. Le pourcentage des femmes ménopausées chez qui une hystérectomie totale a été faite est de 79%, il n'est que de 2% de femmes ménopausée chez qui une hystérectomie subtotale a été faite.

Tableau n° 10 : hystérectomie avec ou sans annexectomie

Hystérectomie	Non ménopausée		Ménopausée		Total général
Sans annexectomie	529	(37%)	233	(32%)	762
Avec annexectomie	912	(63%)	484	(68%)	1396
Total général	1441	(100%)	717	(100%)	2158

L'ablation des annexes au cours de l'hystérectomie dépend à la fois de l'âge de la patiente surtout si elle est ménopausée et de la pathologie ayant motivé l'intervention.

Dans notre série, 233 patientes ménopausée n'ont pas bénéficié d'annexectomie, pour la majorité, il s'agit d'une hystérectomie pour prolapsus génital où l'annexectomie n'est pas pratiquée systématiquement. Pour les autres cas, il s'agit essentiellement de difficultés opératoires.

11. Geste effectué en fonction de la pathologie :

Les pathologies gynécologiques ayant motivé l'hystérectomie ont été classées comme suit :

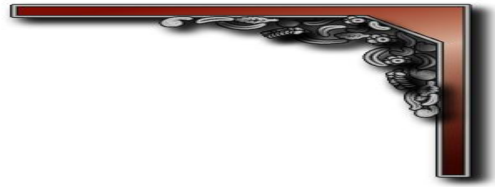
Tableau n° 11 : nombre d'hystérectomie en fonction du diagnostic final retenu

Pathologies	Nombre de cas	Pourcentage
Pathologie bénigne du Corps	1071	50%
Pathologie maligne du col	302	14%
Prolapsus	279	13%
TM Ovaire	164	8%
Pathologie maligne du corps	119	6%
TB ovaire	115	5%
Etats pré-cancéreux du col	68	3%
Môles hydatiformes	40	2%
Total	2158	100%

La majorité des hystérectomies réalisées ont été indiquée pour une pathologie bénigne du corps utérin avec un pourcentage de 50% dont 88% ont bénéficiée d'une hystérectomie totale, la pathologie maligne du col représentait 14% des indications chez qui l'hystérectomie était totale élargie. Le prolapsus génital représente 13% d'indications.

Tableau n° 12 : types d'hystérectomie en fonction de la pathologie

	Subtotale		Totale		Totale élargie		Total
Pathologie bénigne du Corps	121	(11%)	942	(88%)	8	(1%)	1071
Pathologie maligne du col					302	(100%)	302
Prolapsus			279	(100%)			279
TM Ovaire	9	(5%)	155	(95%)			164
Pathologie maligne du corps	5	(4%)	67	(56%)	47	(39%)	119
TB ovaire			29	(43%)	39	(57%)	68
Etats pré-cancéreux du col	3	(3%)	112	(97%)			115
Môles hydatiformes	2	(5%)	38	(95%)			40
Total général	140	(6%)	1622	(75%)	396	(18%)	2158



Discussion



I. Données épidémiologiques :

1- Fréquence

En France, 30 à 40.000 hystérectomies sont réalisées chaque année. Aux Etats Unis, le nombre d'hystérectomies est passé de 800.000 en 1980 à 670.000 en 1985 puis à 590.000 en 1992.

Le pourcentage de femmes hystérectomisées en France est de 5,8%, 12% en Suède, 15% en Italie, 20% en Angleterre et 37 % aux Etats-Unis.

Dans notre série nous avons colligé 2158 patientes hystérectomisées avec une moyenne de $86,32 \pm 23,99$ cas par année.

Le taux varie en fonction de la région géographique, de la race, et pour certains de la catégorie sociale et parfois du sexe du chirurgien.

Différentes études rétrospectives basées sur les résultats anatomopathologiques de la pièce opératoire démontrent un excès d'indication opératoire : 50 % de pièces opératoires ne comportent pas de lésions histologiques [1], 6 % des indications seraient inappropriées [2].

2- Age

Le critère âge ne contre indique pas l'hystérectomie, son indication dépend de la gravité de la pathologie et du choix de la patiente.

Dans notre série l'âge moyen est de 50 ans avec des extrêmes allant de 18 et 80 ans. Il rejoint celui de la littérature comme le montre le tableau suivant :

Tableau n1 : âge moyen des patientes selon les séries.

Auteurs	Nombre d'hystérectomies	Age moyen
Cravello et al. (2001) [3]	1008	50 ans
Grosdemouge et al. (2000) [4]	490	49 ans
Boukerrou et al. (2001) [5]	330	46,5 ans
Pither et al. (2007) [6]	100	50 ans
Diabate- diallo (2000) [7]	320	49 ans
Harmanli et al. (2004) [8]	88	44 ans
Dhainaut et al (2005) [9]	87	49 ans

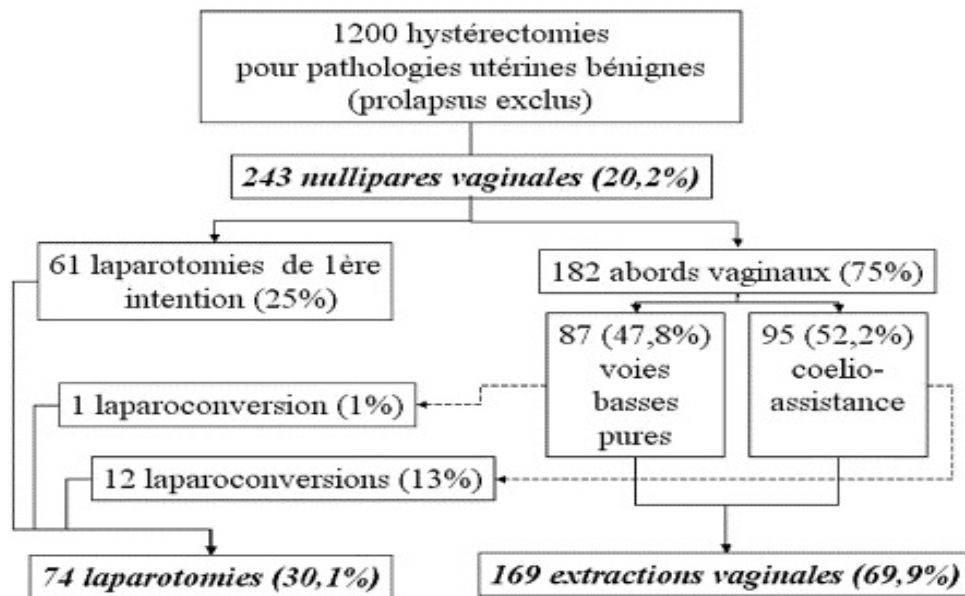
3-Parité

La parité moyenne de nos patientes est de $4,29 \pm 3,31$ avec des extrêmes entre 0 et 14. Elle varie selon les auteurs de 1 à 8.

Le facteur parité a fait l'objet de nombreuses controverses, il intervient peu dans le choix de la voie d'abord. La nulliparité à elle seule ne constitue pas une contre indication de la voie vaginale. L'abord vaginal limité chez les nullipares était souvent la justification du choix de la voie haute [10, 11, 12].

Lambaudie et al. [10] Dhainant et al. [12] ont confirmé la faisabilité en première intention de la voie vaginale dans le cadre d'hystérectomie pour lésion bénigne chez les nullipares. Lambaudie et al, ont montré qu'à morbidité préopératoire comparable, la voie vaginale paraissant réduire significativement la durée opératoire et la durée d'hospitalisation [10].

Dans une étude rétrospective faite dans un service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard entre 1995 et 2003 à propos de 1200 hystérectomies, 20% étaient pratiquées par voie basse chez des nullipares.



4-Motif d'hospitalisation :

Une étude rétrospective des hystérectomies pour pathologie bénigne en région Bretagne avait objectivée que les signes d'appels cliniques classiques sont souvent retrouvés mais deux éléments sont remarquables :

-Leur variété : signes généraux (asthénie, anémie, troubles du transit, syndrome de masse), et signes gynécologiques surtout (gros utérus myomateux ayant augmenté de volume, leucorrhées, dyspareunie, « gêne » ressentie par la patiente) ;

-Leur fréquente association, sans que les enquêteurs, dans ces cas, aient pu rélever un motif ou un diagnostic principal ayant conduit le chirurgien à proposer l'hystérectomie.

Ces résultats concordent avec ceux de notre série.

II. Indications

L'hystérectomie est l'intervention abdomino-pelvienne la plus pratiquée chez la femme après la césarienne. Ses indications sont nombreuses et diverses, dans 90% des cas, elle est indiquée pour des lésions bénignes.

-Pathologies bénignes :

- Les myomes utérins volumineux ou multiples ou compliqués.
- Les hyperplasies glandulo-kystiques, l'atrophie de l'endomètre.
- L'endométriose et l'adénomyose.
- Les méno- métrorragies résistantes à un traitement médical bien conduit.
- Les douleurs pelviennes chroniques
- Le prolapsus utérin.

-Pathologie malignes :

- Cancer du col.
- Cancer de l'endomètre.
- Cancer de l'ovaire.
- Les sarcomes utérins
- Les choriocarcinomes

-En urgence : les hystérectomies d'hémostase.

1-Les myomes utérins :

L'indication d'hystérectomie est proposée aux femmes porteuses de fibromes trop volumineux ou trop nombreux ou ne désirant plus d'enfants. Les fibromes représentent environ 70% des indications d'hystérectomie pour

pathologie bénigne dans la littérature, elle permet d'obtenir une disparition des symptômes initiaux et un index de satisfaction élevé des patientes.

Dans notre série les myomes utérins représentent 38,83% des indications d'hystérectomie.

2-L'hyperplasie de l'endomètre :

L'hystérectomie est facilement proposée aux femmes ayant une hyperplasie endométriale symptomatique résistant au traitement médical car la guérison est assurée dans tous les cas.

L'hystérectomie est le traitement de référence des hyperplasies avec atypies, compte tenu de l'histoire naturelle de ces lésions frontières de l'endomètre [13, 14]. Le traitement médical par les progestatifs ou les analogues de la LH-Rh reste cependant possible chez des femmes jeunes ayant un désir de grossesse ou en cas de contre-indication à la chirurgie [15, 16,17].

Dans une étude multicentrique Française(2006), 13 femmes ayant une hyperplasie atypique ou un adénocarcinome stade 1 ont été traitées de façon conservatrice en vue d'une grossesse, après 3 à 6 mois de progestatifs ou d'analogues de la LH-Rh, ne présentant plus de cellules atypiques ou carcinomateuses. Cette régression a permis de programmer une grossesse » [18], avec naissance d'enfant vivant dans 25% des cas, mais le nombre de récurrences a l'arrêt du traitement hormonal 37% ont justifié la réalisation d'une hystérectomie de clôture une fois la grossesse est menée à terme.

Dans notre série 112 patientes présentait une hyperplasie de l'endomètre avec un pourcentage de 5,19% d'hystérectomies.

3-L'endométriase:

Selon la société d'obstétrique et de gynécologie de Canada, l'hystérectomie est souvent indiquée dans l'endométriase en cas de symptômes sévères avec échec des autres traitements et quand il n'y a plus de désir de grossesse[19]. Lorsqu'une chirurgie radicale est proposée, il n'y a pas de réponse actuelle certaine à la question de savoir s'il faut faire une annexectomie bilatérale, une hystérectomie ou les deux. L'hystérectomie avec annexectomie est qualifiée de chirurgie définitive même si le taux de récurrence peut atteindre 10% [20, 21]. Namnoum et al. rapportent ainsi un taux de 10% de récurrence des symptômes après traitement non conservateurs. Fedele et al. trouvent 31% de récurrence des symptômes douloureux d'endométriase après hystérectomie extra-fasciale non conservatrice chez des patientes présentant toutes des lésions profondes marquées et traitées par seul en post opératoire[22]. La conservation ovarienne est associée à un risque significativement majoré de récurrence des symptômes douloureux et de réintervention. Namnoum et al [21] retrouvent un taux de récurrence douloureux de 62% en cas d'hystérectomie avec conservation ovarienne avec un risque relatif de 6,1 par rapport à une hystérectomie non conservatrice. Dans ces mêmes conditions, le risque de réintervention est multiplié par 8,1 la résection de toutes les lésions profondes dans le même temps que l'hystérectomie non conservatrice pourrait être associée à une moindre récurrence des symptômes douloureux des femmes mises sous traitement hormonal substitutif en post opératoire. Fedele et al, dans une série rétrospective historique retrouvent ainsi 31% de récurrences de douleurs d'endométriase chez les patientes ayant une hystérectomie extra-faciale non conservatrice simple contre aucune récurrence si une colpohystérectomie élargie

de type piver 2 ou 3 adaptée aux lésions d'endométriose. Deux patientes de chaque groupe ont une cystectomie partielle et aucune n'a eu de résection rectale ou sigmoïdienne. Redwine rapporte 75 cas de récurrences prouvées d'endométriose après castration. L'excision des lésions d'endométriose récidivante améliore la symptomatologie douloureuse [23].

Au total l'hystérectomie simple conservatrice expose à un risque élevé d'échec sur la douleur. La conservation ovarienne est associée à un risque significativement majoré de récurrence. Mais la place de la castration chirurgicale ne peut être précisée en l'absence de données.

4-L'adénomyose :

L'hystérectomie est réservée au cas où les solutions conservatrices ne permettent pas une diminution des symptômes chez les femmes ne désirant plus de grossesse.

Réalisée en dernière intention, elle peut être partielle, subtotale ou totale. Ce principe d'hystérectomie non totale, pratiquée surtout outre Atlantique vient du fait que l'excision du myomètre malade suffit seul à traiter la symptomatologie [24], la localisation et le degré d'extension de l'adénomyose doivent donc être définis avec précision en préopératoire par les examens d'imageries. Ces interventions se réalisent par cœlioscopie si le volume utérin le permet et peuvent être précédées d'un traitement par agonistes [25,26]. L'hystérectomie subtotale est préférée à l'hystérectomie partielle dans les cas d'adénomyose extensive ou le risque de récurrence des ménorragies et de la dysménorrhée est important. Le choix entre hystérectomie totale et subtotale dépend essentiellement de l'état du col, du cul de sac de Douglas et de la cloison recto-vaginale. L'hystérectomie subtotale est habituellement plus rapide et

moins morbide que l'hystérectomie totale lorsqu'elle est réalisée par cœlioscopie. Mais si il existe une endométriose de la cloison ou une adénomyose cervicale, une hystérectomie totale doit être pratiquée par voie vaginale, sa morbidité est moindre et les suites opératoires sont plus simple, une cœlioscopie peut précéder la chirurgie vaginale afin de s'assurer de l'absence d'endométriose péritonéale ou pour traiter les annexes. Le traitement conservateur ou radical des annexes est fonction de l'âge de la patiente, de l'existence d'une pathologie annexielle ou de lésions d'endométriose péritonéal associées. Dans ce dernier cas, l'ovariectomie bilatérale participe au traitement étiologique de la maladie en bloquant la prolifération des foyers d'endomètre ectopique.

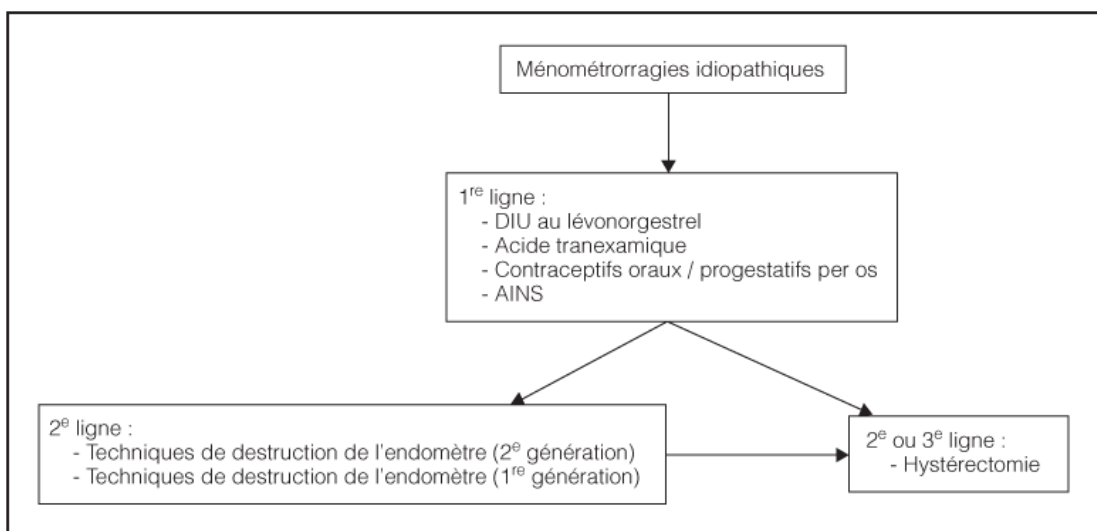
Dans notre série 108 femmes ont été hystérectomisées pour adénomyose soit un pourcentage de 5 % des hystérectomies réalisées.

5-Les ménométrorragies :

Chez les femmes sans désir de maintien des possibilités de procréation, la destruction de l'endomètre et l'hystérectomie peuvent être proposées comme traitement de deuxième ligne en cas d'échec des traitements médicamenteux, et à la place des traitements conservateurs par myomectomie. Elles présentent l'avantage d'un taux de récurrence inférieur par rapport à celui associé aux myomectomies, pour un taux de morbidités per et postopératoires comparable voire même inférieur. Le choix du traitement devrait être réalisé au cas par cas, en accord avec la patiente, après une information éclairée sur les possibilités de succès à moyen terme, les taux d'échec attendus et la morbidité associée à chaque geste thérapeutique. Dans notre série cette indication représente 64,18% des hystérectomies faites.

a-Ménométrorragies idiopathiques

L'hystérectomie est le traitement radical et irréversible des ménométrorragies idiopathiques. Comparée au traitement médical per os, la réalisation d'une hystérectomie expose à un taux plus bas de procédures chirurgicales additionnelles justifiées par l'échec du traitement initial [27]. Comparée au traitement par DIU aux progestatifs, l'hystérectomie permet un meilleur contrôle des ménométrorragies et nécessite moins de procédures de chirurgie additionnelle au cours de la première année suivant le début du traitement initial. Néanmoins, le degré de satisfaction et les scores de qualité de vie ne sont pas significativement supérieurs chez les femmes bénéficiant d'une hystérectomie par rapport à celles traitées par DIU aux progestatifs. Dans une étude comparant le traitement par DIU [28] à l'hystérectomie comme traitement de première intention, il n'y avait pas de différence à 5 ans du point de vue des symptômes et de la satisfaction des femmes [29].



b-Ménométrorragies d'étiologie organique :

-Hyperplasie de l'endomètre avec atypie cellulaire :

En raison du risque d'évolution vers un carcinome de l'endomètre, un traitement chirurgical radical (hystérectomie avec ou sans conservation des ovaires) devrait être discuté avec les femmes qui n'ont plus de projet de grossesse.

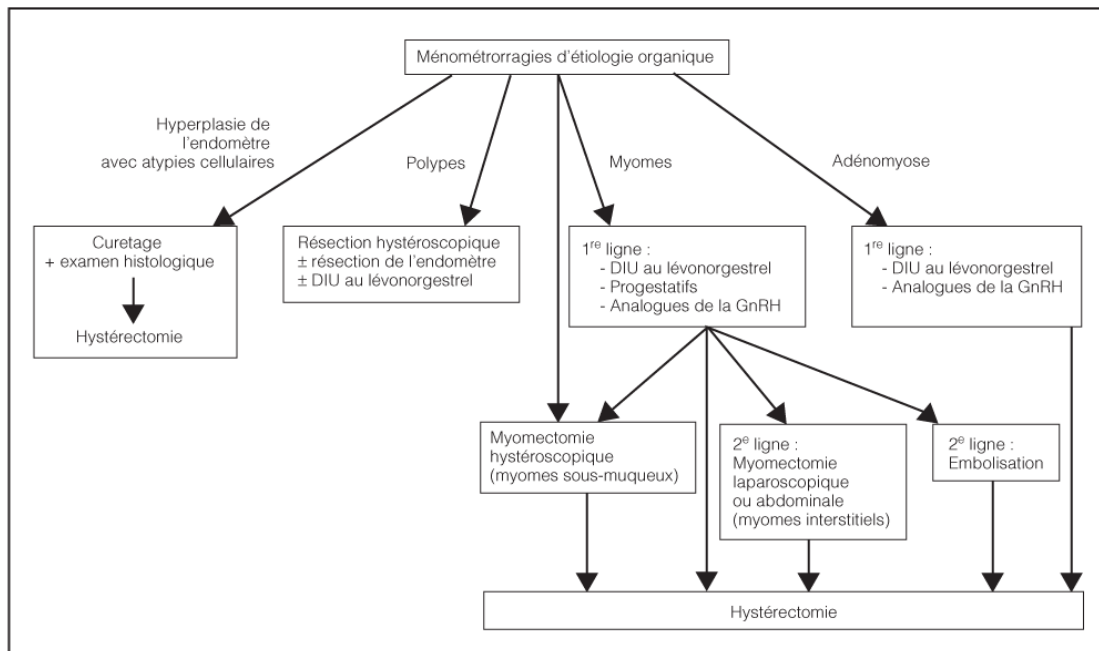
L'utilisation du DIU permet dans certains cas la régression des hyperplasies atypiques, et il pourrait être proposé à la place d'une hystérectomie chez les patientes pour lesquelles un traitement chirurgical est contre-indiqué [30] ou chez les patientes qui refusent l'hystérectomie [31].

-Myomes

Une seule étude a comparé les morbidités peropératoire et postopératoires associées respectivement à une myomectomie et à une hystérectomie. Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les morbidités globales des deux procédures.

-Adénomyose :

L'hystérectomie présente l'avantage de la meilleure efficacité aussi bien sur les dysménorrhées que sur les ménométrorragies liées à une adénomyose, au prix d'une morbidité supérieure à celle d'un traitement médicamenteux [32]. L'hystérectomie est recommandée comme traitement de deuxième intention, en cas d'échec des traitements médicamenteux ou des traitements de résection ou destruction de l'endomètre (accord professionnel). En cas de douleurs pelviennes cycliques associées aux ménorragies, l'abord laparoscopique devrait être privilégié afin de ne pas ignorer l'existence d'une endométriose pelvienne associée (accord professionnel).



6- Les douleurs pelviennes chroniques :

L'hystérectomie peut guérir 74 % des patientes. Cependant, en l'absence de lésions histologiques, le risque de voir persister les douleurs est de 38 % un an après l'hystérectomie (odds ratio : 1,9). Environ 20 % des patientes consultant pour douleurs pelviennes chroniques ont déjà subi une hystérectomie pour cette indication.

Dans notre série 124 patientes présentaient des douleurs pelviennes avec un pourcentage de 5,75% de femmes hystérectomisées.

7-Le prolapsus génital :

L'hystérectomie est un geste habituel au cours de la chirurgie du prolapsus notamment par voie vaginale. Néanmoins, cette pratique souvent « banalisée » voire systématisée est aujourd'hui contestée sur la foi, entre autres, d'arguments anatomiques et physiopathologiques: n'est-il pas illogique de débiter la réfection

d'un trouble de la statique pelvienne par un geste d'exérèse, dicté davantage par une pensée dogmatique que par de réels arguments objectifs ?

L'évolution de la chirurgie du prolapsus au cours des dernières décennies, avec entre autres la diffusion des techniques coelioscopiques et l'utilisation de renfort prothétique par voie vaginale, a relancé le débat, et la question de l'hystérectomie ou de la conservation utérine est plus que jamais d'actualité [33], prenant en compte, outre les considérations techniques, des arguments économiques et des notions de qualité de vie. Dans notre série 12,93% hystérectomies présentaient un prolapsus génital.

-Résultats fonctionnels :

Deux séries prospectives, celle de Costantini et al. [34] pour la voie haute et celle de Hefni et al. [35] pour la voie basse n'ont trouvé aucune différence sur les résultats fonctionnels selon que l'on conserve ou non l'utérus.

-Résultats urinaires

C'est l'impact urinaire qui a fait l'objet du plus grand nombre d'évaluations. L'influence de l'hystérectomie, en temps que geste isolé, reste très controversée. Si certains rapportent une augmentation du taux d'incontinence urinaire après une hystérectomie[36, 37] , d'autres contestent ces résultats[38, 39] Par ailleurs, lorsque la relation hystérectomie-incontinence urinaire est admise, des divergences apparaissent sur le type d'incontinence : pour van der Vaart[40] , sur un effectif de 1626 patientes, il existerait bien une fréquence plus élevée de l'incontinence urinaire dans le groupe hystérectomie mais cette élévation serait à mettre au crédit de l'incontinence par urgences mictionnelles et non de l'incontinence urinaire d'effort (IUE). Si l'on considère l'hystérectomie associée à la cure de prolapsus, les incertitudes sont plus grandes encore, d'autant que

d'autres gestes complémentaires, comme la cure de cystocèle ou d'incontinence urinaire d'effort, vont interférer pour leur propre compte sur les résultats fonctionnels. Il est donc impossible de produire une synthèse cohérente des données chiffrées rapportées dans la littérature. Les quelques séries comparatives sur la cure de prolapsus avec ou sans hystérectomie qui évaluent les résultats au plan fonctionnel se heurtent au parasitage des gestes urinaires très fréquemment associés et sont difficilement comparables entre elles.

-Résultats digestifs

Les résultats digestifs font majoritairement état de constipation. L'implication de la conservation ou de l'ablation utérine dans leur survenue reste probablement anecdotique tant la responsabilité des gestes associés (myorraphie, exclusion du Douglas, rectopexie) est prépondérante. Par ailleurs la population de départ, de par la pathologie initiale, sélectionne déjà des sujets à risque, et les cas de troubles de novo, en l'absence de procédures conjointes, sont peu fréquents.

-Résultats sexuels

Sous la pression des enquêtes qualité de vie, l'analyse des paramètres sexuels est devenue une étape essentielle de l'évaluation postopératoire [41]. Exception faite des erreurs ou complications techniques susceptibles de réduire la capacité « d'accueil » du conduit vaginal (et accessible à un simple examen clinique), les difficultés sexuelles postopératoires sont d'évaluation et de prise en charge plus difficiles. La sexualité humaine, et féminine en particulier, est la résultante d'une alchimie complexe, sous influence multifactorielle. L'hystérectomie n'est jamais un geste anodin en termes de sexualité y compris lorsqu'il est intégré à la prise en charge du prolapsus et ce d'autant plus qu'il s'adresse à une patiente jeune.

Les conséquences sexuelles de l'hystérectomie isolée ont fait l'objet de nombreux travaux de valeur inégale mais qui ont tous démontré l'utilité de l'entretien psychosexuel préopératoire (information loyale, justification de la décision opératoire, évaluation précise des attentes vis-à-vis de la chirurgie, prise en compte du partenaire, qualité de la sexualité préopératoire, etc.). Sous réserve du respect de cette démarche essentielle, on constate l'absence d'effet délétère, voire le bénéfice de l'hystérectomie sur le devenir sexuel [42]. A contrario, en cas de décision hâtive, mal motivée et banalisée, les préjudices psychologiques peuvent être considérables.

L'impact de la conservation cervicale sur la sexualité postopératoire reste discuté ; trois travaux récents prospectifs randomisés hystérectomie totale versus hystérectomie subtotale concluent à l'absence de différence entre les deux techniques en termes de résultats sexuels [43, 44,45]. Néanmoins des études discordantes [46] entretiennent la polémique. On peut raisonnablement admettre, sur la base de théories « balistiques », que la préservation du col utérin peut être un atout en matière de plaisir, non pas tant au plan organophysiologique qu'au plan psycho-fantasmagique. Ces controverses influencent aussi les pratiques chirurgicales par voie vaginale avec réactualisation de l'hystérectomie subtotale par voie vaginale décrite il y a près d'un siècle. Récemment Hefni et al [47] ont décrit un cas de sacro-spinofixation après hystérectomie subtotale vaginale dans le même temps opératoire : avec un recul de 3 ans, le col utérin reste correctement fixé au ligament sacro-épineux avec une profondeur vaginale mesurée à 9 cm. La fonction sexuelle est globalement améliorée et la patiente ne se plaint d'aucune dyspareunie.

Outre le risque carcinologique, la conservation utérine au cours de la chirurgie du prolapsus soulève d'autres questionnements. Sur le plan pratique on redoutera une surveillance gynécologique rendue difficile par des problèmes d'accessibilité : col situé trop haut (pexie trop « tendue ») et/ou sténosé, orientation utérine atypique, vagin rétréci (synéchies postopératoires après chirurgie vaginale chez les femmes sexuellement inactives). Pour les mêmes raisons, une hystérectomie secondaire pour lésions bénignes ou malignes peut s'avérer techniquement compliquée surtout après réparation prothétique.

Entre autres, la conservation de l'utérus et sa pexie, que ce soit par voie haute ou par voie basse, expose à un risque, difficilement chiffrable, d'allongement secondaire du col utérin. Dans une série de 535 prolapsus opérés à l'Hôtel-Dieu de Paris entre 1990 et 2001, l'allongement hypertrophique isolé du col utérin représente 3,7 % des cas [48]. Cet allongement, qui peut concerner préférentiellement une des deux lèvres cervicales, peut en imposer pour une récurrence d'hystérocèle. Il peut entraîner une gêne réelle, notamment sexuelle, et reste le plus souvent mal vécu par les patientes et par leur chirurgien. Ces allongements du col peuvent être prévenus par une amputation de principe qui expose néanmoins à certains inconvénients, au premier rang desquels une baisse de la fertilité qui contre-indique le procédé chez la femme jeune.

8-Cancer du col :

La chirurgie du cancer, c'est un principe admis depuis Halsted, doit être une chirurgie radicale : ablation, en monobloc, de l'organe sur lequel s'est développée la lésion en même temps que de ses ganglions satellites et des structures anatomiques qui rejoignent le premier aux seconds.

L'opération de Wertheim telle qu'elle a été modifiée par Meigs et ses successeurs correspond parfaitement à ces critères. Il est nécessaire, toutefois, d'aller plus loin dans les définitions et pour deux raisons : on peut traiter certains cancers invasifs par des opérations « moins que radicales » et il y a plusieurs façons de faire l'opération radicale.

Dans notre série 302 femmes présentaient un cancer du col avec un pourcentage de 13,99% de femmes hystérectomies,

La question des indications électives de la chirurgie est la plus difficile à discuter. On peut la trancher en disant que toutes les patientes opérables doivent être opérées. C'est une opinion défendable (du moins est-ce notre conviction). Mais les autres opinions doivent également être discutées.

Le jeune âge constitue bien sûr une condition qui rend la chirurgie première intéressante car la conservation ovarienne s'y trouve particulièrement opportune. La définition exacte de ce « jeune âge » prête à discussion. Un grand nombre de chirurgiens considèrent qu'à partir de 50 ans la conservation ovarienne n'a plus d'intérêt, et beaucoup estiment que cette limite peut être abaissée à 40 ans. Formés à l'école lyonnaise qui, de ce point de vue, a toujours été ultraconservatrice, nous pensons que la castration est à proscrire tant que la patiente est normalement réglée et même si elle a passé la cinquantaine.

-Cancers au stade IB

Le traitement chirurgical, dans les cancers au stade IB mesurant moins de 3 cm de diamètre, donne des résultats excellents, au moins égaux à ceux de la radiothérapie [49]. L'indication opératoire est admise par un grand nombre d'experts, surtout chez les femmes jeunes et ne présentant aucune tare médicale.

-Cancers au stade IB (stade IC) et cancers au stade IIA

Les cancers au stade IB mesurant plus de 3 cm de diamètre (stade IC selon Gusberg) et les cancers au stade IIA ont, quel que soit le traitement adopté, un pronostic moins favorable. Mais il n'y a pas de différence évidente entre les résultats de la chirurgie et ceux de la radiothérapie. La plupart des gynécologues oncologues américains acceptent l'indication opératoire dans cette variété anatomo-clinique sous condition que la « staging surgery » ait permis d'exclure une extension plus grande[50, 51].

-Cancers au stade IIB

Pour la majorité des experts les cancers au stade IIB sont une contre-indication au traitement chirurgical, et leur argumentation est bien présentée dans le travail de Bernaschek et Schaller.

L'étude de Bernaschek et Schaller porte sur une série de 134 cas de cancer du col au stade IIB, traités entre 1964 et 1976 à la deuxième clinique de l'Université de Vienne. On a opéré selon Latzko dans 78 cas et on a fait une radiothérapie dans 56 cas. L'analyse de la pièce opératoire, chez les malades opérées, a révélé que le cancer, 2 fois sur 3, était un « faux stade IIB » (stade IIA, stade IC, stade IB). Le taux des invasions ganglionnaires dans les stades IIB authentiques est de 52,96 %, et le taux des survies à 5 ans est de 17,65 %. Ces données conduisent les auteurs à préconiser la radiothérapie de préférence à la chirurgie.

Bien que la chirurgie, dans les cancers au stade IIB, donne aux chirurgiens plus de peine et de soucis, elle semble « payante ». Et l'argument concernant les discordances entre l'examen clinique et la réalité anatomique peut être très

légitimement retourné : le fait que les cancers au stade IIB ne soient finalement qu'une fois sur trois de vrais cancers au stade IIB est une incitation à opérer systématiquement.

Parmi les spécialistes qui acceptent d'opérer les stades IIB une discussion existe à propos des stades IIB « proximaux » (ou petits IIB) et « distaux » (ou gros IIB), que certains classent d'ailleurs dans le stade III.

C'est évidemment dans la deuxième catégorie que se trouve le plus grand nombre de vrais stades IIB. Mais il peut y avoir de bonnes surprises. Nous pensons donc, avec Burghardt, que les patientes atteintes d'un cancer de ce type doivent être opérées.

9- Cancer de l'endomètre :

La chirurgie est la base du traitement du cancer de l'endomètre. Elle doit être toujours réalisée en première intention si la patiente est opérable. Au minimum, l'intervention comprend une hystérectomie totale extra-fasciale avec annexectomie, Cette intervention débute par des prélèvements cytologiques péritonéaux et une exploration complète du pelvis et de la cavité abdominale. La réalisation d'une annexectomie bilatérale est systématique en raison de la fréquence des métastases ovariennes même pour des stades précoces. La lymphadénectomie pelvienne est nécessaire s'il s'agit d'une lésion de haut grade ou s'il existe une infiltration myométriale.

10-Cancer de l'ovaire :

En France 4000 nouveaux cas de cancer de l'ovaire responsable de 3000 décès sont recensés chaque année. Près de 75 des cancers sont découverts à un stade avancé (stade 3 et 4 de la FIGO) à ces stades le traitement repose sur 2 principes : une chirurgie de réduction tumorale et une chimiothérapie.

On distingue trois types de chirurgies :

-La chirurgie standard :

Elle comporte au minimum, l'hystérectomie, l'annexectomie bilatérale avec exérèse du péritoine pelvien, l'ommentectomie totale au ras de la grande courbure gastrique, l'appendicectomie, les curages pelviens et Lombok aortique associée ou non à des péritonectomie toutes simples.

-La chirurgie radicale :

Elle comporte en plus des éléments précités, l'exérèse monobloc de l'utérus, des ovaires, du péritoine pelvien et du rectosigmoïde associée ou non à des péritonectomies simples.

-La chirurgie supra-radical :

Elle associe à la chirurgie radicale, des péritonectomies étendues avec exérèse d'une pastille diaphragmatique, l'exérèse de plaques de carcinose sur la capsule hépatique avec cholécystectomie, l'exérèse monobloc de la rate et du l'omentum, et des exérèses digestives autre que le rectosigmoïde.

Dans notre série nous avons colligé 279 cas de tumeurs ovariennes, dont 7,60% d'hystérectomies sont fait pour des tumeurs malignes et 5,33% sont fait pour des tumeurs bénignes mais, vu l'âge de ces patientes souvent en pérимénopause ou en ménopause, l'hystérectomie était judicieuse.

11-L'hystérectomie d'hémostase :

Dans les pays développés, en 30 ans l'incidence a baissé de 10 fois [52]. Elle est aujourd'hui évaluée à 2/10 000 naissances [52,53]. Ses principales causes se sont modifiées. Le placenta accréta est devenu premier motif de réalisation (49 % des cas) devant l'atonie utérine (29 %) [53,54]. La prise en charge plus satisfaisante de l'atonie utérine par le traitement médical, la chirurgie ou la radiologie interventionnelle expliquent en partie ce constat. L'augmentation actuelle des taux de placenta prævia ou accreta liée à la modification de nos pratiques obstétricales (nous créons plus d'utérus cicatriciels qu'il y a 10 ans) est une autre explication [55,56]. Les indications de l'hystérectomie d'hémostase sont l'échec du traitement conservateur, le délabrement utérin majeur notamment en cas de rupture utérine, le placenta accreta étendu. Les ligatures vasculaires apparaissent discutables chez la femme plus âgée, multipares qui ne désirent plus de grossesse ou qui auraient un utérus pathologique, en l'occurrence polymyomateux. L'hystérectomie d'hémostase doit conserver une place privilégiée dans ce cas et ce d'autant que le volume de l'hémorragie sera plus important si elle doit être réalisée après échec des ligatures vasculaires [52]. Si l'hémorragie persiste après hystérectomie, la ligature bilatérale des hypogastriques peut être effectuée. En cas d'inefficacité, un tamponnement pelvien peut se concevoir avec ablation des champs à distance de l'épisode aigu (24 à 72 heures), quand les troubles de la coagulation sont

corrigés. L'ablation du col utérin n'est pas indispensable si l'origine du saignement ne provient pas du segment inférieur. Certains auteurs considèrent que l'hystérectomie subtotale est plus rapide, d'autres non [57]. De même, pour certains, l'hystérectomie subtotale serait moins morbide avec moins de plaies vésicales ou urétérales, pour d'autres, il n'y aurait pas de différence. Cependant, l'hémostase de la tranche vaginale est certainement plus efficace que celle d'un col utérin [58,59]. L'ablation du col évite tout risque de pathologie cervicale ultérieure.

III. Techniques chirurgicales :

L'hystérectomie reste encore aujourd'hui, l'intervention symbole de la chirurgie gynécologique réalisée le plus souvent chez la femme en dehors de la grossesse. Elle peut être réalisée par trois voies : vaginale, abdominale et coelioscopique.

1-Types d'hystérectomie :

Suivant l'attitude vis-à-vis des annexes, du col, on peut distinguer différents types d'hystérectomies.

-En fonction des annexes : s'il existe une conservation ovarienne, on parle d'hystérectomie « conservatrice ». En général, la conservation ovarienne est synonyme de conservation annexielle (trompes et ovaires). La conservation peut n'être qu'unilatérale. L'exérèse des annexes après ligatures des pédicules lombo-ovariens définit l'hystérectomie « non conservatrice ».

-En fonction du col : la conservation du col utérin, en sectionnant l'utérus au niveau de l'isthme utérin, caractérise l'hystérectomie « subtotale ». L'exérèse complète du corps et du col définit une hystérectomie « totale ». Elle peut se

faire par dissection intra- ou extra-fasciale du vagin. Lors de la réalisation d'une dissection extra-fasciale, une petite partie du vagin est retirée. Pour des pathologies bénignes de l'utérus, la dissection intra-fasciale est généralement préconisée. Différentes combinaisons sont possibles, on peut réaliser des hystérectomies totales ou subtotaux avec ou sans conservation annexielle et faire une dissection extra-fasciale en avant et intra-fasciale en arrière.

2-Choix entre hystérectomie totale et subtotale :

L'hystérectomie est l'une des interventions les plus pratiquées en chirurgie gynécologique. La première hystérectomie a été rapportée par Charles Clay en Angleterre, en 1843 ; il s'agissait d'une hystérectomie sub-totale par voie abdominale. Après le développement des possibilités de transfusion sanguine et la découverte de la pénicilline, l'hystérectomie totale s'est rapidement imposée comme thérapeutique de choix de la plupart des pathologies bénignes et malignes de l'utérus. En France, en 2002, parmi les 23 094 hystérectomies réalisées pour une pathologie bénigne en dehors de la grossesse, seulement 3 à 4 % sont des hystérectomies sub-totales.

Certaines situations cliniques peuvent faire préférer la réalisation d'une hystérectomie sub-totale.

La première grande indication de la conservation du col utérin concerne les cas où la totalisation exposerait la patiente à des complications potentiellement graves, en particulier sur le plan hémorragique. Une étude américaine rapporte que les difficultés opératoires représentent 68 % des indications de non totalisation [60]. Une telle situation peut être le fait soit de l'inexpérience de l'opérateur, soit des conditions locales particulièrement défavorables.

Dans le cadre du traitement des prolapsus génitaux, la conservation du col peut parfois être souhaitable. Par voie abdominale, il est clairement établi que l'hystérectomie, et surtout l'hystérectomie totale, augmentent de façon très significative le risque d'érosion vaginale en cas de promontofixation utilisant des prothèses synthétiques [61,62]. Par voie vaginale, certains auteurs pensent aussi que la conservation utérine, ou au moins celle du col utérin, limite le risque d'érosion vaginale quand on met en place une prothèse synthétique.

Enfin, certaines patientes posent d'elle-même la question de la conservation cervicale, car elles pensent que l'intégrité anatomique vaginale est un élément important pour la poursuite de leur épanouissement sexuel. Zekam *et al.* rapportent que le choix personnel de la patiente était le deuxième élément à entrer en ligne de compte dans le choix du mode opératoire. Toutefois, moins de 20 % des chirurgiens interrogés reconnaissent expliquer systématiquement les avantages et les inconvénients des deux techniques [60].

Entre 2002 et 2004, quatre études prospectives randomisées [63, 64, 65,66] et deux études prospectives observationnelles [67,68] ont été publiées, apportant des données objectives concernant les avantages et inconvénients respectifs des hystérectomies totale et sub-totale. Plusieurs de ces études concernant les conséquences des hystérectomies sur la qualité de vie et la sexualité sont rapportées par des auteurs norvégiens et suédois. Il faut savoir qu'il existe un essor considérable de la pratique des hystérectomies sub-totales dans ces pays, depuis maintenant une dizaine d'années. Au Danemark, entre 1988 et 1998, le nombre d'hystérectomies totales par voie abdominale a diminué de 38 % alors que celui des sub-totales a augmenté de 45.8 %.

- Procédure opératoire et suites immédiates :

Le premier avantage supposé de la conservation cervicale est le gain en terme de durée opératoire étant donné la simplification du geste. Ceci est surtout vrai par voie abdominale classique. Dans une étude prospective randomisée portant sur 279 femmes, Thakar *et al.* ont montré que, par voie abdominale, la durée opératoire d'une hystérectomie sub-totale est significativement plus courte que celle d'une hystérectomie totale (59 *versus* 71 minutes, $p \ll 0,001$) [63]. Ce gain de temps de l'ordre d'une dizaine de minutes a toutefois peu de conséquences pratiques.

Par voie laparoscopique, le gain de temps est moindre pour les hystérectomies sub-totales car une morcellation est alors nécessaire, et celle-ci peut durer longtemps en cas de volume utérin ou myomateux important.

Par voie vaginale, très peu de femmes sont éligibles à une procédure conservatrice du col. En effet, cette technique ne peut être réalisée que pour des utérus de très faible volume et peu larges pour lesquels une bascule postérieure est possible.

L'hystérectomie sub-totale est proposée en routine dans certaines techniques de traitement des prolapsus, et en particulier dans la promontofixation [69]. Là encore, c'est surtout l'apprentissage et l'habitude du chirurgien, ainsi que les conditions opératoires qui décideront du geste. On peut toutefois retenir quelques avantages potentiels de la conservation cervicale dans le cadre du traitement des prolapsus : éviter l'ouverture vaginale et donc diminuer le risque d'infection des prothèses synthétiques, limiter le risque d'érosion de ces prothèses (bien que ce point reste discuté) [70] et offrir un point de fixation cervico-isthmique solide.

Dans une étude de registre portant sur une série de 3 267 hystérectomies, Löfgren *et al.* ont rapporté que les infections post-opératoires étaient moins fréquentes quand une conservation du col est réalisée, sous couvert d'une antibiothérapie prophylactique. Par voie abdominale, ils ont observé 6,5 % d'infections post-opératoires après hystérectomie sub-totale contre 10 % après hystérectomie totale ($p \ll 0,05$), et 9,5 % après hystérectomie totale vaginale.

Dans une étude prospective randomisée portant sur 279 femmes Thakar *et al.* avaient également mis en évidence que la survenue d'une fièvre postopératoire était plus fréquente après hystérectomie totale qu'après hystérectomie sub-totale (19 % *versus* 6 %, $p \ll 0,001$) [63].

Concernant les complications peropératoires, Thakar *et al.* rapportent des saignements plus importants lors des hystérectomies totales par rapport aux sub-totales (420 *versus* 320 ml, $p = 0,004$). Gimbel *et al.* rapportent une fréquence plus importante de saignements dépassant 1 000 ml et d'anémie postopératoire dans les hystérectomies totales, mais sans que la différence soit significative.

La fréquence des plaies vésicales et urinaires semble comparable quel que soit le type d'hystérectomie.

La fréquence de douleurs postopératoires est comparable après hystérectomies totales et subtotaux.

Concernant la durée d'hospitalisation, les études randomisées sont contradictoires. Si Thakar *et al.* rapportent une durée d'hospitalisation plus courte après hystérectomie sub-totale (5,2 *versus* 6 jours, $p = 0,04$) [63], Showstack *et al.* ne retrouvent pas de différence significative (3,6 jours en moyenne après hystérectomie totale abdominale et 3,3 jours après sub-totale, $p = 0,14$).

La durée moyenne d'alitement (7 jours en moyenne) et d'arrêt de travail postopératoire (29 jours en moyenne) est identique quel que soit le type d'hystérectomie [64].

Enfin, d'après une étude randomisée portant sur 120 femmes, le coût total de l'intervention est comparable à 12 mois et à 24 mois (tenant compte des ré-hospitalisations) [62].

- Sexualité

De nombreuses études rapportent une amélioration de la sexualité après hystérectomie sub-totale avec augmentation de la libido, augmentation de la fréquence des rapports et de celle des orgasmes [71, 72,73].

Dans une étude prospective non randomisée, Kilkku *et al.* avaient rapporté que les résultats en terme de sexualité étaient meilleurs après hystérectomie sub-totale par rapport à l'hystérectomie totale qui semblait entraîner une diminution de la fréquence des orgasmes [62].

Zussman *et al.* avaient d'ailleurs auparavant rapporté que le col de l'utérus pouvait constituer une zone érogène chez certaines femmes [74].

Toutefois, plus récemment, plusieurs études prospectives comparatives ont apporté des données beaucoup plus objectives et concluent à une absence de différence en terme de sexualité entre l'hystérectomie totale et sub-totale.

Dans une étude prospective non randomisée, Roovers *et al.* ont montré que les problèmes de lubrification vaginale et de dysorgasmie étaient aussi fréquents après hystérectomie totale qu'après sub-totale [67]. Dans cette étude, ils rapportaient surtout que ces problèmes existaient avant la chirurgie, et qu'ils disparaissent dans 50 % des cas après l'intervention, qu'elle soit totale ou sub-totale.

Enfin, deux études prospectives randomisées portant sur plus de 300 femmes ont montré que la satisfaction sexuelle était globalement inchangée par l'intervention quel que soit le type [65,75]. La libido, la fréquence des rapports et des orgasmes, ainsi que la localisation et la qualité des orgasmes ne semblaient pas modifiés par l'intervention qu'il s'agisse d'une hystérectomie totale ou d'une sub-totale [75]. Enfin, la fréquence des dyspareunies est améliorée de la même manière par les deux types d'intervention.

Cependant, ces études ne doivent pas faire oublier que certaines femmes peuvent avoir besoin de conserver une intégrité anatomique vaginale pour pouvoir continuer à s'épanouir sur le plan sexuel [76]. Enfin, il est clairement établi que les meilleurs facteurs prédictifs d'un bon épanouissement sexuel postopératoire sont l'état général de la patiente et la qualité de la sexualité préopératoire [73, 75,76].

- Symptomatologie urinaire, troubles anorectaux et prolapsus génital

Concernant l'incontinence urinaire postopératoire, il ne semble pas non plus y avoir de différence entre l'hystérectomie sub-totale et l'hystérectomie totale.

Certaines études ont rapporté que l'hystérectomie sub-totale donnerait moins d'incontinence urinaire, mais sans que la différence soit significative [63,78], alors que d'autres ont montré un avantage potentiel de l'hystérectomie totale, toujours sans différence statistiquement significative [79,80].

Seuls Gimbel *et al.* rapportent une étude semblant montrer une différence significative au profil de l'hystérectomie totale [65]. L'amélioration de l'incontinence urinaire semble moindre dans le groupe des femmes traitées par

hystérectomie sub-totale. Toutefois, cette conclusion tranchée semble exagérée au vu de la méthodologie employée. En effet, d'une part les résultats ne portent que sur une surveillance courte (1 an), d'autre part les auteurs n'utilisent que des critères subjectifs pour évaluer l'incontinence, et enfin la différence retrouvée est à la limite de la significativité ($p = 0,043$) [65].

On peut donc conclure qu'actuellement, il ne semble pas y avoir de différence entre ces deux types d'interventions concernant l'amélioration des symptômes d'incontinence urinaire, ou leur prévention.

Les autres troubles urinaires comme la dysurie, les impériosités et la pollakiurie semblent tous s'améliorer après l'hystérectomie, quelle soit totale ou sub-totale[63,64].

Les troubles anorectaux, et en particulier la constipation et la dyschésie, ne semblent pas être améliorés par l'hystérectomie, sans qu'il existe de différence selon le type de chirurgie [65].

Le risque de prolapsus du col restant semble être très faible à court terme. En effet, deux études prospectives rapportent 1,5 à 2 % de prolapsus du col restant 12 mois après hystérectomie sub-totale, alors qu'aucun prolapsus du fond vaginal n'a été observé 12 mois après hystérectomie totale, la différence n'étant pas significative [63, 64,65]. Néanmoins, nous ne disposons d'aucune donnée comparative à long terme.

- Pathologies du col restant : saignements et cancer

Des saignements génitaux surviennent dans 5 à 20 % des cas après hystérectomie sub-totale. Après exploration clinique et paraclinique par échographie et frottis cervico-vaginaux, le seul traitement efficace consiste à

réaliser une cervicectomie. Celle-ci s'avère nécessaire après 1 à 7 % des hystérectomies sub-totales [64, 65,81].

Un des moyens de prévention à proposer consiste à réaliser une résection systématique ou une électrocoagulation endocervicale. En effet, si certains auteurs rapportent une incidence élevée (20 %) de saignement post-hystérectomie sub-totale, [65] d'autres rapportent des taux beaucoup plus bas (de l'ordre de 5 à 6 %) en associant une électrocoagulation endocervicale [63,64].

Le risque de cancer du col restant est le principal argument des défenseurs de l'hystérectomie totale systématique. Après hystérectomie sub-totale, le risque de cancer du col restant est de 0,2 à 1 % pour des patientes à risque indéterminé, c'est à dire n'ayant pas eu de frottis cervico-vaginaux de dépistage [82,83].

En revanche, le risque de cancer du col diminue à 0,05 % s'il s'agit de femmes n'ayant qu'un seul partenaire sexuel et ayant eu 3 frottis cervico-vaginaux « normaux » [84]. Le stade au moment de la découverte est un stade I dans 26 à 35 % des cas, un stade II dans 45 à 55 % des cas (dont deux tiers de stade IIb), un stade III dans 13 à 22 % des cas ou un stade IV dans 2 à 6 % des cas [83, 85,86]. La chirurgie du cancer du col restant est difficile et se complique fréquemment. Dans une étude prospective observationnelle, Barillot *et al.* ont rapporté un taux identique de récurrence locale après radiothérapie ou chirurgie, mais 10 fois plus de complications létales après chirurgie [85]. Aussi, un traitement radio-curiothérapique exclusif est actuellement recommandé [86].

La plupart des études ne retrouvent pas de diminution de survie par rapport aux femmes traitées avec un corps utérin en place [83, 85,86].

Ceci est en tout cas rapporté sans réserve dans le cadre des carcinomes épidermoïdes. Dans une étude cas-contrôle portant sur 500 patientes traitées par curiethérapie et radiothérapie pour un carcinome épidermoïde du col de l'utérus, les taux de survie à 5 ans étaient de 56 % pour les patientes ayant encore leur utérus, et de 58 % pour les patientes ayant eu une hystérectomie sub-totale [86].

En revanche, pour les adénocarcinomes, la survie à 5 ans semble moins bonne pour les patientes ayant un cancer sur col restant (33 % *versus* 61 %) [86].

Pour diminuer ce risque, il faut absolument contre indiquer la conservation cervicale chez les patientes présentant des facteurs de risque particuliers : antécédent de dysplasie cervicale ou de maladie sexuellement transmissible, traitement immunodépresseur, infection par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), partenaires multiples, rapports non protégés, pas de frottis cervico-vaginaux. On pourra éventuellement discuter l'intérêt d'un test Hybrid Capture II HPV (Human Papilloma Virus), car on sait que la fréquence du portage à HPV est de 12 % à 45 ans, et de 8 % après 60 ans [88]. Enfin, certains auteurs proposent de réaliser une électrocoagulation ou une résection de l'endocol pour limiter encore le risque [89,90]. Le délai moyen d'apparition d'un cancer sur col restant est de 21 ans (1 à 46 ans). Une surveillance prolongée est donc indispensable et seule une patiente prête à un tel suivi pourra se voir proposer une conservation cervicale. Les symptômes révélateurs sont soit un saignement vaginal (68 %), soit des leucorrhées (14 %), soit des douleurs associées à des saignements ou à des leucorrhées (08 %)[85,86].

D'un autre côté, il faut absolument contre indiquer une hystérectomie sub-totale pour les femmes ne pouvant pas être suivies régulièrement. Enfin, une

femme pour qui le risque de cancer du col importerait plus que d'éventuels inconvénients sexuels ou urinaires ne devrait pas se voir proposer une procédure sub-totale [87].

Dans notre série l'hystérectomie a été totale dans 75% des cas, Totale élargie dans 18% des cas et subtotale dans 7% des cas.

3-L'indication d'annexectomie associée :

C'est un sujet qui est toujours débattu et pour lequel aucune attitude consensuelle ne peut être dégagée. Les habitudes varient en effet d'un pays à l'autre mais aussi d'un chirurgien à l'autre dans la mesure où s'opposent des arguments pour et contre l'annexectomie à titre systématique.

a-Arguments en faveur de l'annexectomie

✓ Le risque de cancer de l'ovaire

C'est sûrement l'argument le plus important. En France, il y a environ 3 000 nouveaux cas de cancer de l'ovaire par an. Celui-ci représente ainsi 3 % des cancers féminins. L'incidence est de 14/100000 (50/100000 dans la tranche d'âge 55 à 65 ans) [91] .C'est un cancer fréquent et grave car il est presque toujours diagnostiqué à un stade avancé (70 à 80 % de diagnostic au stade III) avec un taux global de survie qui n'excède pas 30 % à 5 ans.

Si certains facteurs de risque sont bien établis (âge élevé, race blanche, ménarche précoce, nulliparité, infertilité, ménopause tardive, antécédent de cancer du sein, antécédent familial de cancer de l'ovaire), le rôle protecteur qu'assure l'hystérectomie est lui moins connu (risque relatif \times 0,5 à 0,7 pour l'hystérectomie [92]. Plusieurs mécanismes d'action ont été avancés quant à cette protection [93, 94,95]:

- diminution de la vascularisation ovarienne après section de l'artère utérine entraînant une diminution du nombre d'ovulations ;
- arrêt de l'exposition ovarienne aux carcinogènes extérieurs ;
- visualisation des ovaires lors de l'hystérectomie et ablation de tout ovaire paraissant suspect.

La théorie vasculaire est celle qui est le plus fréquemment citée dans la littérature.

Malgré cet effet protecteur, il est régulièrement observé des cancers de l'ovaire chez des femmes ayant préalablement bénéficié d'une hystérectomie.

D'importantes études concernent le cancer sur ovaire restant :

- Celles qui étudient le devenir de femmes ayant subi une hystérectomie interannexielle pour pathologie bénigne montrent que 0,3 % à 2 % des patientes développeront un cancer de l'ovaire. On peut considérer que ce taux est faible et par conséquent n'incite pas à la réalisation systématique d'une annexectomie.

- Mais les travaux étudiant les antécédents chirurgicaux de femmes atteintes de cancer de l'ovaire montrent que 4 à 15 % d'entre elles ont bénéficié au préalable d'une hystérectomie pour lésion bénigne. On ne peut alors s'empêcher de penser qu'une attitude radicale aurait pu éviter la survenue du cancer et que le rôle protecteur de l'hystérectomie n'est que relatif. Ainsi pour Grundsell [96] et Schwartz[97] l'annexectomie permettrait d'éviter plus de 10 % des cancers ovariens.

L'étude la plus importante est celle réalisée par l'équipe de Anne Loft à Copenhague portant sur toute la population féminine du pays entre 1977 et 1981[98], les femmes ont été séparées en deux groupes :

- Celles ayant eu une hystérectomie pour lésion bénigne dans la période avec conservation d'au moins un ovaire (22 135 femmes) ;
- Toutes les autres Danoises (2 554 872 femmes).

Dans le premier groupe 71 ont développé un cancer de l'ovaire (2,1 %, RR = 0,7). Dans le groupe témoin 10 659 cas ont été observés (2,7 %).

D'autre part, il est à noter que 2,4 % des femmes ayant bénéficié d'une hystérectomie ont du être réopérées de kyste ou de dystrophie ovarienne représentant ce qui est appelé le syndrome de l'ovaire restant.

Ces différentes études nous montrent que le risque relatif de développer un cancer de l'ovaire après hystérectomie multiplié par 0,7 et que cette protection est limitée dans le temps et disparaît au bout de 10 à 15 ans.

En effet une étude multicentrique du Cancer and Stéroïd Hormone Study réalisée en 1991 portant sur une cohorte importante de patientes âgées de 20 à 54 ans avait montré que la réduction du risque s'observait encore 10 ans après la chirurgie mais qu'elle disparaissait après 2 décades [95]. Pour la majorité des auteurs cette protection ne persiste pas plus de 10 ans. Il est de plus établi qu'enlever un seul ovaire ne diminue pas le risque relatif de développer un cancer ovarien.

On note un antécédent d'hystérectomie chez 3,2 à 14 % des femmes présentant un cancer de l'ovaire. Comment expliquer ceci alors qu'il est prouvé que l'hystérectomie exerce un rôle protecteur ? Cela est lié à la fréquence de

l'hystérectomie dans la population générale : 20 % des Européennes bénéficieront au cours de leur vie d'une hystérectomie pour lésion bénigne.

Le fait que le taux d'hystérectomie soit légèrement inférieur chez les femmes atteintes de cancer de l'ovaire, tend à confirmer la relative protection qu'assure l'hystérectomie vis à vis de ce cancer.

✓ **La pathologie bénigne de l'ovaire conservé (syndrome de l'ovaire restant)**

Elle est fréquente mais difficile à évaluer (3 % selon Christ) [99]. Dans 75% des cas, Celle-ci se manifeste sous forme de dystrophies ovariennes et dans 25 % sous forme de kystes fonctionnels ou organiques [100]. Cette pathologie bénigne nécessite néanmoins une réintervention dans 2 à 8 % des cas avec risque de morbidité voire de mortalité opératoire.

✓ **Les sécrétions hormonales des ovaires sont altérées après hystérectomie**

Funk Brentano avait dans étude démontré que 21 % des femmes dont les ovaires avaient été conservés présentaient des troubles climatériques et des ménopauses plus précoces [101]. Ceci a surtout été observé chez des femmes de plus de 40 ans. Les femmes plus jeunes auraient de meilleures chances de voir se pérenniser l'activité de leurs ovaires restants.

De la même manière, Oldenhave avait, en 1993, réalisé une étude cas témoins chez des femmes ayant eu une hystérectomie entre 39 et 40 ans et avait montré que la ménopause survient en moyenne à 45 ans dans le groupe opéré contre 49 ans dans le groupe témoin [102].

Ces données contredisent quelque peu l'étude de Merrell réalisée en 1992 qui avait prouvé par des dosages hormonaux que les taux restaient identiques qu'il y ait eu ou non une hystérectomie.

✓ **Le THS peut pallier simplement et de manière adéquate au déficit hormonal**

Les études portant sur la compliance au THS ont montré que l'observance est meilleure après hystérectomie. En effet le traitement se trouve facilité par l'absence de spotting, mais surtout par le fait qu'en l'absence d'utérus, il n'est plus nécessaire d'associer un progestatif. Les limites du THS reposent sur l'observance. Il semblerait néanmoins qu'elle soit légèrement meilleure chez les patientes opérées. Ainsi pour Speroff [103], l'hormonothérapie prescrite serait débutée par 31 à 89 % des femmes hystérectomisées et seulement par 21 à 61 % des femmes ayant une ménopause naturelle.

b-Arguments en faveur de la conservation ovarienne

✓ **Persistance des sécrétions hormonales**

Avant la ménopause, l'argument le plus en faveur de la conservation annexielle est évidemment le maintien de l'activité endocrine de l'ovaire. Même si un traitement hormonal substitutif peut corriger la carence oestrogénique, la non-observance de ce dernier en réduit considérablement l'utilisation. Ainsi pour 100 femmes démarrant un THS [103] : 20 l'arrêtent avant 9 mois, 10 le prennent irrégulièrement, 30 ne le commencent même pas et seules 15 le poursuivent plus de 5 ans.

Il est donc nécessaire d'accorder du temps à l'explication du THS afin d'augmenter ses chances de succès. Il doit être évoqué en préopératoire et l'utilisation postopératoire ne se fait qu'à condition d'une bonne compréhension de la part de la patiente.

L'ovaire post ménopausique n'est donc pas totalement inutile, mais il est à peu près certain qu'un traitement hormonal substitutif bien conduit a des effets identiques à long terme. Le problème posé est celui de la compliance au traitement qui est aléatoire.

Pour certains l'annexectomie pourrait avoir d'importantes répercussions psychologiques en relation avec un trouble de la perception du schéma corporel

Beaucoup de femmes n'ont pas une perception claire de la réalité anatomique et fonctionnelle des ovaires. Pour Lachowsky c'est la raison pour laquelle elles leur imputent souvent bien des maux : douleur, pesanteur... mais aussi leur féminité et leur sexualité. Il est donc impératif de les rassurer quant à leur crainte de voir leurs capacités sexuelles s'altérer.

Le risque de développer un cancer de l'ovaire chez les femmes hystérectomisées reste présent mais il est inférieur à celui observé dans la population générale.

D'autre part en l'absence de THS le risque de mortalité et de morbidité par maladie cardio-vasculaire ou ostéoporose est de loin bien supérieur au risque de cancer sur ovaire restant. Ainsi pour Randall, il faudrait réaliser 5 000 annexectomies systématiques pour éviter 2 cancers ovariens.

✓ **L'augmentation du risque opératoire et les complications liées au geste sont à prendre en compte**

Il est classiquement décrit qu'en chirurgie tout geste supplémentaire représente un risque supplémentaire. La réalisation de l'annexectomie par voie vaginale n'étant pas toujours aisée on peut alors penser que la morbidité et la mortalité de l'intervention pourraient être par conséquent plus importantes. Ceci est en contradiction avec l'étude de Sheth [104] pour qui les complications à la fois opératoires et à moyen terme sont les mêmes avec ou sans annexectomie à condition que la technique soit rigoureuse et que les opérateurs soient entraînés.

4-Voie d'abord :

a-La voie basse :

La diffusion de la technique d'hystérectomie vaginale a été une grande étape dans le développement de techniques chirurgicales de moins en moins agressives. La suppression des douleurs liées à l'ouverture de la paroi abdominale et la moindre exposition du péritoine à l'air ambiant ont très nettement réduit les douleurs et la morbidité post opératoire ainsi que la durée de séjour. Mais la généralisation de la technique se heurte encore à deux écueils : la difficulté inhérente à la chirurgie vaginale et les problèmes logistiques.

Les indications classiques de la voie vaginale [104,105]:

- Le prolapsus utérin
- Les lésions utérines bénignes :

Myome utérin inférieur à 12SA.

Hyperplasie de l'endomètre.

Adénomyose.

- Les métrorragies post ménopausiques [105].

Actuellement la voie vaginale voit ses indications s'étendre aux :

- Cancers de l'endomètre et du col [106, 107, 105]
- Myomes volumineux allant jusqu'au 20SA [108, 109, 110].

Contrairement à ce que l'on pensait avant la nulliparité n'est plus considérée comme une contre indication de la voie vaginale sous réserve d'un volume utérin ne dépassant pas l'ombilic [111, 113, 112] ceci objectivé sur une étude rétrospective sur 1604 patientes ayant une hystérectomie pour lésion bénigne sur une période de 9 ans. La voie d'abord était de première intention vaginale dans 55% des cas, coeliopréparée dans 14% et abdominale dans 31%. La nulliparité ne symbolise pas une contre indication à la voie basse, la coeliopréparation peut être utile en cas d'antécédent de chirurgie pelviennes ou de lésion annexielle.

De même l'antécédent de césarienne unique ou multiples peut augmenter les risques per-opératoires des hystérectomies vaginales sans constituer d'autant une contre indication à cette voie d'abord. Le chirurgien doit tenir compte de ces antécédents et être attentif lors de la dissection antérieure de l'espace vésico-utérin autant que moment de l'ouverture du cul de sac péritonéal antérieur.

Cependant les contre indications classiques de l'hystérectomie basse ont pu être levées grâce à l'utilisation conjointe de la cœlioscopie aux techniques de réduction du volume utérin à l'adjonction d'analogues de la LHRH.

Au total, les seules contre indications formelles à la voie basse se limitent aux cancers ovariens, les utérus très volumineux atteignant l'ombilic, les atrésies vaginales voire les patientes vierges ou présentant des lésions importantes de hanches ou de colonne empêchant l'installation pour un abord vaginal [114, 109].

b-La voie abdominale :

La voie abdominale reste conservée en cas d'un utérus polomyomateux de grande taille, d'accès vaginal limité, de pathologie annexielle, d'adhésions pelviennes.

c-La voie coelioscopique :

Indications de la voie basse coelio-assistée :

La coeliopréparation, permet de faciliter la réalisation de l'hystérectomie vaginale et d'élargir ses indications notamment :

- En cas d'antécédent de chirurgie abdominopelvienne adhésiogène [104,115].
- L'existence d'un syndrome douloureux qui justifie une exploration pelvienne.
- L'existence d'une pathologie annexielle connue ou suspect [116,104].
- Un mauvais accès vaginal [117,118].

Ainsi la coeliochirurgie favorise l'hystérectomie par voie basse en assurant une meilleure accessibilité utérine et annexielle, en libérant les éventuelles adhérences en confirmant la bénignité des lésions.

IV. Complications de l'hystérectomie :

1-Les complications de la voie basse :

a-Complications per-opératoire :

Les complications per-opératoire les plus fréquentes lors d'une hystérectomie vaginale sont les plaies vésicales et digestives [117, 104,119].

➤ Plaies viscérale :

-Plaie de vessie : elles sont très fréquentes pour la plupart des auteurs [104, 117, 115, 119,112], après une hystérectomie vaginale plus que les autres voies d'abord, ces lésions surviennent lors de la dissection vesico-vaginale ou vesico-utérine, mais sans suites fâcheuses si elles sont reconnues et traitées correctement, dans les cas contraire, elles peuvent conduire a des fistules post opératoires. C'est le repérage de la cloison supra-vaginale et sa section franche qui permet la protection de la vessie lors de l'intervention [116]. Une vessie légèrement remplie à un plan de dissection plus visible, une éventuelle plaie vésicale s'accompagne d'un écoulement caractéristique, un drainage vésical est nécessaire durant 3 à 5 jours, l'antécédent de césarienne constitue un facteur de risque de plaie vésicale lors de la voie basse sans pour autant la contre indiquer.

-Plaie de l'urètre : elle est très rare, elle complique les cures de prolapsus ou d'incontinence urinaire, sa réparation per-opératoire est possible, une plaie méconnue peut donner une fistule uretéro-vaginal dont la cure chirurgicale peut s'avérer difficile.

-Plaie de l'uretère : elle est très rares, mais toujours possible en particulier a la jonction uretéro-vésicale, lors de la ligature de l'artère utérine[114], les plaies sont exceptionnelle car après le décollement vésico-utérin, la valve

vaginal antérieur protège en permanence cette jonction, un simple pincement de l'uretère ,en per opératoire ne nécessite pas de traitement spécifique ,une lésion visible non pénétrante justifie une montée de la sonde urétérale, alors qu'une plaie de l'uretère doit être sur sonde par voie basse, la sonde est abandonnées dans la vessie et récupérée une dizaine de jours après l'intervention[104]. Plusieurs études ont démontré que ces lésions existent plus souvent lors d'une hystérectomie abdominale ou coelioscopique que d'une hystérectomie vaginale [104, 117, 119,120].

-Plaies digestives :le grêle, le sigmoïde et le rectum peuvent être atteint au cours de toute chirurgie vaginale, surtout devant la présence d'adhérences, les plaies rectales sont potentiellement plus sévères et se voient le plus souvent pendant les hystérectomie vaginale, alors que les autres segments du tube digestif peuvent être atteint lors d'hystérectomies abdominale ou coelioscopique .

➤ ***Hémorragies per-opératoire :***

Elles constituent la principale complication des hystérectomies vaginale, elles représentent en moyenne 3% dans la littérature.

Certains auteurs [121, 117,119] attestent que les complications hémorragiques per-opératoires sont plus fréquentes lors de la voies haute avec des taux variant de 0.3% à 3% pour la voie basse contre 6.7% à 7.7% pour la voie haute.

Les hémorragies peuvent avoir comme origine :

- Saignement de la tranche vaginale.
- Lâchage des ligaments cardinaux.

- Lâchage des artères utérines.
- Le saignement des pédicules utéro-ovariens.

b-Les complications post-opératoires :

➤ *La mortalité :*

Faible voire exceptionnelle après une hystérectomie quelque soit la voie d'abord [119]. Les causes du décès après hystérectomie vaginale sont dominées par les complications infectieuses [119,122], le taux de mortalité est plus élevé lors de l'hystérectomie abdominale, les causes de décès sont dominées dans ce cas par les complications thromboemboliques,

➤ *La morbidité :*

-Infectieuse : la morbidité infectieuse représente la complication la plus fréquente de l'hystérectomie vaginale dans tous les séries, l'intérêt d'une antibioprophylaxie est connu [104, 121,115]. Des études ont montrées que l'utilisation d'antibiotiques lors de l'induction anesthésique, diminue nettement l'incidence d'infections pelviennes postopératoire et ne sélectionne pas de résistances, le consensus actuel repose sur le metronidazole associé à une céphalosporine par voie parentérale.

Les principales complications infectieuses retrouvées dans la littérature sont :

- Les infections urinaires hautes 0.2% ou basses 4.5% [115]
- Abscess du douglas nécessitant un drainage par voie haute [115]
- Abscess annexiel nécessitant une annexectomie par voie haute 0.8% [104]
- Plaie rectale abscessée 0.2% [115]
- Abscess de la tranche vaginale [104]
- Fièvre inexplicquée [115,119].

-Hémorragies secondaires : si les hémorragies préopératoires sont plus importantes lors de la voie haute, les hémorragies secondaires quant à elle sont plus fréquentes lors d'hystérectomie vaginale [115,111].

Hémorragies vaginales : peuvent provenir de la tranche vaginale ou du foyer opératoire.

Hémorragies internes aigues : un état de collapsus avec une anémie aiguë, sans hémorragie extériorisée, impose un retour au bloc opératoire, une vision par cœlioscopie ou par laparotomie est nécessaire avec hémostase du vaisseau en cause et lavage péritonéal.

Hématomes : il est souvent révélé par une anémie inexplicée par des douleurs, une hyperthermie modérée, des signes de compression ou une ecchymose tardive péritonéale ou sus-pubienne, le traitement est souvent conservateur.

Dans la littérature, le pourcentage moyen des hémorragies secondaires se situe aux environs de 2.4%. La prise en charge de ces hémorragies diffère selon la gravité, du simple méchage local d'un saignement du dôme vaginal laissé pendant 24h à la reprise chirurgicale.

-Complications thrombo-emboliques :

Il peut s'agir de phlébites des membres inférieurs ou d'une embolie pulmonaire, cette dernière est exceptionnelle, ces complications sont rares après une hystérectomie vaginale, un lever précoce en post opératoire et une prophylaxie anticoagulante permettent souvent de les prévenir, la plupart des séries rapportent une incidence plus élevée après une hystérectomie abdominale, la moyenne étant de 0.4% pour hystérectomie vaginale et 1.1% pour hystérectomie abdominale [104, 115,123].

c-Complications tardives :

-Fistules vésico-vaginales : elles font suite a une plaie vésicale méconnue soit a un échec de la suture initiale ,leur traitement se fait par voie basse, haute ou mixte selon les cas [104].

-Fistules uretéro-vaginale : surviennent souvent suite à une plaie urétérale méconnue [116].

-Plicature de l'uretère qu'on traite par sonde endoscopique [104].

-Rétention urinaire ou résidu mictionnel souvent secondaire a une plicature sous-urétrale [115].

-Infection urinaire.

2-Complications de la voie abdominale :

a- Mortalité péri-opératoire

Elle est d'environ 1/1 000, Elle est le plus souvent attribuable à des accidents d'anesthésie, des complications « médicales » cardiovasculaires ou pulmonaires, des complications thromboemboliques ou des infections

Le risque est plus élevé pour certains sous-groupes :

- femmes âgées de plus de 70 à 75 ans : risque de 17,5 à 20,6/1 000.
- antécédents médicaux chargés.
- intervention sur utérus gravide : le risque passe alors de 2,9 à 3,2/1 000.
- intervention réalisée en urgence : le risque est multiplié par 3,2 par rapport à une intervention faite à froid.

b-Morbidité opératoire

Les complications peropératoires sont en fait rares et plus fréquemment retrouvées en cas de séquelles inflammatoires, infectieuses, d'endométriose ou d'antécédents chirurgicaux notamment la césarienne. La morbidité totale, opératoire et postopératoire, est évaluée à 43 % pour Dicker [124] ,38 % pour Périneau [125] et 28 % pour Chryssikopoulos [126].

c-Complications post-opératoires précoces

Les chiffres sont extrêmement variables d'une étude à l'autre reflétant la diversité des critères et des modalités d'enregistrement :

- les données sur l'infection urinaire dépendent du résultat de l'ECBU postopératoire soit prélevé systématiquement, soit chez une femme symptomatique et du résultat de l'ECBU préopératoire si celui-ci a été pratiqué.
- il n'existe aucune standardisation sur la définition des complications vasculaires et hémorragiques, des complications dites majeures ou mineures.
- la survenue des complications rapportées à l'acte chirurgical se juge sur une période postopératoire plus ou moins longue : 30, 42, 60, 90 jours.
- enfin certains événements sont considérés ou non comme morbidité.

➤ Complications infectieuses et fièvre

Elles sont les plus fréquentes.

- **Morbidité infectieuse standard :**

Elle est définie par une fièvre supérieure ou égale à 38° sans point d'appel retrouvé à deux reprises ou pendant 2 jours consécutifs excepté le premier jour postopératoire. Elle varie de 1,9 à 16,8 %.

- **Infections urinaires**

Chiffres éminemment variables selon qu'elle est symptomatique ou asymptomatique et de recherche systématique : 0,9 à 44 %. Dans près de 50 % des cas, l'infection urinaire préexiste à l'intervention.

-Les infections urinaires symptomatiques doivent être traitées. Les bactériuries asymptomatiques, probablement ascendantes, pourraient peut-être bénéficier d'une prévention et d'une cure de diurèse.

-Certains ont proposé l'utilisation d'un flash d'antiseptique urinaire à l'ablation de la sonde.

-Infections liées au foyer opératoire

- **Infection de paroi**

Doit être pris en compte tout écoulement purulent, même minime et même si la bactériologie est négative. Cet écoulement peut évoluer vers l'abcès. Le taux varie de 1,8 à 6,9 %.

- **Infection profonde pelvi-péritonéale**

Elle est plus difficile à diagnostiquer, qu'il s'agisse d'un abcès pelvien sous-ou intrapéritonéal, d'une pelvipéritonite ou d'une infiltration paramétriale. Elle reste rare de 0,5 à 4,6 %.

Des mesures prophylactiques simples peuvent être envisagées pour diminuer la morbidité infectieuse et réserver l'antibiothérapie prophylactique aux interventions à risque : terrain, difficultés opératoires, augmentation du temps opératoire. Signalons toutefois qu'une récente méta-analyse [127] chez les femmes ayant bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique objective une nette diminution du risque infectieux qui passe de 21,1 % à 9 % (infections pariétales, abcès et cellulite pelviens, abcès de la tranche vaginale, septicémie) rendant pour les auteurs nécessaire l'antibiothérapie prophylactique systématique.

➤ ***Complications hémorragiques***

- hémorragies de la tranche vaginale.
- hématome pelvien.
- hématome de paroi.

Le volume utérin n'intervient pas de façon significative dans l'importance des pertes sanguines et le nombre de transfusions [128]. Une réintervention pour complication hémorragique ou mise à plat d'un hématome reste exceptionnelle : 0,17 à 0,3 %.

➤ ***Complications thrombo-emboliques***

La chirurgie gynécologique pelvienne est une des causes reconnues de thrombo-embolisme veineux ; le risque majeur étant l'embolie pulmonaire, mortelle une fois sur trois et responsable de 40 % des décès postopératoires après chirurgie gynécologique.

La fréquence est évaluée de 0,2 à 2,5 % avec un taux d'embolie pulmonaire de 0,01 à 0,9 %.

La prévention repose sur la mobilisation et le lever précoces, la contention élastique per- et postopératoire, l'héparinothérapie de bas poids moléculaire par voie sous-cutanée administrée 2 heures avant l'intervention pendant une durée de 7 jours environ.

d-Complications post-opératoires tardives : Séquelles :

Elles posent le problème du lien de causalité avec l'intervention chirurgicale

- Troubles urinaire

L'évaluation de l'impact de l'hystérectomie abdominale sur la fonction vésico-urétrale nécessite la prise en compte de différents facteurs :

La prévalence de troubles urinaires chez une femme en bonne santé est évaluée de 8,5 à 32 %. Un interrogatoire urologique minutieux permet même de retrouver 51 % d'incontinence urinaire d'effort ou d'impériosité chez des femmes dites asymptomatiques[129]. Les études doivent donc concerner idéalement des patientes sans trouble urinaire préopératoire et non une population hétérogène dont le statut n'est pas précisé ou comporte une symptomatologie urinaire [130].

La ménopause étant responsable de troubles par carence oestrogénique, il est nécessaire d'étudier des femmes non ménopausées ayant bénéficié d'une hystérectomie conservatrice depuis plus de 4 mois ;

Enfin le traumatisme chirurgical et l'œdème local peuvent être responsables d'anomalies qui seront réversibles au 7^e jour post-opératoire.

Les différentes études répondant à ces critères permettent de conclure ainsi:

Chez les patientes antérieurement asymptomatiques, l'hystérectomie n'entraîne pas de trouble urinaire et le bilan urodynamique n'est pas modifié de façon significative.

La symptomatologie urinaire après hystérectomie chez des patientes symptomatiques pré- ménopausiques n'est pas différente d'une population témoin ayant bénéficié d'un simple curetage.

Seuls des troubles urinaires transitoires résolutifs en 3 jours à 3 mois sont plus fréquents après hystérectomie.

La fonction vésico-urétrale postopératoire est avant tout déterminée par l'état antérieur préopératoire.

Toute amélioration subjective de l'incontinence urinaire se fait par le biais de l'amélioration des conditions anatomiques après hystérectomie.

La capacité et la compliance vésicales sont diminuées sans conséquence clinique après hystérectomies extra-fasciales contrairement aux hystérectomies intra-faciales.

Ces résultats sont en accord avec la technique chirurgicale de l'hystérectomie abdominale pour lésions bénignes qui n'altère pas les éléments supportant la jonction urétrovésicale (ligaments pubo-urétraux et diaphragme pelvien) et qui ne devrait pas entraîner de neuropathie pelvienne contrairement aux résultats de l'étude prospective de Parys.

- Troubles fonctionnels intestinaux

Certaines publications rapportent une augmentation des troubles fonctionnels après hystérectomie avec en particulier apparition ou aggravation d'une constipation. Il semble que ces femmes consultent plus souvent pour constipation que la population témoin [131].

Le temps de transit colique n'est pas allongé après hystérectomie [132] sauf pour les femmes de plus de 50 ans [133].

La physiopathologie n'est pas claire : facteur psychologique, facteur hormonal avec chute de l'œstradiol et augmentation de la prolactine, anomalie du plancher pelvien ou atteinte de l'innervation parasympathique du côlon gauche et du rectum.

Une incontinence urinaire ou un prolapsus peuvent apparaître après hystérectomie. Lorsque ceux-ci surviennent dans les 2 ans après l'intervention, il est raisonnable de penser qu'ils existaient en préopératoire et qu'ils ont été négligés lors de l'intervention. La fréquence estimée du prolapsus de la voûte vaginale après hystérectomie se situe entre 0,2 et 1 %. Certains utérus, par leur volume, masquent la mobilité et la chute potentielle du fond vaginal. La meilleure prévention, dans ces cas, repose sur un examen clinique soigneux (en retenue et en poussée, à l'aide d'un spéculum bivalve), au besoin complété par un colpocystogramme. Un geste de suspension, au cours de l'hystérectomie, doit alors être réalisé. A l'inverse, il est des cas où il n'y a pas de prolapsus masqué, mais des facteurs « prédisposants » dont deux semblent jouer un rôle important :

- la dégradation des ligaments utérosacrés ;
- la profondeur du cul-de-sac de Douglas.

Malgré l'absence d'études documentées, dans de tels cas, un geste chirurgical complémentaire s'impose lors de l'hystérectomie.

- Utilisation des utéro-sacrés pour suspendre le fond vaginal :

Théoriquement la pratique d'une hystérectomie intra-fasciale conserve en arrière la connexion des utérosacrés avec le fond vaginal. Ainsi chez des patientes avec un risque de chute du dôme vaginal, une hystérectomie intra-fasciale est conseillée et les utérosacrés pourront être rapprochés et amarrés au fond vaginal.

- Oblitération du cul-de-sac de Douglas :

Un cul-de-sac de Douglas profond peut favoriser la survenue d'une élytrocèle. L'oblitération du cul-de-sac de Douglas par des bourses successives peut entraîner une coudure urétérale et ne permet pas la suspension du fond vaginal. Une véritable douglasectomie ne nous semble pas logique car elle est longue et souvent hémorragique. Aussi nous proposons de surfiler sagittalement le péritoine prérectal et le péritoine de la face postérieure du vagin. Cette manœuvre n'empêche pas de rapprocher les utérosacrés et de suspendre le dôme vaginal.

3-Complications de la voie coelioscopique ;

a-Complication per-opératoire :

- Plaies viscérales :
- Plaie de l'uretère assez fréquente
- Plaie de vessie
- Plaie du grêle

-Hémorragies pouvant nécessiter des transfusions.

-Laparoconversion.

b-Complications post-opératoire :

-Iléus post opératoires

-Morbidity infectieuse : il s'agit surtout des infections urinaires et des abcès de paroi, le pyosalpinx est une complication exceptionnelle de la coeliochirurgie [134].

-Hémorragies secondaires

- Hématome de la paroi

-Complications thrombo-emboliques : peu fréquentes.

V. Le retentissement de l'hystérectomie :

a-Retentissement psychologique et sexuel :

Le deuil de l'utérus a besoin de temps : la femme doit faire face à la disparition des règles, différemment vécue selon qu'elle a connu ou non le plaisir de la maternité. Il est fondamental en préopératoire d'évaluer l'existence chez la femme d'un mythe de l'utérus : rôle purificateur des règles, organe sexuel, siège de l'orgasme, utérus symbole de jeunesse et de féminité, et de dissiper par des explications simples et compréhensives les fantasmes liés à cette intervention et d'en expliquer les conséquences anatomiques.

Le retentissement psychosexuel de l'hystérectomie est donc difficile à apprécier car multifactoriel.

b-Retentissement psychologique et psychiatrique :

La prévalence d'un caractère dysthymique chez les femmes avant hystérectomie est élevée, or il n'existe aucun test simple et fiable pour

documenter une somatisation exagérée d'un problème psychologique sexuel ou familial. Ainsi quand l'indication opératoire repose sur des lésions peu évidentes ou pour un syndrome douloureux sans support anatomique documenté, le risque d'échec est considérable avec trois fois plus de troubles psychologiques.

Ces troubles psychiatriques peuvent se décompenser après l'intervention mais n'apparaissent qu'exceptionnellement de novo.

Contrairement aux anciennes publications rétrospectives n'étudiant pas de façon adéquate le statut préopératoire, les études prospectives avec un recul de 12 à 36 mois retrouvent une amélioration de l'état psychiatrique en cas de perturbation pré-opératoire[135], l'absence d'apparition de syndrome dépressif, une amélioration de l'humeur secondaire à l'amélioration des symptômes ayant entraîné l'hystérectomie[136].

c-Retentissement sexuel :

La fonction sexuelle tend à s'améliorer ou à rester stationnaire à 4 mois avec 80 % des femmes qui ont recouvré leur sexualité préopératoire. Certaines femmes perçoivent un orgasme différent sans effet délétère sur la satisfaction et la fréquence des rapports sexuels [135].

L'annexectomie bilatérale aurait un rôle négatif contrebalancé par le traitement hormonal substitutif. La sexualité postopératoire dépend essentiellement de l'activité préopératoire [137].

d-Hystérectomie et risque de cancer du vagin :

Le cancer du vagin représente 1 à 2 % des cancers gynécologiques. Certaines études semblaient retrouver une association entre cancer du vagin et hystérectomie antérieure pour lésion bénigne, rendant nécessaire un dépistage

régulier par frottis après l'intervention. Une étude avec groupe contrôle ne retrouve aucune relation entre les deux [138]. Le dépistage n'est donc pas plus licite chez une femme avec utérus que chez une femme sans utérus.

e-Hystérectomie et qualité de vie :

Quatre-vingt seize pour cent des femmes se déclarent satisfaites 2 à 10 ans après l'intervention et 95 % prendraient la même décision, ce d'autant que la symptomatologie était sévère et qu'elles avaient moins de 50 ans lors de l'intervention [138].

Ces conséquences psychoaffectives intimistes semblent moins fréquentes et moins importantes après une hystérectomie vaginale, en raison de l'absence de cicatrice visible et d'une reprise plus rapides des activités.

L'hystérectomie peut aussi avoir un impact sur le vécu sexuel du partenaire avec une diminution de la fréquence des rapports sexuels, une baisse de la libido pouvant aller jusqu'à l'impuissance sexuelle par peur de faire mal et par crainte de contagion[140], la majeure partie de ces complications est évitable grâce à une préparation soignée et une information approfondie avec un schéma à l'appui en pré-opératoire de la patiente et de son conjoint .



Conclusion



L'hystérectomie reste encore la plus fréquente des interventions réalisées chez la femme, elle est très efficace pour soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie.

Dans notre série ses indications sont dans la majorité des cas des pathologies bénignes concordant avec les données de la littérature.

Toute patiente requérant une hystérectomie doit se faire offrir l'approche vaginale, les taux post-opératoire de morbidité et de complications sont inférieurs à toute autre méthode.

Cependant l'indication, la voie d'abord et l'étendu de l'acte chirurgical doivent être adaptées à la pathologie.



Résumé



RESUME :

These :Les indications de l'hystérectomie à propos de 2158 cas.

Auteur : Laassouli Madiha

Mots clés : hystérectomie, indications, techniques, complications.

L'hystérectomie reste encore la plus fréquente des interventions réalisées chez la femme. Ses indications sont le plus souvent de confort.

Le matériel d'étude est représenté par une série rétrospective de 2158 hystérectomies réalisées dans le service de gynécologie obstétrique et endoscopie gynécologique de la maternité Souissi de Rabat durant la période 1980 - 2004.

2158 hystérectomies ont été réalisées durant cette période, soit une moyenne annuelle de $86,32 \pm 23,99$ hystérectomies. L'âge moyen des patientes est de $46,65 \pm 10,09$ ans, Plus de 18% étaient des nullipares, 33,23% était ménopausées. L'indication de l'hystérectomie a été dominée par les utérus myomateux 38,83% des cas, le cancer du col utérin : 13,99%. La pathologie précancéreuse représente 11% des indications.

L'hystérectomie a été totale dans 75% des cas, Totale élargie dans 18% des cas et subtotale dans 7% des cas. L'annexectomie a été réalisée dans 65% des cas.

Dans les pays occidentaux, l'ablation de l'utérus représente 5 à 37% des interventions réalisées chez la femme pour une pathologie gynécologique. Dans notre série, elle représente 31%. Dans 90 % des cas elle est indiquée pour des lésions bénignes. La voie d'abord dépend des équipes. La voie vaginale est privilégiée vu les taux de morbidité et de complications post-opératoires qui sont inférieurs aux autres voies d'abord. La conservation ou ablation des ovaires est un sujet de controverse en l'absence de consensus.

L'hystérectomie est très efficace pour soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie. Cependant l'indication, la voie d'abord et l'étendu de l'acte chirurgical doivent être adapté à la pathologie.

Summary

Thesis: The indications for hysterectomy about 2158 cases.

Author: Madiha Laassouli

Keywords: hysterectomy, indications, techniques, complications.

Hysterectomy is the procedure most frequently performed in gynecology, the indications are most often for comfort.

The study material is represented by a retrospective series of 2158 hysterectomies performed in the department of obstetrics, gynecology and gynecologic endoscopy maternity Souissi in Rabat during the period 1980 to 2004.

2158 hysterectomies were performed during this period, an average of 86.32 ± 23.99 hysterectomies. The average age of patients was 46.65 ± 10.09 years, more than 18% were nulliparous, 33.23% were postmenopausal. The indication for hysterectomy was dominated by the uterus myomateux: 38.83% cases, cancer of the cervix: 13.99%. The disease accounts for 11% of precancerous indications. Hysterectomy was total in 75% of cases, fully expanded in 18% of cases and subtotal in 7% of cases. The adnexectomy was performed in 65% of cases.

In Western countries, the removal of the uterus is 5 to 37% of interventions in women for gynecological pathology. In our series, it represents 31.90% is indicated for benign lesions. The surgical approach depends on the teams. The vaginal route is preferred given the morbidity and postoperative complications that are lower than other approaches. The retention or removal of the ovaries is a controversial issue in the absence of consensus.

Hysterectomy is very effective in relieving symptoms and improving quality of life. However, the indication, the surgical approach and extent of surgery must be tailored to the pathology.

ملخص

العنوان: مؤشرات استئصال الرحم حوالي 2158 حالة.

من طرف: مديحة العسولي

الكلمات الأساسية: استئصال الرحم-المؤشرات-التقنيات-المضاعفات.

يبقى استئصال الرحم من بين أكثر العمليات التي تخضع لها المرأة . ومن المهم الذكر أنها غالباً ما تثير دلالات تبعث بالراحة.

تتمثل مواد الدراسة من خلال سلسلة رجعية من 2158 حالة استئصال الرحم التي أجريت في قسم التوليد وأمراض النساء بالمركز الاستشفائي الجامعي السويدي بالرباط. خلال الفترة ما بين 1980 و 2004.

خلال فترة الدراسة تم تنفيذ 2158 حالة استئصال للرحم أي بمعدل سنوي $86,23 \pm 23,99$. كان متوسط عمر المرضى $10,09 \pm 46,65$ سنة وأكثر من 18% لم يسبق لهن الإنجاب في حين 33,23% كن بعد سن اليأس. مثلت إشارات الاستئصال في الغالب بالأمراض الحميدة بنسبة 57% متمثلة بورم في الرحم بنسبة 38,83% بينما 32% ممثلة بسرطان عنق الرحم. وكانت حالات استئصال الرحم كلية بنسبة 75%، كلية متسعة بنسبة 18% ونصف كلية بنسبة 7%. في حين استئصال الرحم إضافة إلى الملحقات مثلت بنسبة 65%.

في البلدان الغربية تمثل إزالة الرحم 5 إلى 37% من نسبة الأمراض النسائية. في سلسلتنا تمثل 39%. 90% من الحالات المشار إليها أجريت لأمراض حميدة. ويفضل طريق المهبل نظراً لمعدلات الاعتلال ومضاعفات ما بعد الجراحة التي هي أقل من المناهج الأخرى.

الإحتفاض أو إزالة المبيضين هي مسألة مثيرة للجدل في غياب توافق للأراء.

استئصال الرحم فعال في تخفيف الأعراض وتحسين نوعية الحياة. في حين دلالاتها وطريق الجراحة ونوعية الجراحة مرتبطة بطبيعة المرض.



Bibliographie



- [1] GRANT JM, HUSSEN LY An audit of abdominal hysterectomy over a decade in a district hospital. *Br J Obstet Gynaecol* 1984 ; 91 : 73.
- [2] BERNSTEIN S, McGLYNN EA, SIU A , et al. The appropriateness of hysterectomy. A comparison of care in seven health plans. *JAMA* 1993 ; 269 : 2398-2402.
- [3] « L’hystérectomie vaginale : à propos d’une série de 1008 interventions » L. Cravello, F. Bretelle, D. Cohen, V. Roger, J. Giuly, B. Blanc. *Gynéco obst et fertilité* 2001, vol 29, 288-294.
- [4] « Les complications de l’hystérectomie par voie vaginale sur utérus non prolabé » I. Grosdemouge, V. Bleret-Mattart, P. Von Théobald, M. Dreyfus. *Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction* 2000, vol 29, n°5, 478-484.
- [5] « Hystérectomies pour lésions bénignes : que reste-t-il à la voie abdominale ? » M. Boukerrou, E. Lambaudie, F. Nouducci, G. Crépin, M.Cosson. *Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction* 2001, vol 30, n°6, 584-589.
- [6] « Hystérectomie vaginale à Libreville : expérience sur les 100 premiers cas au centre hospitalier de Libreville » S.Pither, S.Mayi-Tsonga, M.Bayonne, N.Ogowet Igumu, M.Mounanga, L.Kouam. *Médecine d’Afrique noire*. N° 5404 ; 2007, 221-225.

- [7] « Hystérectomie pour pathologie bénigne (prolapsus exclu) »
F.Diabate-Diallo, F.
Chabanne, E.Attakpa-Ahyi, G.Body. société nationale de gynéco obst
de France.2000
- [8] « A comparison of abdominal and vaginal hysterectomy of the large
uterus »
O.H Harmanli, C.K. Gentzler, S.Byun, V.Dandolu, M.H.T Grody.
International Journal of gyn obst 87 (2004) 19-23.
- [9] « Les hystérectomies chez les patientes n'ayant jamais accouché par
voie basse.
Une étude de 243 cas » C.Dhainaut, L-J.Salomon, M.Junger,
A.Marcollet, P.Madelenat.
Gynéco obst et fertilité 33 (2005) 11-16.
- [10] « L'hystérectomie vaginale et nulliparité : indications, limites »
E.Lambaudie, B.Occelli, M.Boukerrou, G.Crepin, M.Cosson. Journal
de gynéco obst et biologie de la reproduction 2001, vol 30, n°4 p : 325-
330.
- [11] « L'antécédent de césarienne est un facteur de risque opératoire de
l'hystérectomie vaginale » M.Boukerrou, E.Lambaudie,P.Collinet,
G.Crépin ,M.Cosson . Gynéco obst et fertilité 32 (2004) 490-495.
- [12] « Les hystérectomies chez les patientes n'ayant jamais accouché par
voie basse.
Une étude de 243 cas » C.Dhainaut, L-J.Salomon, M.Junger,
A.Marcollet, P.Madelenat. Gynéco obst et fertilité 33 (2005) 11-16.

- [13] Horn LC, Schnurrbusch U, Bilek K, Hentschel B, Eienkel J. Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 348-53.
- [14] Montgomery BE, Daum GS, Dunton CJ. Endometrial hyperplasia: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2004; 59: 368-78.
- [15] Randall TC, Kurman RJ. Progestin treatment of atypical hyperplasia and well-differentiated carcinoma of the endometrium in women under age 40. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 434-40.
- [16] Lowe MP, Cooper BC, Sood AK, Davis WA, Syrop CH, Sorosky JI. Implementation of assisted reproductive technologies following conservative management of FIGO grade I endometrial adenocarcinoma and/or complex hyperplasia with atypia. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 569-72.
- [17] Jadoul P, Donnez J. Conservative treatment may be beneficial for young women with atypical endometrial hyperplasia or endometrial adenocarcinoma. *Fertil Steril* 2003; 80: 1315-24.
- [18] [Le Digabel JF, Gariel C, Catala L, Dhainaut C, Madelenat P, Descamps P. Hyperplasies atypiques et carcinomes de l'endomètre de stade I chez la femme jeune désirant une grossesse : le traitement conservateur est-il envisageable ? Résultats d'une étude multicentrique française. *Gynecol Obstet Fertil* 2006 ; 34 : 27-33.

- [19] Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G, Arneja J, Birch C, et al. Clinical Practice Gynaecology Committee and Executive Committee and Council, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical guidelines. Hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24:37-61.
- [20] Clayton RD, Hawe JA, Love JC, Wilkinson N, Garry R. Recurrent pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for endometriosis: evaluation of laparoscopic excision of residual endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:740-744.
- [21] Namnoum AB, Hickman TN, Goodman SB, Gehlbach DL, Rock JA. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. *Fertil Steril* 1995;64:898-902.
- [22] Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Borruto F, Frontino G. Tailoring radicality in demolitive surgery for deeply infiltrating endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:114-117.
- [23] Redwine DB. Endometriosis persisting after castration: clinical characteristics and results of surgical management. *Obstet Gynecol* 1994;83:405-413.
- [24] Wood C. Surgical and medical treatment of adenomyosis *Hum. Reprod. Update* 1998 ; 4 : 323-336.
- [25] Lin J., Sun C., Zhen H. Gonadotropin-releasing hormone agonist and laparoscopy in treatment of adenomyosis with infertility *Chin. Med. J. (Engl.)* 2000 ; 113 : 442-445.

- [26] Ozaki T., Takakashi K., Okada M., Korioka H., Miyazaki K. Live birth after conservative surgery for severe adenomyosis following magnetic resonance imaging and gonadotropin-releasing hormone agonist therapy *Int. J. Fertil. Womens Med.* 1999 ; 44 : 260-264.
- [27] Kuppermann M, Varner RE, Summitt RL, Jr., et al. Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning: the medicine or surgery (Ms) randomized trial. *Jama* 2004;291(12):1447-55.
- [28] Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;19(2):CD003855.
- [29] Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, et al. Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia: randomized trial 5-year follow-up. *Jama* 2004;291(12):1456-63.
- [30] Bahamondes L, Ribeiro-Huguet P, de Andrade KC, Leon-Martins O, Petta CA. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) as a therapy for endometrial hyperplasia and carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(6):580-2.
- [31] Sawin SW, Pilevsky ND, Berlin JA, Barnhart KT. Comparability of perioperative morbidity between abdominal myomectomy and hysterectomy for women with uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(6):1448-55.
- [32] Wood C. Surgical and medical treatment of adenomyosis. *Hum Reprod Update* 1998;4(4):323-36.

- [33] Diwan A., Rardin C.R., Kolhi N. Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review *Int. Urogynecol. J.* 2004 ; 15 : 286-292.
- [35] Sze E.H.M., Karram M.M. Transvaginal repair of vault prolapse: a review *Obstet. Gynecol.* 1997 ; 89 : 466-475.
- [36] Parys B.T., Woolfenden K.A., Parsons K.F. Bladder dysfunction after simple hysterectomy: urodynamic and neurological evaluation *Eur. Urol.* 1990 ; 17 : 129-133.
- [37] Brown J.S., Sawaya G., Thom D.H., Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review *Lancet* 2000 ; 356 : 535-539.
- [38] Bhattacharya S., Mollison J., Pinion S., Parkin D.E., Abramovich D.R., Terry P., et al. A comparison of bladder and ovarian function two years following hysterectomy or endometrial ablation *Br J Obstet Gynaecol* 1996 ; 103 : 898-903.
- [39] Altman D., Lopez A., Falconner C., Zetterström J. The impact of hysterectomy on lower urinary tract symptoms *Int. Urogynecol. J.* 2003; 14 : 418-423.
- [40] van der Vaart C.H., van der Bom J.G., de Leeuw J.R., Roovers J.P., Heintz A.P. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms *BJOG* 2002 ; 109 : 149-154.
- [41] Fatton B. Vie sexuelle après chirurgie du prolapsus et de l'incontinence urinaire *Sexologies* 2003 ; 44 : 35-44.

- [42] Roussis N.P., Waltrous L., Kerr A., Robertazzi R., Cabbad M.F. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical vaginal procedure *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004 ; 190 : 1427-1428.
- [43] Thakar R., Ayers S., Clarkson P., Stanton S., Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy *N. Engl. J. Med.* 2002 ; 347 : 1318-1325.
- [44] Roovers J.P.W.R., van der Bom J.G., van der Vaart C.H., Heintz A.P. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy *BMJ* 2003 ; 327 : 774-778.
- [45] Zobbe V., Gimbl H., Andersen B.M., Filtenborg T., Jakobsen K., Sorensen H.C., et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2004 ; 83 : 191-196.
- [46] Saini J., Kuczynski E., Gretz H.F., Sills E.S. Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function : *BMC Women's Health* (2002).
- [47] Hefni M., El-Toukhy T. Vaginal subtotal hysterectomy and sacrospinous colpopexy: and option in the management of uterine prolapse *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000 ; 183 : 494-495.
- [48] Deval B., Heitz D., Darai E., Paniel B., Truc J.B., Levardon M., et al. Chirurgie de l'allongement du col utérin. Étude rétrospective : à propos de 20 cas *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 2002 ; 31 : 343-351.

- [49] PIVER MS, MARCHETTI D, PATTON T, HALPERN J, BLUMENSON L, DRISCOLL D Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy versus radiation therapy for small (< ou = 3 cm) Stage IB cervical carcinoma. *Am. J. Clin. Oncol.* 1988 ; 11 : 21-24.
- [50] AVERETTE HE, DUDAN RC, FORD JH Exploratory coeliotomy for surgical staging of cervical cancer. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1972 ; 113 : 1090-1906.
- [51] CREASMAN WT, SOPER JT, CLARKE-PEARSON D Radical hysterectomy as therapy for early carcinoma of the cervix. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1986 ; 155 : 964-969.
- [52] Salvat J, Schmidt MH, Guilbert M, Martino A Ligatures vasculaires en obstétrique dans les hémorragies sévères de la délivrance : revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31 : 629-639.
- [53] Zorlu CG, Turan C, Isik AZ, Danisman N, Mungan T, Gokmen O Emergency hysterectomy in modern obstetric practice. Changing clinical perspective in time. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1998 ; 77 : 186-190.
- [54] Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D Emergency peripartum hysterectomy : experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002 ; 99 : 971-975.
- [55] Langdana M, Geary W, Haw D, Keane F Peripartum hysterectomy in the 1990s : any new lessons ? *J Obstet Gynaecol* 2001 ; 21 : 121-123.

- [56] Agostini A, Mazza D, Bereder JM Intérêt du tamponnement pelvien dans les hémorragies persistantes après hystérectomie d'hémostase. *Gynecol Obstet Fertil* 2001 ; 29 : 613-615.
- [57] Lau WC, Fung HY, Rogers MS Ten years experience of caesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1997 ; 74 : 133-137
- [58] Chestnut DH, Eden RD, Gall SA, Parker RT Peripartum hysterectomy : a review of cesarean and postpartum hysterectomy. *Obstet. Gynecol.* 1985 ; 65 : 365-370.
- [59] Engelsen IB, Albrechtsen S, Iversen OE Peripartum hysterectomy incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 ; 80 : 409-412.
- [60] Zekam N, Oyelese Y, Goodwin K, Colin C, Sinai I, Queenan JT. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 301-5.
- [61] Iglesia CB, Fenner DE, Brubaker L. The use of mesh in gynecologic surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997; 8: 105-15.
- [62] Visco AG, Weidner AC, Barber MD, Myers ER, Cundiff GW, Bump RC *et al.* Vaginal mesh erosion after abdominal sacral colpopexy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 297-302.
- [63] Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002; 347: 1318-25.

- [64] Learman LA, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeeley SG, Goodman-Gruen D, Richter HE *et al.* Total or supracervical hysterectomy (TOSH) research group. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. *Obstet Gynecol* 2003; *102*: 453-62.
- [65] Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Gluud C, Tabor A. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *BJOG* 2003; *110*: 1088-98.
- [66] Showstack J, Kuppermann M, Lin F, Vittinghoff E, Varner RE, Summitt RL Jr *et al.* Resource use for total and supracervical hysterectomies: results of a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2004; *103*: 834-41.
- [67] Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; *327*: 774-8.
- [68] El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *J Obstet Gynaecol* 2004; *24*: 420-5.
- [69] Wattiez A, Canis M, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA. Promontofixation for the treatment of prolapse. *Urol Clin North Am* 2001; *28*: 151-7.
- [70] Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM *et al.* Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 2004; *104*: 805-23.

- [71] Kilkku P, Gronroos M, Hirvonen T, Rauramo L. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on libido and orgasm. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62: 147-52.
- [72] Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62: 141-5.
- [73] Helstrom L, Sorbom D, Backstrom T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 142-6.
- [74] Zussman L, Zussman S, Sunley R, Bjornson E. Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 725-9.
- [75] Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jakobsen K, Sorensen HC *et al.* Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 191-6.
- [76] Lowenstein L, Yarnitsky D, Gruenwald I, Deutsch M, Sprecher E, Gedalia U *et al.* Does hysterectomy affect genital sensation? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119: 242-5.
- [77] Helstrom L. Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994; 15: 219-29.
- [78] Iosif CS, Bekassy Z, Rydhstrom H. Prevalence of urinary incontinence in middle-aged women. *Int J Gynaecol Obstet* 1988; 26: 255-9.

- [79] Roovers JP, van der Bom JG, Huub van der Vaart C, Fousert DM, Heintz AP. Does mode of hysterectomy influence micturition and defecation? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 945-51.
- [80] Lalos O, Bjerle P. Bladder wall mechanics and micturition before and after subtotal and total hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986; 21: 143-50.
- [81] Pratt JH, Jefferies JA. The retained cervical stump. A 25-year experience. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 711-5.
- [82] Storm HH, Clemmensen IH, Manders T, Brinton LA. Supravaginal uterine amputation in Denmark 1978-1988 and risk of cancer. *Gynecol Oncol* 1992; 45: 198-201.
- [83] Hannoun-Levi JM, Peiffert D, Hoffstetter S, Luporsi E, Bey P, Pernot M. Carcinoma of the cervical stump: retrospective analysis of 77 cases. *Radiother Oncol* 1997; 43: 147-53.
- [84] Lynge E, Poll P. Incidence of cervical cancer following negative smear. A cohort study from Maribo County, Denmark. *Am J Epidemiol* 1986; 124: 345-52.
- [85] Barillot I, Horiot JC, Cuisenier J, Pigneux J, Schraub S, Rozan R *et al.* Carcinoma of the cervical stump: a review of 213 cases. *Eur J Cancer* 1993; 29A: 1231-6.
- [86] Hellstrom AC, Sigurjonson T, Pettersson F. Carcinoma of the cervical stump. The radiumhemmet series 1959-1987. Treatment and prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 152-7.

- [87] Scott JR, Sharp HT, Dodson MK, Norton PA, Warner HR. Subtotal hysterectomy in modern gynecology: a decision analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 1186-91.
- [88] Boulanger JC, Sevestre H, Bauville E, Ghighi C, Harlicot JP, Gondry J. Epidemiology of HPV infection. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32: 218-23.
- [89] Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risks and benefits. *J Reprod Med* 1993; 38: 781-90.
- [90] Kilku P, Gronroos M, Taina E, Soderstrom O. Colposcopic, cytological and histological evaluation of the cervical stump 3 years after supravaginal uterine amputation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64: 235-6.
- [91] Mc Gowan L. Ovarian Cancer after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1987; 69 : 386-9.
- [92] Ménégos F, Chérié-Challine L. Le cancer en France : incidence et mortalité. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Réseau Francim 1995.
- [93] Magnin G. Hystérectomie conservatrice avec ou sans annexectomie. Hystérectomie et annexectomie. Éditions RGO, 1993; Chapitre 3 : 18-21.
- [94] Ferrero JM, Teissier E, Namer M. Cancer épithélial des ovaires. Réunion du 21 mars 1998. Éditions Arnette 1998.

- [95] Sightler SE, Boike GM, Estape RE, Averette HE. Ovarian cancer in women with prior hysterectomy: A 14 years experience at the university of Miami. *Obstet Gynecol* 1991; 78 : 681-4.
- [96] Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Lucchini L, Mezzopane R. Hysterectomy, oophorectomy, and subsequent ovarian cancer risk. *Obstet Gynecol* 1993; 81 : 363-6.
- [97] Grundsell H, Ekman G. Some aspect of prophylactic oophorectomy and ovarian carcinome. *Ann Chir Gynaecol* 1981; 70 : 36-42.
- [98] Schwartz PE. The role of prophylactic oophorectomy in the avoidance of ovarian cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 39: 175-84.
- [99] Loft A, Lidegaard O, Tabor A. Incidence of ovarian cancer after hysterectomy, a nationwide controlled follow up. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104 : 1296-301.
- [100] Christ JE. The residual ovary syndrome. *Obstet Gynecol* 1975; 46 : 551-6.
- [101] Kazadi B, Rovira M, Laparte E, Lopez G. L'ovaire restant après hystérectomie. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1994; 89: 15-20.
- [102] Funck Brentano. Les méfaits de la conservation ovarienne -In L'ovaire restant après hystérectomie. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Fr* 1959; 11 : 82-93.
- [103] Jacobs I, Oram D. Prevention of ovarian cancer: a survey of the practice of prophylactic oophorectomy by fellows and members of the Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96 : 510-5.

- [104] «L'hystérectomie vaginale : à propos d'une série de 1008 interventions» L. Cravello, F. Bretelle, D. Cohen, V. Roger, J. Giuly, B. Blanc. Gynéco obst et fertilité 2001, vol 29, 288-294.
- [105] « Vaginal hysterctomy » Shirish S.Sheth, Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology 19, n°3 (2005) 307-332.
- [106] « Traitement des cancers limités du col utérin avec hystérectomie simple par voie basse après curiethérapie » M.Resbeut, L.Cravello, J.M Hannoun-Lévi, A.Agostini, C.Alzieu, D.Cowen. Cancer/Radiother.1998 ; 2 :266-271.
- [107] «Traitement chirurgical des adénocarcinomes de l'endomètre : voies d'abord. Revue de la littérature » E. Fondrinier, J.F Rodier, P .Morice, G.Le Bouëdec, P. Descamps, J.P Lefranc. Gynéco obst et fertilité 31 (2003) 456-464.
- [108] « Etude du morcellement utérin au cours de l'hystérectomie vaginale : à propos d'une série prospective de 216 cas » B.Deval, A.Rafii, E.Samain, M.Thouimy, M.Levardon, E.Daraï. Gynéco obst et fertilité 30 (2002) 850-855.
- [109] « L'hystérectomie vaginale a-t-elle un intérêt pour les gros utérus de plus de 500 g ? Comparaison avec la laparotomie » J. Switala, M.Cosson,D.Lanvin, D. Querleu, G.Crépin Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction 1998, vol 27,n°6, 585-592.
- [110] «Vaginal hysterectomy for the woman with a moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 grams » MD Unger, B.James. Amer journal of obstet gynecol 180, n°6, part1 (1999).

- [111] « L'hystérectomie vaginale et nulliparité : indications, limites » E.Lambaudie, B.Occelli, M.Boukerrou, G.Crepin, M.Cosson. Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction 2001, vol 30, n°4 p : 325-330.
- [112] « Les hystérectomies chez les patientes n'ayant jamais accouché par voie basse. Une étude de 243 cas » C.Dhainaut, L-J.Salomon, M.Junger, A.Marcollet, P.Madelenat. Gynéco obst et fertilité 33 (2005) 11-16.
- [113] « L'antécédent de césarienne est un facteur de risque opératoire de l'hystérectomie vaginale » M.Boukerrou, E.Lambaudie, P.Collinet, G.Crépin, M.Cosson. Gynéco obst et fertilité 32 (2004) 490-495.
- [114] [114] « La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique » J. Lansac, G. Body, G.Magnin. Editions Masson 1998.
- [115] « Les complications de l'hystérectomie par voie vaginale sur utérus non prolapsé » I. Grosdemouge, V. Bleret-Mattart, P. Von Théobald, M. Dreyfus. Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction 2000, vol 29, n°5, 478-484.
- [116] « Techniques chirurgicales en gynécologie » Denis Querleu. Editions Masson 1998.
- [117] « Hystérectomies pour lésions bénignes : que reste-t-il à la voie abdominale ? » M. Boukerrou, E. Lambaudie, F. Nouducci, G. Crépin, M.Cosson. Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction 2001, vol 30, n°6, 584-589.

- [118] « La mauvaise accessibilité vaginale : excellente indication de la coeliochirurgie pour réaliser une hystérectomie » C.Chaperon, J.B Dubuisson, Y. Ansquer, B. Fernandez. *Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction* 1997 ;26 :789-797.
- [119] « Hystérectomie pour lésions bénignes : complications per-opératoires et postopératoires précoces » E. Lambaudie, M. Boukerrou, M. Cosson, D. Querleu, G. Crépin. *Annales de chirurgie* 2000 ; 125 : 340-345.
- [120] « A comparison of abdominal and vaginal hysterectomy of the large uterus » O.H Harmanli, C.K. Gentzler, S.Byun, V.Dandolu, M.H.T Grody. *International Journal of gyn obst* 87 (2004) 19-23.
- [121] « Hystérectomies pour lésions bénignes sur utérus non prolabé : Epidémiologie et suites opératoires dans le nord de la France » P. Debodinance. *Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction* 2001, vol 30, n°2, 151-159.
- [122] « Hystérectomie vaginale : technique opératoire “Caennaise” » P. Von Theobald, Grosdemouge. *Journal de gynéco obst et biologie de la reproduction* 2002, vol 31, n°6, 589-596.
- [123] « Pregnancy after vaginal hysterectomy » P.L Nephra, S.J Loginsky. *Obstet.gynecol* 1984, vol 64, n° 5.
- [124] DICKER RC, GREENPAN JR, STRAUSS LT , et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1982 ; 144 : 841-848.
- [125] PERINEAU M, MONROZIES X, REME JM Complications des hystérectomies. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1992 ; 87 : 120-125.

- [126] CHRYSSIKOPOULOS A, LOGHIS C Indications and results of total hysterectomy. *Int Surg* 1986 ; 71 : 188-194.
- [127] MITTENDORF R, ARONSON MP, BERRY RE , et al. Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy. A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ; 169 : 1119-1124.
- [128] REITER RC, WAGNER PL, GAMBONE JC , et al. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine Leiomyomata ; a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1992 ; 79 : 481-484.
- [129] HANSEN BM, BONNESEN T, HUIDBERG JE, ELIASSEN B, NIELSENK , FRIMODT-MOLLER C Changes in symptoms and colpo-cystourethrography in 35 patients before and after total abdominal hysterectomy : a prospective study. *Urol Int* 1985 ; 40 : 224-226.
- [130] LANGER R, NEUMAN M, EL RON, GOLAN A, BUKOVSKY I, ASPI E The effect of total abdominal hysterectomy on bladder function in asymptomatic women. *Obstet Gynecol* 1989 ; 74 : 205-207.
- [131] TAYLOR T, SMITH AN, FULTON PM Effect of hysterectomy on bowel function. *Br Med J* 1989 ; 299 : 300-301.
- [132] PRIOR A, STANLEY K, SMITH AR, READ NW Effect of hysterectomy on anorectal and urethrovesical physiology. *Gut* 1992 ; 33 : 264-267.
- [133] HEATON KW, PARKERD , CRIPPS H Bowel function and irritable bowel symptoms after hysterectomy and cholecystectomy - a population based study. *Gut* 1993 ; 34 : 1108-1111.

- [134] «Pyosalpinx après hystérectomie interannexielle par voie coelioscopique. A propos de 2 cas » Y. Lengelet, R.Botchorishvili, H.Roman, M.Canis, B.Rabishong,G.Mage *Gynéco obst et fertilité* 33 (2005) 768-771.
- [135] McKEE M, WILSON P The public health aspects of hysterectomy. *J R Soc Med* 1993 ; 86 : 432-434
- [136] BORTEN-KRIVINE I. Comment faire face psychiquement à l'hystérectomie. Entretiens de Bichat. Expression Scientifique Française. Thérapeutique. 1990 ; pp 78-81.
- [137] HELSTRÖN L, LUNDBERG PO, SÖRBOM D, BÄCKSTRÖM T Sexuality after hysterectomy : a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993 ; 81 : 357-362.
- [138] HERMAN M, HOMESLEY HD, DIGNAN MB Is hysterectomy a risk factor for vaginal cancer. *JAMA* 1986 ; 256 : 601-603.
- [139] SCHOFIELD MJ, BENNETT A, REDMAN S, WALTERS WA, SANSON-FISHER RW Self reported long-term outcomes of hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991 ; 98 : 1129-1136.
- [140] « Impact de l'Hystérectomie sur le vécu sexuel » Diane Brouillette, Info sexo web. Thèse.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشرعي في جاعلا صحة مريض هدي الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

مؤشرات استئصال الرحم بصدد 2158 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: مديحة الحسولي

المزادة في: 09 أبريل 1986

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: استئصال الرحم – المؤشرات – التقنيات – المضاعفات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: ادريس فرحاتي

أستاذ في طب النساء والتوليد

مشرف

السيد: رشيد برادة

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: عائشة خرياش

أستاذة في طب النساء والتوليد

أعضاء

السيدة: سميرة خبوز

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: زكي الحنشي

أستاذ في طب النساء والتوليد