

**ACTUALITÉS ET ÉTAT DES LIEUX DES HYSTÉRECTOMIES
CHEZ LES FEMMES JEUNES AU CHU-JRA ANTANANARIVO**

(STATUS AND UPDATE OF HYSTERECTOMY AMONG YOUNG WOMEN AT THE UHC JRA ANTANANARIVO)

RAKOTOMENA SD¹, RAHANTASOA FINARITRA CFP¹, RAJAONARIVONY T¹,
RAMILIARIJAONA L¹, RAKOTO RATSIMBA HN¹.

¹ USFR en Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

L'hystérectomie est une intervention courante en chirurgie gynécologique et en chirurgie générale. La moitié des indications concerne les femmes âgées de moins de 60 ans [1]. Dans les nouvelles recommandations, bien que la voie vaginale reste de référence pour les utérus de moins de 250 grammes, la coeliochirurgie est de plus en plus proposée comme alternative chirurgicale dans les pays développés pour réduire la durée de l'hospitalisation [1,2]. A Madagascar, le plateau technique ne permet pas encore ce procédé. Nous avons comparé la prise en charge des hystérectomies en 2012 versus 2019 chez les femmes âgées de moins de 60 ans. Les paramètres étudiés comportaient : l'âge, l'indication chirurgicale, la voie d'abord, les types d'hystérectomie (totale, subtotale, ...), la durée de séjour en secteur et en réanimation, la durée de drainage, la durée de sonde naso-gastrique, la durée de jeûn, la durée de l'antibioprophylaxie, la durée de la thromboprophylaxie, le délai de cicatrisation, l'évolution postopératoire. Parmi les soixante-six patients retenus, l'âge médian était de 46,48ans en 2012, de 50,57ans en 2019. L'indication chirurgicale était les léiomyomes utérins dans 60,6% (n=20) en 2012 et 75,75% (n=25) en 2019. Les patientes étaient hospitalisées la veille de l'intervention, avec une durée de jeûn préopératoire moyenne de 10 heures +/- 2,5 heures. De 2012 à 2019, les voies d'abords étaient toujours conventionnelles. La voie basse représentait uniquement 6cas. Parmi les voies d'abords abdominales, les incisions étaient : médiane sous-ombilicale (n=49), Pfannenstiel (n=11). En sept ans, l'hystérectomie était de plus en plus conservatrice avec une baisse de 48,48% des annexectomies (**Tableau 1**). Nos voies d'abord étaient toujours conventionnelles, si dans les pays développés l'hystérectomie par coelioscopie est de plus en plus privilégiée, sous réserve de coeliochirurgiens expérimentés, la coeliochirurgie présente la même morbidité postopératoire observée en chirurgie conventionnelle par voie haute ou vaginale [4,5]. Néanmoins, la coelioscopie reste un alternatif chirurgical pour l'hystérectomie, car elle requiert une forte expérience des chirurgiens, voire l'assistance de chirurgiens endoscopistes. Une étude menée par Belly Priso et al sur les hystérectomies par coelioscopie avait trouvé une durée d'hospitalisation de 3 jours en moyenne en l'absence de complications postopératoires [6,7]. Dans les nouvelles recommandations, L'utilisation de la pince bi-clamp, autoclavable, pouvant être utilisée une centaine de fois permet l'allègement de la boîte d'hystérectomie, de réduire la durée d'hospitalisation. L'utilisation de la pince bipolaire pour la coagulation sélective des artères utérines réduit la nécrose tissulaire pourvoyeurs de substances pyrogènes, contrairement à la pince automatique non sélective de Hunter réduisant également la survenue de fièvre en postopératoire [6,8].

La durée d'hospitalisation a également diminué en sept ans, cela s'explique par une réhabilitation post-opératoire plus précoce actuellement en réduisant la période de jeûn, de drainage, et de port de la sonde naso-gastrique. Dans la littérature, les données semblent être en faveur d'un drainage court après chirurgie abdominale programmée, il existe un fort niveau de

	2012	2019
Variables	n (%)	n (%)
Effectifs	33	33
Age (moyenne)	46,48	50,57
Indications		
Bénignes (Leyomyomes)	20 (60,60%)	25(75,75%)
malignes	13 (39,39%)	8 (24,24%)
Voies d'abord		
Pfannestiels	5 (15,15%)	6 (18,18%)
Médiane	25 (75,75%)	24 (72,72%)
Basse	3 (0,09%)	3 (0,09%)
Type		
Hystérectomie totale	22 (66,67%)	23 (69,69%)
Hystérectomie subtotale	11 (33,33%)	10 (30,31%)
Hystérectomie interannexielle	4 (12,12%)	20 (60,60%)
Hystérectomie +annexectomie	29 (87,88%)	13 (39,40%)
Suites opératoires		
Durée du drainage (en jours)	3,09	2,52
Durée de la sonde nasogastrique	1,17	0,6
Durée de l'antibioprophylaxie	7,06	5,22
Durée de la thromboprophylaxie	0,31	2,11
Durée de séjour	4,62	3,48
Complications		
Infection du site opératoire	1 (3,03%)	6 (18,18%)
Infection urinaire	3 (9,09%)	-
Retard du transit	4 (12,12%)	-
Lésions urétérales	1 (3,03%)	1 (3,03%)
Saignement	2 (2,06%)	1 (3,03%)

Tableau 1 : Tableau comparatif du profil des hystérectomies réalisées en 2012 et en 2019

preuve sur l'absence de bénéfice au drainage, les résultats de l'essai randomisé multicentrique français GRECCAR5 suggèrent le non drainage systématique de la cavité abdominale en chirurgie pelvienne, ou bien un drainage court si besoin [3]. Concernant le sondage vésical, la prise en charge de référence reste le sondage vésical à demeure avant et pendant une chirurgie pelvienne. Son retrait avant la 12^{ème} heure est recommandé avec vérification de la reprise mictionnelle dans les 4 à 6 heures suivant l'ablation de la sonde vésicale [2]. Le lever précoce dès J1 postopératoire est conseillé et encouragé. Lors des hystérectomies réalisées dans notre centre hospitalier, la réanimation était précoce après hystérectomie programmée ou en urgence en l'absence d'anastomose digestive associée. Il est recommandé néanmoins de maintenir une voie veineuse périphérique pendant 24h comme élément de sécurité en cas de vomissement post-opératoire au cours de la reprise alimentaire, avec prescription d'antiémétique si besoin [1-3]. Bien que la durée moyenne de l'antibiothérapie était encore à 5,22 jours en 2019. Actuellement, d'après les recommandations de la SFAR, l'antibioprophylaxie suffit pour l'hystérectomie par voie abdominale, basse et par coeliochirurgie, avec l'utilisation de la Céfazoline 2 grammes avant l'induction, à dose unique, avec réinjection de 1gramme si la durée opératoire dépasse les quatre heures. En cas d'allergie : la Clindamycine 900 mg avec Gentamycine 5 mg/kg avant l'induction, à dose unique également, avec réinjection de Clindamycine 600 mg si l'interven-

Correspondance: Docteur Casimir Fleur Finaritra Rahantaso
USFR Chirurgie Viscérale
CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo
Tél: +261 341900481
Mail : rcasimirfleurprudence@gmail.com

tion dépasse plus de quatre heures [4]. Des signes hormonaux peuvent apparaître chez les femmes ayant subi une annexectomie associée à l'hystérectomie s'expliquant par la ménopause chirurgicale. La survenue de douleurs au moment des rapports sexuels peut facilement être à l'origine d'une détérioration de la qualité de la sexualité et donc, d'un mauvais vécu de l'intervention [1]. La pratique de l'hystérectomie a beaucoup évolué en sept ans dans notre centre hospitalier. La voie d'abord abdominale reste toujours privilégiée dans le léiomyomes volumineux. La réhabilitation postopératoire précoce permet de réduire la durée d'hospitalisation. Cette intervention bien que courante, peut altérer la qualité de vie chez les femmes jeunes entraînant des répercussions psycho-sociales.

Références:

- [1]Proust S, Jouly F, Loprés. Les complications de l'hystérectomie sont-elles liées à la voie d'abord? Gynécologie Médicale. 2004;183.
- [2]Graesslin O, Jean-Luc Brun. Réflexions en Gynécologie-Obstétrique 2009. N°7 Tome 2.
- [3]Messenger.M, Sabbagh.C, Denost.Q, Regimbeau.JM, Laurent.C, et al. Quel intérêt au drainage abdominal prophylactique en chirurgie digestive elective majeure? Journal of Visceral Surgery. 2015 ; 152 (5), 305-313
- [4]Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR): Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Actualisation 2010»Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation; 2011; 30:168-190 http://sfar.org/wpcontent/uploads/2015/10/2_AFAR_Antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle.pdf
- [5]Proust S, JoulyF, Lopes P. Les complications d'hystérectomie sont-elles liées à la voie d'abord? Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale;2004: 28e Journées nationales. Google Scholar
- [6]Subtil D, Cosson M, Vinatier D. Epidémiologie des hystérectomies. Hystérectomies pour pathologies bénignes. Masson, Williams et Wilkins, Paris-France, 1997:151-9.
- [7]Kjerulf KH, Langenberg PW, Greenaway L, Umm J, Harvey LA. Urinary incontinence and hysterectomy in a large prospective cohort study in American women. J Urol, 2002; 167:2088-92.
- [8]Diallo D, Sy M, Guèye S, Moreau J. L'hystérectomie par voie vaginale à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU A. Le Dantec. Med Afr Noire, 2005; 52:376-8.