

ARTICLE ORIGINAL

HYSTERECTOMIE PAR VOIE ABDOMINALE POUR LESIONS BENIGNES
UTERO ANNEXIELLES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUKAM DE DAKARABDOMINAL HYSTERECTOMY FOR UTERINE AND OVARIAN BENIGN LESIONS
TO THE MILITARY HOSPITAL OF OUKAM IN DAKAR

KA S, DIOP B, NIANG MM, WANE Y, WILSON E, SARRE SM.

*Auteur Correspondant : Dr Sidy Ka, Institut Joliot Curie de Dakar**E-mail: sidy.ka@ucad.edu.sn***Résumé**

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer la pratique de l'hystérectomie par voie abdominale pour lésions bénignes utérines et annexielles à l'hôpital militaire de Ouakam à Dakar à travers les modalités de l'anesthésie, la technique d'abord, les incidents et accidents peropératoires et les complications postopératoires. Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive entre juillet 2004 et juillet 2010 et intéressait tous les dossiers de patientes présentant une affection utérine ou annexielle bénignes fonctionnelles ou organiques pour laquelle une hystérectomie par voie abdominale était indiquée. Toutes les patientes recevaient une antibioprophylaxie, bénéficiaient d'une hystérectomie intrafasciale et étaient alimentées au lendemain de l'intervention. Le premier pansement était effectué au cinquième jour.

Résultats : Sur une période de 72 mois nous avons effectué 130 hystérectomies abdominales pour lésions bénignes de l'utérus et des annexes. L'âge moyen des patientes était de 44 ans. On retrouvait des antécédents de laparotomie chez 10 patientes soit 7% des cas dont 07 myomectomies soit 6% des cas. Une anesthésie générale était effectuée chez 60 patientes soit 46% des patientes et 70 patientes soit 54% avaient eu une anesthésie loco régionale. La myomatose utérine représentait la principale indication (n=104) soit 80% des cas. Une transfusion sanguine a été effectuée chez 22 patientes soit 17 % des cas. L'étendue du geste était variable avec 34 hystérectomies isolées soit 26%, 34 hystérectomies avec annexectomie unilatérale soit 26% et 62 hystérectomies avec annexectomie bilatérale soit 48% des cas. On retrouvait des adhérences péritonéales chez 24 patientes soit 19 %. La durée moyenne des interventions était de 87 minutes avec des extrêmes de 35 et 185 minutes. Dans la période post-opératoire 9 patientes ont eu une transfusion sanguine soit 7%. La fréquence des nausées et vomissements post-opératoires était de 63 % soit 82 patientes. En cas d'adhesiolyse, toutes les patientes faisaient des nausées et vomissements post-opératoires. Nous avons retrouvé en période postopératoire 1 cas de plaie du grêle, 1 cas d'occlusion intestinale fonctionnelle, 1 cas de fistule vésico vaginale et 8 cas (6%) de suppurations pariétales.

Mots clés : hystérectomie abdominale, utérus, annexes, bénignes, complications.

Summary

Purpose: The aim of this study was to estimate the practice of hysterectomy by laparotomy for uterine, ovaries and fallopian tubes to the military hospital of Ouakam in Dakar through the modalities of the anesthesia, the incidents and accidents and the postoperative complications. Methods: This was a descriptive retrospective study between July 2004 and July 2010 and interested all patient records with benign uterine or ovarian functional or organic disease for which an abdominal hysterectomy was indicated. All patients were receiving antibiotic prophylaxis, underwent intrafascial hysterectomy and received meals at the first day after. The first dressing was performed on the fifth day. **Results:** On a 72-month period we performed 130 abdominal hysterectomies for benign lesions of the uterus and ovaries. The mean age of patients was 44 years. Laparotomy history is found in 10 patients (7% of cases) with 07 myomectomy 6% of cases). General anesthesia was performed in 60 patients (46% of patients) and 70 patients (54%) had had a loco regional anesthesia. The uterine myomatosis was the main indication (n = 104) or 80% of cases. A blood transfusion was performed in 22 patients (17% of the cases). The extent of the gesture was variable with isolated 34 hysterectomies (26%), 34 hysterectomies with unilateral oophorectomy (26%) and 62 hysterectomies with bilateral oophorectomy (48% of the cases). We found peritoneal adhesions in 24 patients (19%). The average duration of surgery was 87 minutes with extremes of 35 and 185 minutes. In the postoperative period 9 patients had a blood transfusion (7%). The frequency of nausea and postoperative vomiting was 63% (82 patients). In case of adhesiolysis, all patients had nausea and postoperative vomiting. In postoperative period, we found 1 case of small bowel wound, 1 case of functional intestinal obstruction, 1 case of vesicovaginal fistula and 8 cases (6%) of parietal suppuration. **Key words:** abdominal hysterectomy, uterus, ovaries, benign, complications.

INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'intervention la plus pratiquée en chirurgie gynécologique. L'hystérectomie par voie abdominale dans les lésions bénignes utérines et annexielles est de plus en plus supplantée par la voie basse et l'hystérectomie assistée par laparoscopie. Elle est presque systématique pour les gros utérus et sur terrain d'adhérences et d'endométriase. Elle entraîne une morbidité qui dépend des conditions chirurgicales, des habitudes de l'équipe, du terrain et des indications.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la pratique de l'hystérectomie par voie abdominale pour lésions bénignes utérines et annexielles à l'hôpital militaire de Ouakam à Dakar.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur 72 mois. Nous avons colligé tous les dossiers des patientes opérées à HMO entre juillet 2004 et juillet 2010 et présentant une affection utérine ou annexielle fonctionnelle ou organique pour laquelle une hystérectomie par voie abdominale était indiquée. Toutes les patientes recevaient une antibio prophylaxie suivie en période post opératoire par une administration d'antalgiques et d'antiinflammatoires. On procédait à une toilette vaginale tous les jours dès le lendemain de l'intervention après ablation de la sonde urinaire et une stimulation du transit par une alimentation précoce liquide et chaude. Le premier pansement était effectué au cinquième jour. Les paramètres étudiés étaient la fréquence de la technique, l'âge des patientes, les indications, l'incision, la présence d'adhérences, l'étendue du geste et la durée de l'intervention. Nous avons également évalué les nausées et vomissements post-opératoires, la fièvre, la reprise du transit et les complications précoces à type de fistules digestives ou urinaires, suppuration, péritonite ou occlusion intestinale et maladie thromboembolique.

RESULTATS

Sur une période de 72 mois nous avons effectué 130 hystérectomies abdominales pour lésions bénignes de l'utérus et des annexes. L'âge moyen des patientes était de 44 ans avec des extrêmes de 24 et 73 ans. Les hystérectomies représentaient 30% de la

chirurgie gynécologique à HMO. On retrouvait des antécédents de laparotomie chez 10 patientes soit 7% des cas dont 07 myomectomies soit 6% des cas. Une anesthésie générale était effectuée chez 60 patientes soit 46% des patientes et 70 patientes soit 54% avaient eu une anesthésie loco régionale. La myomatose utérine représentait la principale indication (n 104) soit 80% des cas. Une transfusion sanguine a été effectuée chez 22 patientes soit 17 % des cas. L'étendue du geste était variable avec 34 hystérectomies isolées soit 26%, 34 hystérectomies avec annexectomie unilatérale soit 26% et 62 hystérectomies avec annexectomie bilatérale soit 48% des cas. On retrouvait des adhérences péritonéales chez 24 patientes soit 19 %. Parmi celles-ci 15 avaient des adhérences de novo soit 12% des cas. La durée moyenne des interventions était de 87 minutes avec des extrêmes de 35 et 185 minutes. Dans les cas d'adhésiolyse, la durée moyenne d'intervention était de 126 mn.

Dans la période post-opératoire 9 patientes ont eu une transfusion sanguine soit 7%. La fréquence des nausées et vomissements post-opératoires était de 63 % soit 82 patientes. En cas d'adhésiolyse, toutes les patientes faisaient des nausées et vomissements post-opératoires. Le délai de reprise du transit était de 24 à 48h. On notait une fièvre supérieure à 38°C et inférieure à 39°C le matin chez 13 patientes entre les deuxièmes et troisièmes jours soit 13 % des cas.

Une patiente a présenté une plaie du grêle reconnue au deuxième jour sur un pansement souillé. Elle a été réopérée et les suites étaient simples. Une autre, opérée pour récurrence de myomes utérins a présenté une occlusion intestinale cliniquement et à l'ASP au deuxième jour. L'exploration chirurgicale avait objectivé une occlusion fonctionnelle. Le tableau s'est amélioré avec un traitement médical. Une patiente a présenté une fistule vésico-vaginale diagnostiquée au dixième jour et réopérée à 90 jours avec succès. Toutes Les autres patientes ont été sorties de l'hôpital après 5 jours d'hospitalisation. Parmi elles 8 patientes ont présenté une suppuration pariétale soit 6%.

COMMENTAIRES

L'hystérectomie est la première intervention en chirurgie gynécologique. On effectue environ 70 000 hystérectomies par an en France [2]. L'hystérectomie vaginale occupe la première place devant l'hystérec-

tomie abdominale [1]. Le volume important des utérus myomateux et la plus grande fréquence de cette indication en plus des habitudes et des aptitudes déterminent le choix de la voie d'abord [1,24]. L'âge moyen est variable selon la zone géographique. Nos patientes avaient un âge moyen de 44 ans avec des extrêmes de 21 et 73 ans. L'âge moyen est plus élevé chez la plupart des auteurs [1,2,24]. Les femmes africaines font des myomes utérins jeunes et fréquemment [16,23]. Cette étiologie représentait 96 % des indications. La voie basse est une alternative dans les fibromes de petites tailles ou en perspective d'un morcellement. Cependant cette voie expose exceptionnellement à la méconnaissance d'un sarcome de l'utérus [11]. Les saignements dysfonctionnels et organiques représentent la première étiologie par ailleurs [8,10,24]. Le type d'incision, médiane ou transversale, dépendait de l'existence d'une incision précédente et du choix des chirurgiens qui étaient surtout guidé par des objectifs esthétiques. Les antécédents de laparotomies surtout liées à une myomectomie précédente sont fréquents [8,10,24].

Le choix du type d'anesthésie est variable. Nous avons surtout préféré l'anesthésie locorégionale qui confère plus de confort péri-opératoires, les indications de l'anesthésie générale devenant de plus en plus rares dans les lésions bénignes [5,19]. Le geste durait en absence d'adhérences, en moyenne 87 minutes et en présence d'adhérences, en moyenne 126 minutes. Les adhérences provenaient d'interventions précédentes mais on retrouvait des adhérences de novo chez 12% des patientes. Le sexe féminin et l'âge semblent prédisposer à celles-ci [2]. On ne retrouvait pas de cas d'hémorragies per opératoires. Les hémorragies per opératoires ne sont pas rares [13,14]. Elles sont le fait d'utérus de grandes tailles, d'adhérences multiples, de présence d'endométriose, d'étiologies ovariennes inflammatoires et de troubles de la crase [14].

En période post opératoire immédiate, les nausées et vomissements post-opératoires concernaient 63% des patientes. Toutes chirurgies abdominales confon-

dues, elles sont présentes chez 26 à 34% des patientes [2,4,19]. Les nausées et vomissements post-opératoires sont corrélés à la présence d'adhérences, à la durée de l'acte chirurgical [2,4]. Ils ne semblent pas affectés la reprise du transit intestinal. Les complications majeures urologiques et digestives à types de fistules sont rares [21]. La réparation doit être immédiate sinon elles peuvent être chroniques et difficiles à traiter voire fatales. En période post opératoire elles peuvent être dirigées et tariées [6]. Tandis que les fistules vésico ou urétéro-vaginales sont chirurgicales et nécessitent un abord par voie essentiellement transvésicale [11]. La chirurgie pelvienne est un facteur de risque majeur de maladie thrombo-embolique. Chez les femmes en âge de procréer le risque relatif est plus élevé sans être en rapport avec la pathologie bénigne de l'utérus et de l'annexe sauf dans les formes compliquées de compression ou d'inflammation [15].

La suppuration dépend de plusieurs facteurs. Les conditions d'exercice, l'état nutritionnel, l'obésité, la durée de l'intervention, l'indication septique ou non [2,21]. Une antibioprofylaxie suffit à sa prévention. Les suppurations les plus fréquentes surviennent chez les patientes [3].

CONCLUSION

L'hystérectomie par voie haute est l'intervention de choix dans la pathologie bénigne de l'utérus et de l'annexe dans leur forme et présentation difficiles notamment dans la myomatose utérine. Elle peut être à l'origine d'une morbidité importante hémorragique ou surtout urinaire et digestive pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les nausées et vomissements post opératoires sont fréquents et sont exagérés par la présence d'adhérences post-chirurgicales ou parfois de novo. La gestion péri opératoire d'une hystérectomie par voie haute pour pathologie bénigne nécessite une approche multidisciplinaire pour une bonne gestion des incidents et accidents per opératoires et un traitement des complications post opératoires.

REFERENCES

- 1- Abdelmonem A, Wilson H, Pasic R. Observational comparison of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy as performed at a university teaching hospital. *J Reprod Med.* 2006;51(12):945-54.
- 2- Audebert A. Prévention des adhérences post-opératoires : spécificités de l'endométriase. *Mises à jour en Gynécologie Médicale.* 2006 : 201-224.
- 3- Beyout J, Mansoor A, Laurichesse H. Antibioprophylaxie en chirurgie gynécologique. *Ann Franc Anesth Réa vol 13, supplément 1, 1994, pages 118-127.*
- 4- Diemunsch P, Zohra Laalou F. Nausées et vomissements postopératoires. *Les Essentiels* 2005:279-294.
- 5- Eledjam JJ, Viel E. La réhabilitation périopératoire. *Les essentiels* 2006, pages 335-350.
- 6- Głuszek S, Korczak M, Kot M, Matykiewicz J, Kozieł D. Digestive system fistula: a problem still relevant today. *Pol PrzeglChir.* 2011;83(1):32-41.
- 7- Gu Y, Zhu L, Liu A, Ma J, Lang J. Analysis of hysterectomies for patients with uterine leiomyomas in China in 2010. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014.
- 8- Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 26;12.
- 9- HagemannIS, HagemannAR, LivolsiVA, MontoneKT, Chu SC. Risk of occult malignancy in morcellated hysterectomy: a case series. *Int J Gynecolpathol.* 2011;30(5):476-83.
- 10- Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2).
- 11- Ka S, Dem A, Dieng MM, Diouf D, Gaye PM, Diop M. Complications urologiques de la col-pohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne pour cancer du col de l'utérus à l'Institut Joliot Curie de Dakar. *Ann UnivOuag.* 2014 ;14 : 153-162
- 12- Kohama T, Hashimoto S, Ueno H, Terada S, Inoue M. A technique of minilaparotomy-assisted vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1997;89:127-129.
- 13- Liu H, Lawrie TA, Lu D, Song H, Wang L, Shi G. Robot-assisted surgery in gynaecology. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 10;12
- 14- Muzii L, Basile S, Zuppi E, Marconi D, Zullo MA, Mancini N, Bellati F, Angioli R, Panici PB. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus minilaparotomy hysterectomy: A prospective, randomized, multicenter study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14: 610-615.
- 15- Nourelhouda C, Abbassia D. Maladie thromboembolique veineuse dans la région de Sidi Bel Abbes, Algérie: fréquence et facteurs de risque. *Pan Afr Med J.* 2013; 16: 45.
- 16- Okogbo FO, Ezechi OC, Loto OM, Ezeobi PM. Uterine leiomyomata in south western Nigeria: A clinical study of presentations and management outcome. *Afr Health Sci.* 2011;11(2):271-278.
- 17- Panici PB, Zullo M, Angioli R, Muzii L. Minilaparotomy hysterectomy: a valid option for the treatment of benign uterine pathologies. *Eur J ObstetGynaecolReprod Biol.* 2005;119:228-231.
- 18- Pitter MC, Simmonds C, Seshadri-Kreaden U, Hubert HB. The impact of different surgical modalities for hysterectomy on satisfaction and patient reported outcomes. *Interact J Med Res.* 2014;17:3(3).
- 19- Rojskjaer JO, Gade E et al. Analgesic effect of ultrasound-guided transversus abdominis plane block after total abdominal hysterectomy: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *ActaObstetGynecol Scand.* 2014.
- 20- Rosenthal VDet al. Surgical site infections, International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 30 countries, 2005-2010. *Infect Control HospEpidemiol.* 2013;34(6):597-604.
- 21- Sabban F, Collinet P, Villet R. Hystérectomie par voie abdominale pour lésions bénignes. *EMC Tech chirGyn.* 2009;45(3) :1-9.
- 22- Walsh CA, Walsh SR, Tang TY, Slack M. Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a meta-analysis. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.* 2009;144(1):3-7.
- 23- Ymele FF et al. A rare complication of uterine leiomyomas: Massive hemoperitoneum secondary to ruptured varices. *Pan Afr Med J.* 2013; 14: 110.
- 24- Zhu L, Lang JH, Liu CY, Shi HH, Sun ZJ, Fan R. Clinical assessment for three routes of hysterectomy. *Chin Med J.* 2009;122(4):377-80.