

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**Tome XX  
publié le 4.12.1996**



*VINGTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 1996*

# HYSTÉRECTOMIES : INDICATIONS, VOIES, CONSERVATIONS ANNEXIELLES OU CERVICALES

M. COSSON\*, F. DUBECQ, P. DEBODINANCE, D. QUERLEU, G. CRÉPIN  
Lille

## INTRODUCTION

Bien qu'aucun recensement officiel des hystérectomies n'ait pu être à ce jour réalisé, cette intervention reste la plus pratiquée chez la femme en dehors de la grossesse. D'abord réservée aux cas les plus extrêmes engageant le pronostic vital des patientes, ses indications se sont élargies, parfois jusqu'à l'excès, en même temps que diminuaient ses taux de mortalité et de complications péri et postopératoires. La « redécouverte » de la voie vaginale par Dargent [22, 23] au cours des années 70, puis les développements de la coelioscopie dans les années 80 [61] sont venus bouleverser les habitudes. Parallèlement une prise de conscience du retentissement à court comme à long terme de ces interventions s'effectue. La plupart des chirurgiens gynécologiques s'accordent actuellement sur le fait qu'il faut tenter, d'une part de diminuer le nombre d'hystérectomies réalisées, et, d'autre part, d'en diminuer le retentissement personnel, social et économique. Toutes les études et audits publiés dans divers pays indiquent que l'incidence de l'hystérectomie peut et doit être réduite [19]. Néanmoins, de nombreuses polémiques existent sur les meilleurs moyens d'y parvenir, les querelles d'écoles réveillant un vieux débat entre chirurgiens « vaginalistes » d'une part et « laparotomistes » d'autre part.

\* Clinique universitaire de gynécologie, obstétrique et pathologie de la reproduction, Pr G. Crépin, Pr D. Querleu.  
Université de Lille II - Pavillon Paul Gellé - 59100 ROUBAIX.

Il est nécessaire de faire le point sur ces différentes techniques, leurs avantages et inconvénients respectifs, comme la place respective qu'elles devraient se voir réserver. Nous aborderons dans un premier temps les complications respectives des différentes voies d'abord avant d'évaluer dans quelles proportions celles-ci devraient être réalisées. Enfin, nous déterminerons dans quels cas il est souhaitable d'associer une annexectomie à l'hystérectomie, ou de conserver le col utérin.

## I. INDICATIONS DES HYSTÉRECTOMIES

Le choix de l'hystérectomie dépend de l'âge, du désir de grossesse et de conservation utérine des patientes. Il faut savoir par un interrogatoire bien mené ramener les symptômes à leur juste mesure et écouter les peurs et les désirs des patientes. Un traitement chirurgical conservateur est presque toujours possible. Si certaines patientes souhaitent un traitement radical, la plupart d'entre elles toléreront d'autant mieux la perte de leur utérus que l'intervention leur est apparue inévitable puis souhaitable au travers de tentatives raisonnables et appliquées de conservation utérine.

Réalisées à l'origine pour des pathologies sévères engageant le pronostic vital, les hystérectomies ont vu leurs indications s'élargir au fil du temps à des indications « de confort » parallèlement à la diminution spectaculaire de leur mortalité et complications. S'il existe un certain consensus quant aux indications des hystérectomies, la proportion de ces diverses pathologies varie fortement d'une équipe à l'autre en fonction du recrutement et du recours plus ou moins large aux techniques chirurgicales conservatrices. Ainsi, aux États-Unis, les indications d'hystérectomie totale pour pathologie fonctionnelle sont particulièrement fréquentes, jusqu'à 50 % dans certaines publications [19, 69]. Il n'existe pas de chiffres épidémiologiquement fiables dans notre pays, aussi ferons-nous référence à la fréquence des pathologies rapportées dans le « *National Center for Health Statistics* » américain [10].

### **Fibromes : 30 à 40 % [10, 19]**

Seuls les fibromes compliqués doivent être traités, l'hystérectomie étant réservée aux seuls cas résistants au traitement médical bien conduit, voire à une myomectomie. Après myomectomie, le risque d'hystérectomie secondaire est estimé à environ 10 % [10, 29]. Le risque de récurrence est

d'autant plus élevé que les myomes sont nombreux et petits et ce, quelle que soit la voie d'abord utilisée, laparotomique, vaginale, coelioscopique ou hystéroscopique. L'association d'une anémie majeure, de signes de compression pelvienne sont en faveur d'une chirurgie radicale. Les seuls fibromes asymptomatiques nécessitant une intervention sont les fibromes sous-muqueux associés à une stérilité ou présentant une augmentation rapide de volume. Chez des patientes jeunes désirant encore une grossesse, une myomectomie est pratiquement toujours possible, la voie d'abord étant alors fonction de la taille du fibrome et de sa localisation.

L'association d'une autre pathologie, de fibromes multiples, un âge supérieur à 50 ans, ou une demande de traitement radical feront préférer une hystérectomie.

### **Hémorragies fonctionnelles : 10 à 20 % des cas**

Seules les ménométrorragies responsables d'anémie, ou au retentissement social majeur, résistantes au traitement médical et à une chirurgie conservatrice relèvent de la chirurgie radicale. L'endométréctomie est un préalable indispensable en cas de désir de conservation utérine. Il faut néanmoins se méfier de l'association d'une adénomyose, de diagnostic souvent difficile, responsable d'un pourcentage élevé d'échecs. La proportion d'hystérectomies nécessaires secondairement est estimée entre 15 et 25 % [19].

**En période pérимénopausique**, après échec d'un traitement médical et chirurgical conservateur, l'hystérectomie est une solution raisonnable dans les cas suivants :

- endométriose douloureuse résistante au traitement, adénomyose symptomatique (20 % de l'ensemble environ) ;
- prolapsus : 15 %, l'hystérectomie est souvent nécessaire afin de traiter les trois étages du prolapsus, néanmoins chez les patientes désirant conserver leur utérus, cela est presque toujours possible ;
- douleurs pelviennes chroniques 10 %, l'hystérectomie ne doit être réalisée qu'après un bilan paraclinique soigneux recherchant d'autres causes organiques, gastro-intestinales et urinaires, mais également un bilan psychologique. Une désinsertion utérine avérée par un test au pessaire relève de la chirurgie, conservatrice par douglassectomie et rapprochement des utérosacrés par coelioscopie, radicale dans les autres cas par voie vaginale ;
- infections génitales hautes récidivantes, résistantes au traitement médical ;

- rares cas de sténose traumatique du col utérin compliquée de pyométrie chronique ;
- dysplasie cervicale de grade III après conisation insuffisante, hyperplasie atypique sévère endométriale résistant à un traitement progestatif chez les patientes désirant conserver leur utérus.

**Certains cancers gynécologiques** ne nécessitant pas une hystérectomie élargie sont des indications d'hystérectomie simple (tumeurs à malignité limite ou non de l'ovaire, carcinomes de l'endomètre de stade I et II). C'est le cas également pour les tumeurs trophoblastiques persistantes après chimiothérapie chez les patientes ne désirant plus de grossesse.

**Enfin certaines hémorragies du post-partum** résistantes au traitement médical et aux gestes chirurgicaux conservateurs comme la ligature des hypogastriques peuvent nécessiter une hystérectomie, mais ces indications sortent de notre sujet.

La plupart des indications que nous avons rapidement passées en revue ne sont pas des pathologies urgentes, et une intervention, si elle devient nécessaire, peut le plus souvent être différée.

## II. COÛTS ET COMPLICATIONS DES DIFFÉRENTES VOIES D'ABORD

Le choix de la voie d'abord est encore trop souvent fonction de l'inexpérience des opérateurs pour certaines voies d'abord, voire de choix d'école.

La comparaison doit, bien entendu, tenir compte de la mortalité, mais également de la morbidité et des coûts relatifs à chacune de ces voies d'abord. Malheureusement l'analyse des grandes études rétrospectives publiées dans la littérature est compliquée car la plupart des auteurs confondent dans leurs séries les hystérectomies réalisées pour indications bénignes, néoplasiques et pour cure de prolapsus.

De plus, nous manquons de recul pour les hystérectomies coelioscopiques, beaucoup plus récentes.

## 1. Mortalité et complications péri-opératoires

– *La mortalité des hystérectomies* est moins importante après hystérectomie vaginale qu'après hystérectomie abdominale, grâce à l'incidence moindre des complications thrombo-emboliques après hystérectomie vaginale.

La série récente la plus importante a été publiée par Wingo en 1985, reprenant les chiffres de la « *Commission on Professional and Hospital Activity* » de 1979 à 1980 [70]. Après exclusion des hystérectomies réalisées en cours de grossesse et pour indications carcinologiques, le taux de mortalité est de 2,7/10 000 après hystérectomie vaginale (n = 117 684) contre 8,6/10 000 après hystérectomie abdominale (n = 286 163).

Il n'existe pas encore de larges statistiques portant sur les hystérectomies cœlioscopiques, mais les taux de morbidité et de complications per et post-opératoires se rapprochent des hystérectomies vaginales.

### – *Les complications des hystérectomies*

Nous n'avons retrouvé dans la littérature aucune série comparative d'hystérectomies pour lésions bénignes sur utérus non prolabé. L'analyse de quelques études récentes permet seulement de se faire une « idée » des complications relatives à certaines voies d'abord.

Dargent en 1980 [22] publie une série de 556 hystérectomies vaginales et 338 hystérectomies abdominales pour lésions bénignes, mais incluant 32,5 % de prolapsus parmi ses hystérectomies vaginales contre 3,5 % parmi les hystérectomies abdominales.

Dicker en 1982 [27] compare les complications relatives à 568 hystérectomies vaginales dont 30 % pour cure de prolapsus et 7 % pour fibromes, et 1283 hystérectomies abdominales dont 40 % pour fibromes.

Kovac en 1985 [43] étudie 175 hystérectomies abdominales et 554 hystérectomies vaginales dont seulement 8 % de prolapsus.

Il ressort de ces publications que, globalement, au cours des hystérectomies vaginales, les hémorragies peropératoires sont moins abondantes. Les plaies de vessie seraient plus fréquentes au cours des hystérectomies vaginales mais Kalinkov [38] incrimine dans leur survenue la responsabilité des colporraphies antérieures parfois associées.

Les plaies digestives sont de fréquence sensiblement identique, et les plaies d'uretère plus fréquentes au cours des hystérectomies abdominales [27, 30].

Les hémorragies post-opératoires des hystérectomies vaginales et abdominales varient fortement en fonction des opérateurs mais semblent plus fréquentes après hystérectomie vaginale [15, 16, 20] mais cela ne correspond pas à notre expérience.

Iléus, occlusions et complications thrombo-emboliques sont plus fréquentes après hystérectomie abdominale.

Les complications des hystérectomies cœlioscopiques sont encore difficiles à estimer en raison du faible nombre de cas publiés, et de la variété des techniques utilisées. Ces techniques cumulent les risques propres à la cœlioscopie, qui sont rares, et ceux liés à la technique de l'hystérectomie. Si l'assistance cœlioscopique n'entraîne que de rares complications, les séries d'hystérectomies cœlioscopiques complètes publiées font état d'un pourcentage élevé de complications peropératoires. Liu en 1992 [45] constate 1,8 % de plaies vésicales, 0,8 % de plaies digestives et 2 % d'échecs. Mage en 1992 [47] publie 2,3 % de plaies vésicales et 22,7 % d'échecs à l'hystérectomie cœlioscopique. Ces chiffres concernent néanmoins une période d'apprentissage et devraient être revus à la baisse dans les séries ultérieures. Certains auteurs recommandent une dissection systématique des uretères en raison du risque accru de traumatisme peropératoire [16, 18, 50, 61]. Ce geste doit néanmoins être considéré comme excessif dans l'hystérectomie standard.

L'équipe de Clermont-Ferrand du Pr Bruhat a publié son expérience sur 4 ans, de 1990 à 1993 [48]. Cette équipe a fait un choix maximal d'hystérectomies cœlioscopiques. Elle a réalisé 691 hystérectomies dont 2,5 % d'adénocarcinomes de l'endomètre, et 0,9 % de prolapsus, ce qui est proche des indications de notre série. Cette option a permis la réalisation de 46,1 % d'hystérectomies cœlioscopiques, dont la majorité de stade 3. Le pourcentage de complications peropératoires vésicales (1,6 %) et urétérales (0,6 %) est plus élevé que dans toutes les séries abdominales ou vaginales, même si on ne retrouve pas de plaies digestives. Le taux de conversion en voie vaginale simple est de 4,4 % et 6,9 % pour les laparotomies. Malgré ce pourcentage d'échecs élevé, le taux de laparotomies sur l'ensemble des hystérectomies est de 43,7 %, et encore de 25 % la dernière année. La durée opératoire reste élevée à 141 mn environ. De plus, les analogues de la LH-RH sont utilisés dans un tiers des cas, ce qui accentue encore le coût déjà élevé de ces interventions.

Néanmoins, les taux de complications des hystérectomies cœlioscopiques sont en nette diminution pour les opérateurs entraînés.

## 2. Coûts et morbidité

### – *Morbidité post-opératoire*

Les études randomisées publiées permettent, à indication identique, de comparer avantages et inconvénients, et en outre de proposer la voie la mieux adaptée pour les indications les plus faciles : utérus de faible

volume, sans pathologie associée, chez des patientes sans antécédents notables.

Étant donné le faible nombre de cas présentés dans ces séries, les seuls points de comparaison possibles sont les durées opératoires, d'hospitalisation, et de convalescence, les hémorragies peropératoires et la morbidité infectieuse post-opératoire.

Elles ne peuvent prétendre comparer des événements rares comme les complications per et post-opératoires.

#### – *Coût des hystérectomies*

Les coûts d'une intervention peuvent être séparés en coûts directs et indirects.

Les coûts directs représentent les coûts hospitaliers, payés par la Sécurité sociale, la patiente et les assurances complémentaires. Ces coûts varient d'un pays à l'autre mais également d'une région à l'autre, voire entre les différents centres hospitaliers.

Ces coûts directs sont eux-mêmes partagés entre coûts fixes liés à l'amortissement de la structure et du matériel, et coûts variables incluant les personnels hospitaliers, les prescriptions médicamenteuses, voire l'utilisation de matériel à usage unique. Les coûts fixes sont difficilement évaluables dans notre pays, en dehors des cliniques privées, en raison du système de prix de journée mélangeant les différentes pathologies, ainsi que les coûts fixes et variables. Afin de tenter pourtant de comparer les différentes techniques d'hystérectomie entre elles, nous utiliserons les durées opératoires et d'hospitalisation, liées directement au coût hospitalier. La plupart des études publiées sont anglo-saxonnes et ne prennent en compte que les coûts fixes des interventions.

Les coûts indirects sont liés à la perte de productivité économique liée à l'intervention; ils dépendent directement du système de protection sociale et de l'incitation au retour au travail, comme du contexte social et du type d'emploi des patientes. Leur estimation, très variable d'un système de protection sociale à l'autre, n'a jamais été effectuée de manière satisfaisante sur un échantillon suffisant de patientes. Le meilleur reflet de ce coût est sans doute la durée de convalescence.

Aucune étude n'a, à notre connaissance, pu déterminer de manière fiable l'ensemble de ces coûts, les coûts indirects étant extrêmement difficiles à évaluer en l'absence d'enquête à l'échelle nationale.

Nous avons estimé les coûts opératoires directs des hystérectomies liés tout d'abord aux coûts fixes en matériel et structure, sur lesquels nous reviendrons plus loin, et les coûts variables liés au matériel réutilisable et aux personnels mobilisés, dont le reflet le plus accessible nous semble être la durée opératoire.



• *Durée d'intervention*

Dans l'ensemble des études publiées la durée d'intervention est augmentée en cas d'assistance cœlioscopique ou d'hystérectomie cœlioscopique complète.

Quelques études rapportent une durée d'intervention comparable pour hystérectomies vaginales et abdominales. Ce n'est pas le cas dans notre expérience. Pour notre équipe [20] comme pour Dargent [22] la réalisation

*Tableau I*  
*Durée opératoire des hystérectomies*

	Assistance cœlio	Hystérectomie vaginale	Hystérectomie abdominale
Howard [37]	169 min.	–	119 min.
Nezhat [54]	131 min.	99 min. (+ prolapsus)	66 min.
Casey [18]	112 min.	90 min.	115 min.
Cosson [20]	123 min.	66 min.	76 min.
Dargent [23]	–	31 min.	45 min.
Johns [18]	102 min.	63 min.	82 min.
Richardson [62]	134 min.	81 min.	–
Summit [67]	120 min.	64 min.	–

d'une hystérectomie vaginale simple est plus rapide qu'une hystérectomie abdominale lorsque ces deux voies d'abord sont envisageables.

• *Durée d'hospitalisation*

Les coûts hospitaliers sont estimés au mieux par la durée d'hospitalisation.

Toutes les études confirment encore une fois une durée d'hospitalisation nettement plus longue après hystérectomie abdominale.

Plusieurs font état d'une durée d'hospitalisation plus courte après hystérectomie cœlioscopique par rapport à l'hystérectomie vaginale simple. Il est à noter qu'il s'agit toujours d'études rétrospectives. Les hystérectomies cœlioscopiques en hôpital de jour sont comparées à des hystérectomies

## HYSTÉRECTOMIES

*Tableau II*  
*Durée d'hospitalisation des hystérectomies*

	Assistance cœlio	Hystérectomie vaginale	Hystérectomie abdominale
Howard [37]	3,7 j	–	5,2 j
Cosson [20]	4,2 j	4,1 j	6,6 j
Nezhat [54]	2,3 j	3 j	3,3 j
Casey [18]	2,5 j	3,3 j	4,3 j
Johns [18]	1,8 j	1,7 j	2,8 j
Bronitski[9]	1,2 j	3,4 j	4,5 j
Summit [67]	53 / 55 = 12 h Hystérectomie vaginale et assistance cœlio		

vaginales pour lesquelles l'hospitalisation de jour n'était pas proposée. Plusieurs auteurs ont récemment proposé la réalisation d'hystérectomies vaginales en hôpital de jour [34, 58, 67].

Ainsi Summit [67] a réalisé 27 hystérectomies vaginales et 26 hystérectomies cœlioscopiques en hôpital de jour. Seules les deux patientes chez lesquelles un recours à la laparotomie était nécessaire ont été hospitalisées plus de 12 heures.

Il nous semble donc licite de considérer qu'hystérectomies vaginales et cœlioscopiques présentent des durées d'hospitalisation sensiblement égales, ce qui correspond à notre expérience [18, 20].

- *Durée de convalescence*

Les coûts liés à la convalescence des hystérectomies n'ont, à notre connaissance, jamais été estimés et nous nous sommes basés pour comparer les différentes voies d'abord des hystérectomies sur la durée de convalescence.

Il semble avéré que la durée moyenne de convalescence est d'environ trois semaines après hystérectomie vaginale ou cœlioscopique, contre six semaines après hystérectomie abdominale.

La seule étude prospective qui se soit intéressée au problème retrouve une durée de convalescence comparable entre hystérectomies vaginales et cœlioscopiques.

*Tableau III*  
*Convalescence après hystérectomie*

	Assistance cœlio	Hystérectomie vaginale	Hystérectomie abdominale
Nezhat [54]	3 sem.	–	6 sem.
Phipps [55]	2 sem.	–	6 sem.
Richardson [62]	Hystérectomie vaginale / Assistance cœlio : pas de différence		

• *Coûts hospitaliers globaux des hystérectomies*

Plusieurs études ont comparé les coûts hospitaliers des hystérectomies selon les voies d'abord utilisées [18].

– Summit en 1992 [67] comparant de façon randomisée hystérectomies vaginales et hystérectomies vaginales cœlio-assistées, retrouve un coût de 4 891 \$ pour l'hystérectomie vaginale contre 7 905 \$ en cas d'assistance cœlioscopique, l'usage d'une pince automatique endo-GIA entraînant un surcoût de 400 \$.

*Tableau IV*  
*Coûts hospitaliers des hystérectomies*

	Assistance cœlio	Hystérectomie vaginale	Hystérectomie abdominale
Summit [67]	7 905 \$	4 891 \$	–
Deprest [26]	77 743 Fb	49 094 Fb	48 738 Fb
Après correction	2 333 \$	1 271 \$	1 278 \$
Sans laser ni pince automatique	1 596 \$	1 271 \$	1 278 \$
Nezhat [54]	7 161 \$	4 868 \$	4 926 \$
hors prolapsus	–	4 688 \$	–
Sans laser ou matériel à usage unique	≈ 4 669 \$	–	–
Johns [18]	6 431 \$	5 879 \$	6 552 \$
Boike [6]	12 469 \$	7 881 \$	10 626 \$

## HYSTÉRECTOMIES

– Deprest en 1993 [26] effectuant une étude rétrospective sur 30 hystérectomies abdominales, vaginales et cœlioscopiques calcule des coûts hospitaliers estimés pour un amortissement en matériel correspondant à 100 hystérectomies sur un an. Il retrouve des coûts comparables pour les voies abdominale et vaginale, de 48 738 FB et 49 094 FB, contre 77 743 FB en cas d'assistance cœlioscopique.

Ces chiffres sont à nuancer. En effet, bizarrement, ces calculs sont effectués sur la base d'une durée d'hospitalisation de 8,1 j après hystérectomie abdominale et 4,5 j après hystérectomie cœlioscopique ce qui semble raisonnable, mais de 7,9 j après hystérectomie vaginale. Ce dernier chiffre est excessif au vu de notre expérience et de la littérature (tableau IV). Si l'on corrige les coûts post-opératoires en les ramenant au niveau de ceux de l'hystérectomie cœlioscopique, on obtient des chiffres sensiblement moins élevés pour les hystérectomies vaginales (tableau IV).

Le matériel utilisé intervient également de façon majeure dans le coût des hystérectomies :

– Une étude sur le coût opératoire en matériels consommables uniquement des hystérectomies cœlioscopiques et abdominales publiée dans la revue du Syndicat des gynécologues obstétriciens français [4] fait état de coûts 10 fois plus élevés en matériel pour les hystérectomies cœlioscopiques (4 265 FF) par rapport aux hystérectomies abdominales (408 FF). Cette différence est liée en majeure partie à l'utilisation de trocarts cœlioscopiques à usage unique (3 592 FF), dont l'usage n'est pas indispensable.

Une hystérectomie cœlioscopique réalisée sans pince automatique, laser, ou trocarts à usage unique, mais sans tenir compte de l'amortissement du matériel à stériliser coûterait en fait 673 FF contre 408 F au cours d'une hystérectomie abdominale. L'usage de trocarts à usage unique renchérit le prix de l'hystérectomie cœlioscopique de 3 592 F, l'utilisation de prothèses à type de pince endoclip, endo-GIA et FLC 60 avec recharge pour des conditions maximales de confort et de rapidité rajoute 7 370 FF encore. L'usage d'un laser renchérit le prix d'autant.

– Deprest (tableau IV) retrouve une augmentation de coût total hospitalier de l'hystérectomie cœlioscopique, tenant compte des coûts d'amortissement du matériel pour 100 hystérectomies par an de 737 \$ par patiente en cas d'utilisation de pinces automatiques et du laser.

– Summit et Boike (Tableau IV) retrouvent un surcoût de 40 à 50 % en cas de réalisation d'une hystérectomie cœlioscopique.

Par contre, toujours d'après Deprest, la différence de coût entre hystérectomie abdominale et cœlioscopique « simple », sans pince automatique ni laser, ne serait plus que de l'ordre de 25 % .

– Nezhat [54] constate un coût hospitalier de l'assistance cœlioscopique à la voie vaginale de 7 167 \$, passant à 4 669 \$ en cas d'utilisation

de la coagulation bipolaire et de trocarts réutilisables, ce qui est alors comparable au coût estimé des hystérectomies vaginales et abdominales.

– Daniell [21] confirme cette donnée, puisqu'il retrouve un coût sensiblement identique pour les hystérectomies abdominales et cœlio-assistées sans pinces automatiques (6 227 \$ / 6 300 \$), la voie vaginale seule restant alors la moins chère (5 300 \$).

– Cette notion est encore confirmée par l'étude de Howard [37] qui ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les voies abdominales et l'assistance cœlioscopique.

Ces coûts doivent être corrigés, si l'on veut être tout à fait complet, en tenant compte des coûts de convalescence qui, nous l'avons vu, devraient être réduits de près de moitié après hystérectomie vaginale et cœlioscopique par rapport à l'hystérectomie abdominale.

L'usage de pinces automatiques est donc une aide technique particulièrement onéreuse lorsqu'elle est associée à l'usage de laser et de trocarts à usage unique. Son emploi permet un gain de temps indéniable [49, 53] et une éventuelle diminution des pertes sanguines (145 ml/247 ml). Néanmoins l'usage d'un trocart de 12 mm est nécessaire et serait source d'accidents urinaires plus fréquents à type de plaies vésicales ou urétérales[32].

### 3. Séquelles des hystérectomies

Quelle que soit leur voie d'abord, les hystérectomies ont de tout temps été accusées d'être source de nombreuses complications. Leurs complications à long terme sont, par contre, mal évaluées, et jamais de réelle relation de cause à effet n'a pu être mise en évidence. Ces interventions sont réalisées le plus souvent chez des femmes entre quarante et cinquante-cinq ans, et de nombreuses complications semblent pouvoir être rapportées à l'évolution des patientes, de leur statut hormonal, voire de leur couple.

Il n'existe pas de distinction dans les séries publiées entre les hystérectomies pour pathologie bénigne et pour prolapsus, pour lesquelles les gestes associés sont également source de complications propres. Les principales complications relevées dans la littérature sont :

- des douleurs pelviennes ;
- des troubles urinaires : l'hystérectomie est souvent accusée d'être source d'incontinence urinaire mais Prior [59] et Langer [44] ne retrouvent pas de modifications urodynamiques après hystérectomie ;
- des troubles statiques [16, 19, 27, 30] : à type de rectocèle ou surtout d'élytrocèle jusqu'à 8,5 % des cas [16] ;
- une symptomatologie dépressive : la plupart des auteurs la décrivent, particulièrement chez les patientes avec des antécédents psychiatriques

personnels ou familiaux [2, 7, 8], mais également des troubles à type d'insomnie ou d'anxiété. Ces symptômes ne sont pas retrouvés avec une fréquence accrue pour d'autres [13] surtout si la symptomatologie antérieure était gênante [11, 17]. Barker en 1968 [2] comparant la morbidité psychiatrique après hystérectomie et cholécystectomie ne notait pas de différence significative (3 % contre 7 % après hystérectomie) ;

– des modifications sexuelles : ces complications sont d'exploration difficile et les résultats dans la littérature souvent contradictoires [17, 19]. On note : un raccourcissement vaginal, coït douloureux, sécheresse vaginale ou induration vaginale. Caruso [11] retrouve chez 56 % de patientes après hystérectomie une diminution du désir sexuel en fréquence ou qualité contre 4 % d'amélioration. De plus, ces patientes semblent projeter sur leur partenaire une diminution du désir et de la satisfaction sexuelle plus importante qu'elle ne l'est en réalité. Ces troubles varient en fonction de l'intervention effectuée selon que l'ovariectomie est associée ou non ou que le col utérin est conservé [13, 17], le col utérin étant considéré par certains nécessaire à l'orgasme vaginal [13, 17], sans que cela ait jamais été démontré.

Une véritable étude randomisée sur les hystérectomies étant impossible à envisager dès lors que l'indication de l'intervention est indiscutable, nous nous sommes tournés vers une étude cas-témoins, comparant une population de femmes hystérectomisées à une population de femmes témoins opérées d'une cholécystectomie : 108 patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie, et 94 patientes ayant bénéficié d'une cholécystectomie ont répondu au questionnaire que nous leur avons adressé.

Un appariement entre les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie vaginale ou d'une cholécystectomie a ensuite été réalisé. Les items d'appariement prioritaires retenus étaient l'âge des patientes, la date d'intervention, l'activité professionnelle et sportive, le poids et la parité.

Après appariement, deux groupes ont été constitués, l'un de 61 patientes hystérectomisées, et l'autre de 58 patientes cholécystectomisées.

### *1. Les hystérectomies vaginales*

On note une aggravation significative des troubles urinaires dans leur ensemble, de troubles digestifs comme l'incontinence anale, d'irritabilité, de troubles du sommeil, mais également de sécheresse vaginale. On relève une diminution significative du nombre de rapports sexuels et du désir sexuel, ainsi que de la qualité de l'orgasme, mais également une diminution du nombre de patientes se plaignant de douleurs pelviennes, abdominales, ou de dyspareunie.

Seuls trois items ne sont pas significativement modifiés par l'intervention, ce sont les problèmes de poids, de constipation, ou de dépression nerveuse.

## **2. Les cholécystectomies**

Les patientes opérées d'une cholécystectomie ne sont présentées qu'à type de population témoin. Comme pour la population des patientes hystérectomisées, on retrouve une augmentation de la plupart des éléments recherchés. L'indice de satisfaction globale de l'intervention est néanmoins plus faible qu'après hystérectomie vaginale 50 % environ très satisfaits contre 92 % (différence significative). Enfin il existe également une aggravation des douleurs pelviennes après cholécystectomie, et la diminution significative des douleurs abdominales en post-opératoire.

## **3. L'étude cas-témoins**

Pour ce qui concerne le post-opératoire, seuls quelques items sont significativement différents entre hystérectomie vaginale et cholécystectomie; ainsi on observe moins de douleurs pelviennes après hystérectomie vaginale, et une meilleure satisfaction sexuelle de leur partenaire. Significativement plus de patientes sont ménopausées parmi les hystérectomies vaginales et 50 % environ d'entre elles prennent un traitement substitutif contre 25 % parmi les patientes ayant bénéficié d'une cholécystectomie (ce qui pourrait être un biais).

La plupart des symptômes augmentant après hystérectomie vaginale simple augmentent donc également après cholécystectomie et ceci de façon comparable.

La cholécystectomie n'ayant a priori aucun retentissement connu gynécologique, les modifications sont donc à mettre sur le compte de l'évolution normale des patientes de cet âge.

Alors qu'étudiées isolément les hystérectomies vaginales sont responsables de nombreuses complications comme l'incontinence urinaire d'effort, la pollakiurie, les troubles de la statique pelvienne, les troubles psychiatriques ou certains troubles sexuels (fréquence des rapports sexuels, fréquence du désir sexuel, sécheresse vaginale, diminution de la profondeur du vagin et diminution du diamètre du vagin) l'étude cas-témoins permet de constater que bon nombre des complications significativement retrouvées après hystérectomie vaginale sont retrouvées après cholécystectomie sans différence significative.

Au total, il nous semble que la grande majorité des troubles à distance attribués aux hystérectomies le sont souvent à tort. La plupart des troubles incriminés sont liés à l'âge, aux modifications hormonales voire aux événements de la vie plus qu'à l'influence « perverse » d'une intervention qui était devenue indispensable.

On peut affirmer que, sous réserve de réaliser une hystérectomie vaginale pour une bonne indication, chez des patientes convaincues du bien fondé de l'intervention et en respectant quelques impératifs tech-

niques, l'hystérectomie vaginale n'est pas source de séquelles notables à 4 ans de distance. Seule la poursuite de cette étude pourra révéler si cette affirmation reste encore vraie dans plusieurs années voire dizaines d'années. Ce n'est pas faire l'apologie de la chirurgie radicale que de ramener le retentissement physique des hystérectomies à leur juste mesure à condition de conserver une attitude rigoureuse envers les indications de ces mêmes interventions.

## **Conclusion : hiérarchisation des voies d'abord**

L'intervention la moins chère, dont les durées de convalescence, d'hospitalisation, d'intervention sont les plus courtes est sans discussion possible l'hystérectomie vaginale. Elle devrait donc se voir préférer aux autres voies d'abord à chaque fois que le choix est possible et, à ce titre, être enseignée aux chirurgiens en formation comme la voie d'abord de référence.

L'assistance coelioscopique est une intervention utile qui permet de ramener à la voie basse nombre de patientes présentant une pathologie annexielle ou de fortes suspicions d'adhérences pelviennes post-infectieuses, chirurgicales ou endométriosiques [20]. De réalisation plus longue et de coût plus élevé, elle devrait se voir réservée aux seuls cas où elle permet d'éviter une laparotomie. À chaque fois que possible on préférera l'utilisation de matériel réutilisable et la coagulation-section aux pinces automatiques, ce qui permet de ramener le prix de l'hystérectomie coelioscopique à environ 20 % de plus que l'hystérectomie vaginale. Enfin l'hystérectomie abdominale présente un coût hospitalier proche des voies d'abord vaginales et coelioscopiques mais la durée de convalescence et d'hospitalisation prolongée augmente sensiblement ses coûts.

### III. INDICATIONS DES VOIES D'ABORD

#### **1. Revue de la littérature**

Si certaines indications ne prêtent pas à discussion, par contre la proportion idéale de ces voies d'abord n'est pas connue, le pourcentage de voies vaginales variant entre 20 et 90 % selon les séries.

Il est difficile de comparer les pourcentages d'hystérectomies abdominales, vaginales et coelioscopiques dans la littérature, la plupart des séries comprenant des hystérectomies pour cancer ou prolapsus [3], et dans ces



cas, le taux d'hystérectomies vaginales est le plus souvent le reflet du pourcentage d'indications de prolapsus. Pour des opérateurs plus rompus aux voies basses comme Dargent [22, 23], Kalinkov [48] et Kovac [43], il oscille entre 60 et 80 %, prolapsus compris.

Nous n'avons pas retrouvé d'études prospectives portant sur les voies d'abord de l'hystérectomie en excluant les indications néoplasiques et les prolapsus.

– ***Volume utérin important***

- Gitsch en 1991 [33] recherchant l'incidence du volume utérin sur la fréquence des complications observées lors de la réalisation d'hystérectomies vaginales, ne retrouve aucune corrélation en dehors de complications hémorragiques plus fréquentes lorsqu'un morcellement est nécessaire.

- Draca [28] et Kovac [43] ne constatent pas d'augmentation de morbidité après hystérectomie vaginale lorsqu'un procédé de réduction du volume utérin est nécessaire.

– ***Antécédents chirurgicaux***

- Tyrone [68] a constaté que le taux de morbidité après hystérectomie vaginale chez des patientes présentant des antécédents de chirurgie pelvienne n'était pas plus élevé.

- Gitsch [33] ne retrouve pas plus de complications après hystérectomie vaginale en cas de consistance antérieure.

– ***Annexectomie associée lors de l'hystérectomie vaginale***

Gitsch [33] ne note pas plus de complications en cas d'annexectomie réalisée au cours d'une hystérectomie vaginale mais n'indique pas le pourcentage de cas réalisés. Ballard [1] au cours de 138 hystérectomies vaginales note que l'annexectomie est possible par voie basse dans environ deux tiers des cas (90 patientes), sans augmentation de la morbidité ou des complications péri-opératoires. Sheth [65] réalisant une hystérectomie vaginale chez 740 patientes note que l'annexectomie est réalisable dans 94 % des cas, sans risque hémorragique ou urétéral. Le risque d'échec est augmenté en cas d'obésité, de nulliparité, de volume utérin augmenté ou de mobilité diminuée, ainsi qu'en cas de pathologie tubo-ovarienne.

Une annexectomie difficile, ou impossible en cours d'hystérectomie vaginale (deux cas dans notre série) pourra toujours être réalisée secondairement par coelioscopie, mais nous estimons que la décision d'annexectomie dans le protocole opératoire d'une hystérectomie vaginale ne doit pas conduire à une coelioscopie systématique préalable [20].

De même, le volume utérin ne doit pas constituer à lui seul un obstacle à une voie vaginale. Un antécédent chirurgical pelvien ne devrait

## HYSTÉRECTOMIES

indiquer une cœlioscopie systématique que s'il s'agit d'un geste majeur, éventuellement compliqué [20, 56].

### 2. Notre expérience

Une étude prospective a été menée à la Clinique universitaire de Gynécologie Obstétrique et Pathologie de la Reproduction au Pavillon Paul Gellé à Roubaix du 31 mars 1991 au 31 mars 1996.

Durant ces cinq années, le choix de la voie d'abord a été déterminé de la manière suivante :

1. voie vaginale simple en priorité chaque fois que possible ;
2. aide cœlioscopique en cas de pathologie annexielle ou de suspicion d'adhérences pelviennes ;
3. hystérectomie cœlioscopique vraie réservée aux patientes se présentant avec utérus modérément augmenté de volume et avec accès vaginal insuffisant ;
4. hystérectomie abdominale dans les autres cas.

Parmi 1 151 hystérectomies réalisées pour lésions bénignes sur utérus non prolabé, 918 hystérectomies soit 79,8 % ont été pratiquées par voie vaginale et 119 soit 10,3 % ont bénéficié d'une assistance cœlioscopique. Une hystérectomie abdominale a été réalisée dans 114 cas, soit 9,9 % (tableau V).

Parmi les 813 hystérectomies vaginales le recours à une technique de réduction du volume utérin a été fréquent (49 %).

Les indications des hystérectomies cœlio-assistées et abdominales sont relevées dans le tableau VI. Le poids utérin moyen était de 800 g pour les voies abdominales, 240 pour les voies vaginales, et 170 pour les cœlio-assistées.

*Tableau V*  
*Voies d'abord*

	Mars 91-92	Mars 92-93	Mars 93-94	Mars 94-95	Mars 95-96	<b>Total</b>
<b>Abdominales n = 114</b> <b>(9,9 %)</b>	23 (13 %)	21 (8,5 %)	37 (9,8 %)	21 (11,8 %)	12 (7,1 %)	<b>114</b> <b>(9,9 %)</b>
<b>Vaginales n = 918</b> <b>(79,8 %)</b>	132 (72 %)	207 (84,5 %)	311 (82,2 %)	132 (74,6 %)	136 (81 %)	<b>918</b> <b>(79,8 %)</b>
<b>Cœlio-assistées</b>	28 (15 %)	17 (7 %)	30 (8 %)	24 (13,6 %)	20 (11,9 %)	<b>119</b> <b>(10,3 %)</b>

*Tableau VI*  
*Indications des hystérectomies abdominales cœlio-assistées*

	Hystérectomies abdominales n = 114	Hystérectomies cœlio-assistées n = 119
Adhérences	2	73
Adhérences + volume	62	–
Pathologie annexielle	6	37
Utérus volumineux accès vaginal réduit	32	6
Echec H.V.	12	3

Les complications post-opératoires ont nécessité six réinterventions :  
– une occlusion intestinale aiguë après hystérectomie abdominale en rapport avec une plaie opératoire du grêle passée inaperçue et traitée par résection intestinale ;

- un abcès de paroi après hystérectomie abdominale ;
- hémorragie post-opératoire après hystérectomie vaginale dans 4 cas, dont trois reprises par cœlioscopie et une par voie vaginale ;

Nous n'avons pas à déplorer de décès.

Les voies d'abord cœlioscopiques ou abdominales sont significativement plus élevées en cas d'endométriose, de nulliparité ou de primiparité, d'antécédents de chirurgie pelvienne ou de césariennes, ou d'utérus pesant plus de 600 grammes.

L'acquisition d'une meilleure maîtrise en voie vaginale, et en particulier des procédés de réduction, permet de ramener à la voie basse un certain nombre d'indications d'hystérectomie abdominale. Plusieurs séries de la littérature confortent cette analyse, les pourcentages importants d'hystérectomies vaginales étant toujours associés à un pourcentage correspondant de gestes de réduction [20, 23, 43].

La tentative d'hystérectomie vaginale a échoué avec recours à la voie abdominale dans douze cas. Ce pourcentage de 1,3 % se situe dans la moyenne des séries publiées. Nous avons eu recours quatre fois à une réintervention pour hémorragie post-opératoire après hystérectomie vaginale (0,4 %). Ce chiffre est nettement inférieur à celui de Dargent [22, 23, 64] qui notait 4,3 % de reprises chirurgicales pour hémorragie après hystérectomie vaginale, mais dans une série incluant des indications de prolapsus. Nous n'avons pu comparer nos taux de transfusions post-opératoires à ceux

## HYSTÉRECTOMIES

de la littérature, ces transfusions étant actuellement réservées uniquement à certains cas d'hémorragies majeures.

Malgré une option résolument « vaginaliste », nos complications per et post-opératoires n'ont pas été plus élevées dans notre série que dans les autres séries publiées qui présentent par contre des taux de laparotomie plus élevés (tableau VII).

Tableau VII  
*Complications péri-opératoires, toutes voies d'abord confondues*

	Plaies de vessie	Plaies digestives	Total peropératoire	Total réinterventions	Mortalité
Dargent 1980 n = 894	18 (2 %)	3 (0,33 %)	21 (2,33 %)	36 (4 %)	3 (0,33 %)
Dicker 1982 n = 1851	12 (0,65 %)	6 (0,32 %)	18 (0,97 %)	20 (1,08 %)	2 (0,1 %)
Kovac 1986 n = 902	12 (1,22 %)	0	12 (1,2 %)	3 (0,33 %)	1 (0,11 %)
Paul Gellé 1996 n = 1151	9 (0,78 %)	7 (0,6 %)	16 (1,38 %)	6 (0,5 %)	0

### 3. Discussion

Un gros utérus, des antécédents de césarienne ou de chirurgie pelvienne, une endométriose, une patiente nullipare ne sont donc pas des contre-indications à la voie vaginale simple lorsque ces éléments sont isolés.

Il est donc raisonnable de considérer qu'environ huit fois sur dix une hystérectomie par la voie vaginale est possible. Dans les cas « limites », où sont associés augmentation moyenne du volume utérin et/ou suspicion d'adhérences pelviennes et un accès vaginal modéré, l'examen clinique appréciera la mobilité utérine, « *relaxation* » utérine selon la terminologie anglo-saxonne, ainsi que les possibilités de descente de l'utérus lors d'une traction cervicale. Un utérus fixé ne présentant ni descente à la traction ni mobilisation sera confronté à l'accès vaginal, et en dernier ressort à l'examen sous anesthésie générale en début d'intervention. Le changement de voie d'abord toujours envisageable aura nécessairement été évoqué avec la patiente lors de la décision opératoire.

L'hystérectomie abdominale sera donc réservée par élimination aux très gros utérus associés ou non à des antécédents de chirurgie pelvienne majeure, et aux éventuels échecs de la voie vaginale simple.

### III. CONSERVATION DU COL UTÉRIN ET DES ANNEXES

#### 1. Annexectomie

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la plupart du temps une annexectomie est possible lors de l'hystérectomie par voie vaginale, dans deux tiers à 90 % des cas selon l'expérience de l'opérateur. Le risque opératoire est nul dans les situations non compliquées qui sont les plus fréquentes.

Le bénéfice attendu est la prévention du cancer de l'ovaire, trop rare pour être un argument suffisant, mais surtout la prévention d'éventuelles pathologies bénignes de l'ovaire comme kystes ou dystrophies périméno-pausiques.

Le cancer de l'ovaire est un cancer rare mais grave. Son incidence en France est estimée à environ 10 à 15 pour 10 000, mais 75 % environ sont diagnostiqués tardivement, à un stade avancé, pour lesquels la survie à 5 ans est à peine de 25 % [52]. Le risque de cancer sur ovaire résiduel est diversement apprécié, de 4,5 % à 18,2 % [3, 66]. Ce risque varie selon que l'on réalise une analyse rétrospective des femmes présentant un cancer de l'ovaire et un antécédent d'hystérectomie comme Kazadi Buanga [39] qui le retrouve chez 485 femmes parmi 5 891 cancers de l'ovaire, soit 8,2 %. Au contraire une analyse prospective chez les femmes hystérectomisées ne retrouve un cancer de l'ovaire que pour 66 femmes sur 24 254, soit 0,2 %.

Certains auteurs ne préconisent l'annexectomie que s'il existe un risque pathologique élevé estimant qu'il faudrait réaliser 5 000 annexectomies systématiques au cours d'une hystérectomie, pour éviter un seul cancer de l'ovaire [63].

Au contraire, d'autres comme Sightler estiment qu'une annexectomie systématique en cours d'hystérectomie chez les femmes de plus de 40 ans, aurait évité 7,5 % des cancers de l'ovaire traités dans son service, et, vu le nombre d'hystérectomies aux États-Unis, permettrait de prévenir 1 000 cas de cancers de l'ovaire par an aux seuls États-Unis.

Néanmoins ce bénéfice théorique doit être modéré puisque l'annexectomie ne permet pas de prévenir les cas de carcinose péritonéale primitive.

Il est indiscutable pour les femmes aux antécédents familiaux de cancer de l'ovaire qui présentent un risque relatif augmenté à 4,5 [36]. Ces cas

associent les formes familiales de cancer de l'ovaire, les syndromes sein-ovaire avec un risque nettement élevé chez les porteuses du gène BRCA1, et les cas de syndrome de Lynch associant cancers de l'ovaire, du sein et digestifs.

Chez ces patientes à risque élevé une annexectomie devrait être systématiquement proposée aux patientes de plus de 35 ans ne désirant plus d'enfant [24].

Cette attitude pourrait être élargie aux patientes hypofertiles présentant des antécédents de stimulation ovarienne pour procréation médicalement assistée [46].

Pour les patientes ne présentant pas de risque augmenté, si le risque de cancer est extrêmement faible, il existe néanmoins un risque de troubles fonctionnels liés à l'ovaire résiduel. Ainsi, même en cas de conservation de l'ovaire, environ 21 % des patientes se plaindront de bouffées de chaleur gênantes [31].

Le syndrome de l'ovaire résiduel est estimé entre 1 et 3,5 % [14]. Ce syndrome associe des algies pelviennes chroniques ou aiguës, des dyspareunies, voire une masse pelvienne, liées à l'apparition de kystes fonctionnels, folliculaires, corps jaunes ou kystes endométriosiques, voire à des tumeurs bénignes ou malignes, ou à de seules adhérences péri-ovariennes post-opératoires [25]. Kazadi Buanga [39] colligeant 10 études parues entre 1955 et 1977, soit 16 572 hystérectomies avec conservation ovarienne, retrouvait 401 patientes (2,4 %) pour lesquelles une réintervention était nécessaire pour pathologie bénigne. Ce taux serait plus élevé après hystérectomie abdominale, et même en cas de conservation d'un seul ovaire [57].

Conservé les ovaires permet d'éviter un geste chirurgical ou des suites opératoires compliquées, même si ce risque est actuellement réduit [5, 63]. La ménopause brutale secondaire à l'annexectomie est par contre source de coûts et de pathologies supplémentaires, surtout chez les patientes qui ne prendront pas de traitement substitutif, ou qui interrompront le traitement.

Enfin le risque psychologique de l'annexectomie a été décrit même s'il est difficilement quantifiable [51].

Il paraît donc nécessaire, au vu des avantages et inconvénients du geste, de partager la décision avec la patiente et d'obtenir son consentement éclairé. Chez une patiente déjà ménopausée, ou de plus de 50 ans il paraît logique de proposer une annexectomie systématique. Avant 45 ans une annexectomie paraît superflue en l'absence de facteurs de risque, et entre 45 et 50 ans la décision relève du consentement éclairé de la patiente. Il faut savoir en cours d'intervention modifier son attitude en cas de découverte de pathologie ovarienne, ou au contraire de difficultés chirurgicales imprévues, cette éventualité ayant été abordée avec la patiente.

## 2. Conservation du col : place des hystérectomies subtotaux

Le risque de cancer du col restant, estimé dans les années quarante, entre 1 et 2 %, a conduit à cette période à une diminution brutale du nombre des hystérectomies subtotaux réalisées [19].

Depuis, l'introduction du dépistage des dysplasies cervicales a conduit à une diminution du nombre des carcinomes du col, ainsi qu'à une diminution très nette de la mortalité par cancer du col [35]. Une diminution du nombre de dysplasies cervicales peut encore être obtenue grâce à l'électrocoagulation du col en peropérateur [35].

Parallèlement, le développement de la cœliochirurgie a rendu au débat son actualité. En effet la conservation du col simplifie l'hystérectomie cœlioscopique, permettant de réaliser l'intervention plus rapidement, avec un risque urétéral moindre, ce qui a conduit certaines équipes à redécouvrir cette technique [35]. Le bénéfice attendu est celui d'une diminution du taux des complications peropératoires et des séquelles urinaires, digestives, et sexuelles à distance.

Certains auteurs ont en effet suggéré que le col utérin joue un rôle majeur dans la statique et l'innervation pelvienne, ainsi que pour la sexualité des patientes [35]. Les dissections nécessaires pour réaliser l'ablation du col pourraient être responsables de troubles vésicaux, rectaux et sexuels.

Il est bien difficile de se faire une opinion précise car la littérature est extrêmement pauvre en études comparatives, et il n'existe aucune étude randomisée comparant les hystérectomies totales et subtotaux, la plupart des discussions reposant plus sur l'intime conviction des auteurs que sur des arguments « scientifiques » [63].

Ainsi Prior [59] a retrouvé des troubles significatifs de la sensibilité rectale et vésicale après hystérectomie totale, persistant au moins 6 mois, mais sans comparer ces chiffres à une série d'hystérectomies subtotaux. De plus, il n'existe pas de corrélation dans son étude entre les troubles manométriques et la symptomatologie clinique [59]. De même, Taylor et Roos [63] rapportent une augmentation des troubles urinaires et digestifs après hystérectomie totale sans réaliser de comparaison en cas de conservation du col.

Une seule étude publiée par Kilkku dans les années 80 compare les hystérectomies abdominales subtotaux ( $n = 107$ ) et totales ( $n = 105$ ) pour indications lésions bénignes.

Cette étude a été publiée en trois épisodes concernant les mêmes 212 patientes entre février 1978 et mai 1979, avec critères sexuels, urinaires et psychologiques, les publications étant étalées dans le temps de 1981 [40] à 1983 [41] et enfin 1987 [42]. L'âge moyen des patientes est de 46 ans et les deux groupes sont comparables socialement. Les patientes présentant une pathologie neurologique, diabétique, hépatique ou rénale ont été exclues

ainsi que les patientes prenant un traitement neuroleptique ou antidépresseur. Les patientes ont été revues en post-opératoire à 6 semaines, 6 mois, 1 an et trois ans avec 93,6 % de suivi. En fait d'entretien, l'auteur demande à ses patientes de répondre à un questionnaire comportant 7 items psychologiques, 3 critères urinaires et 5 critères sexuels, avec un retentissement déterminé comme léger, modéré et sévère. Les conclusions vont toutes dans le sens d'un bénéfice net en faveur de l'hystérectomie subtotale tant sur le plan du retentissement urinaire (mictions incomplètes, incontinence urinaire d'effort, pollakiurie), psychologique et sexuel (diminution de la fréquence de l'orgasme).

Cette série, qui est la seule d'importance concernant les hystérectomies subtotaux et la plus citée à ce propos, n'est donc pas une étude randomisée, et l'étude n'est pas aveugle. De plus, l'auteur a personnellement réalisé tous les entretiens en sachant pertinemment quelles étaient les patientes qui avaient bénéficié d'une hystérectomie subtotale ou totale. L'analyse des critères retenus n'est pas détaillée, elle n'est pas objective et les critères d'évaluation semblent trop grossiers pour permettre une analyse fine. Elle ne permet donc pas de parvenir aux conclusions formelles de l'auteur en faveur de l'hystérectomie subtotale qui doivent donc être fortement nuancées, et qui mériteraient d'être confirmées par une réelle étude randomisée.

Une publication récente [60] fait état d'une comparaison entre 21 hystérectomies cœlioscopiques subtotaux et 20 hystérectomies totales vaginales cœlio-assistées. Les durées d'intervention, hémorragies per-opératoires et durées d'hospitalisation sont comparables. D'éventuels bénéfices à long terme liés à la conservation du col ne sont pas mis en évidence étant donné le faible recul. Néanmoins malgré la destruction de la muqueuse de l'endocol per-opératoire, 10 % des patientes se plaignent encore de métrorragies cycliques. Les risques carcinologiques du col restant qui ont fait abandonner cette technique au début du siècle doivent être tempérés si on sélectionne des patientes de plus de 50 ans, dont la surveillance cytologique aurait toujours été normale. Néanmoins, le risque de pathologie bénigne sur col restant n'est pas négligeable [35], et l'absence de bénéfice démontré de cette technique doit la faire réserver à quelques cas exceptionnels. L'hystérectomie subtotale doit continuer à être réservée aux seuls cas techniquement difficiles pour lesquels la conservation du col diminue le risque peropératoire, comme pour les cas d'hystérectomie sur utérus gravide, ou lorsqu'on souhaite éviter une ouverture vaginale avant de réaliser une promontofixation par bandelettes prothétiques. Enfin des antécédents de promontofixation ou de douglassesctomie peuvent faire préférer une hystérectomie subtotale, mais ce uniquement si l'on a pris la précaution de s'assurer préalablement de la normalité du col utérin.



## CONCLUSION

La maîtrise de la voie basse permet de réaliser une hystérectomie vaginale pour 80 % environ des patientes, sous couvert chez la moitié d'entre elles d'un procédé de réduction de volume utérin. Entre des mains expérimentées, les antécédents de chirurgie pelvienne ou de césarienne ne représentent pas une contre-indication à la voie vaginale. Une assistance cœlioscopique est utile dans 10 % des cas, permettant de ramener une hystérectomie abdominale à la voie vaginale, principalement pour les cas de pathologie annexielle ou de suspicion d'adhérences pelviennes.

L'hystérectomie abdominale est à réserver aux seuls utérus volumineux dépassant l'ombilic, associés ou non à des adhérences pelviennes.

Les bénéfices de cette stratégie sont appréciables pour les patientes, en raison de la diminution des complications thrombo-emboliques et de la réduction nette de la durée d'hospitalisation. Les suites opératoires plus simples et le confort accru permettent une reprise de l'activité professionnelle plus rapide et se traduisent par un moindre coût global pour la collectivité. L'absence de cicatrice visible représente un bénéfice appréciable tant sur le plan esthétique que fonctionnel et notamment en cas d'hystérectomie vaginale simple.

Une diminution supplémentaire de mortalité et de morbidité passe par une réduction raisonnée de la proportion des voies abdominales grâce aux procédés de réduction du volume utérin et à l'assistance cœlioscopique.

La méconnaissance de la voie vaginale fait l'indication de l'abord cœlioscopique, avec un coût supérieur sans avantage pour la patiente.

L'hystérectomie totale par voie vaginale nous semble devoir être considérée comme la voie de référence des hystérectomies, et l'apprentissage de sa technique devrait être une priorité pour les équipes universitaires, sans pour autant négliger la voie abdominale, utile en cas de recours.

### *Résumé*

*Parallèlement à une prise de conscience du retentissement à court comme à long terme des hystérectomies, la plupart des chirurgiens gynécologiques s'accordent actuellement sur le fait qu'il faut tenter d'une part de diminuer le nombre d'hystérectomies réalisées, et d'autre part d'en diminuer le retentissement personnel, social et économique.*

*L'intervention la moins chère, dont la durée de convalescence, d'hospitalisation et d'intervention sont les plus courtes est sans discussion possible*

## HYSTÉRECTOMIES

*l'hystérectomie vaginale. Elle devrait donc se voir préférer aux autres voies d'abord chaque fois que le choix est possible et, à ce titre, être enseignée aux chirurgiens comme la voie d'abord de référence.*

*L'assistance cœlioscopique est une intervention utile qui permet de ramener à la voie basse nombre de patientes présentant une pathologie annexielle ou de fortes suspicions d'adhérences pelviennes post-infectieuses, chirurgicales ou endométriosiques. De réalisation plus longue et de coût plus élevé, elle devrait se voir réservée aux seuls cas où elle permet d'éviter une laparotomie. À chaque fois que possible, on préférera l'utilisation de matériel réutilisable et la coagulation-section aux pinces automatiques.*

*Chez une patiente déjà ménopausée ou de plus de 50 ans, on proposera une annexectomie systématique. Avant 45 ans, une annexectomie paraît superflue en l'absence de facteurs de risque, et, entre 45 et 50 ans, la décision relève du consentement éclairé de la patiente. Il faut savoir en cours d'intervention modifier son attitude en cas de découverte d'une pathologie ovarienne ou, au contraire, de difficultés chirurgicales imprévues, cette éventualité ayant été abordée avec la patiente.*

*L'hystérectomie vaginale doit bien être considérée comme l'intervention de référence pour le traitement radical des pathologies bénignes de l'utérus, même en l'absence de prolapsus. Les bénéfices de cette stratégie sont très appréciables pour les patientes, en raison de la réduction nette de la durée d'hospitalisation. Les suites opératoires plus simples et le confort accru permettent une reprise de l'activité professionnelle plus rapide et se traduisent par une diminution de coût global pour la collectivité. L'absence de cicatrice visible représente un bénéfice appréciable tant sur le plan esthétique que fonctionnel. Une diminution supplémentaire de mortalité et de morbidité péri-opératoire des hystérectomies dans notre pays passe par une réduction raisonnée de la proportion des voies abdominales grâce aux procédés de réduction du volume utérin et à l'assistance cœlioscopique.*

## Bibliographie

1. Ballard L.A., Walters M.D. Transvaginal mobilization and removal of ovaries and fallopian tubes after vaginal hysterectomy. *Obstet. Gynecol.* 1996; 87 : 35-9.
2. Barker M.G. Psychiatric illness after hysterectomy. *Br. Med. J.* 1968; 2 : 91.
3. Barrada M., Pateisky N., Schatten C., Javra N. Ovarian cancer after hysterectomy. *Gynakol. Geburtshifflische Rundsc.* 1993; 33 : 243-45.
4. Belaiche R. Rubrique économique : Coût de l'hystérectomie abdominale et cœlioscopique. *Syngof.* 1993; 14 : 14-15.
5. Bernard P., Stein J. L'annexectomie par la voie vaginale. *Gynécologie.* 1995; 3 : 185-86.
6. Boike G.M., Elfstrand E., Delpriore G., Schumock D., Holley H.S., Lurain J.R.

- Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital : Report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993; 168 : 1690-7.
7. Borg G. Le vécu de l'hystérectomie. *Contracept. Fertil. Sex.* 1982; 10 : 607-12.
  8. Bragg R.L. Risk of admission to mental hospital following hysterectomy or cholecystectomy. *Am. J. Public Health*, 1965; 55 : 1403-5.
  9. Bronitsky C., Payne R., Stuckey S., Wilkins D. A comparison of Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy vs Traditional Total Abdominal and Vaginal Hysterectomies. *J. Gynecol. Surg.* 1993; 9 : 219-25.
  10. Carlson K.J., Nichols D.H., Schiff I. Indications for hysterectomy. *NEJM*, 1993; 328(12) : 856-60.
  11. Caruso S., Agnello C., Campo M. G. Modifications psychosexuelles dans un couple avec une femme hystérectomisée. *Med. et Hyg.* 1992; 50 : 913-18.
  12. Casper R.F. , Hearn M.T. The effect of hysterectomy and bilateral oophorectomy in women with severe premenstrual syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990; 162 : 105-9.
  13. Chang S.B. Factors influencing sexual satisfaction in women who have had a hysterectomy. *Kanito Hakhoe C.H.I.* 1990; 20 : 357-67.
  14. Christ J.E., Lotze E.C. The residual ovary syndrome. *Obstet. Gynecol.* 1975; 46 : 551-56.
  15. Cole P., Berlin J. Elective hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977; 129 : 117-23.
  16. Copenhaver E.H. An analysis of indications and complications among 1000 operations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1962; 84 : 123-8.
  17. Culter W. Regular sex is important for female health. *Aust. Doctor Weekly.* 1992; 28 : 39-43.
  18. Cosson M., Querleu D., Buchet B., Parmentier D., Debodinance P., Crépin G. Coûts respectifs et complications des voies d'abord des hystérectomies. *JOB-GYN.* 1994; 2 : 415-24.
  19. Cosson M. L'hystérectomie; passé, présent, avenir. Thèse; Lille : 1993.
  20. Cosson M., Querleu D., Subtil D., Switala I., Buchet B., Crépin G. The feasibility of vaginal hysterectomy. *Eur. J. Obstet. Gynecol.* 1996; 64 : 95-9.
  21. Daniell J.F., Kurtz B.R., McTavish G., Gurley L.D., Shearer R.A., Chambers J.F., Staggs S.M. Laparoscopic assisted vaginal hysterectomy. The initial Nashville Tennessee experience. *J. Reprod. Med.* 1993; 38 : 537-542.
  22. Dargent D., Rudigoz R.D., Audra P. L'opération de Récamier. À propos de 1030 observations. *Soc. de Chirurgie; Lyon* : 8. 11. 84.
  23. Dargent D., Rudigoz R.D. L'hystérectomie vaginale : notre expérience des années 1970 à 1979 (556 opérations). *J. Gyn. Obst. Biol. Reprod.* 1980; 2 : 895-908.
  24. Dauplat J. L'ovariectomie prophylactique : quand faut-il la proposer pour prévenir le cancer de l'ovaire? La lettre du gynécologue 1994; 195 : 3-5.
  25. Deneff J.C., Hollenbeck Z.K.R. The fate of ovaries preserved at the time of hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1966; 15 : 1088-97.
  26. Deprest J., Depretere R., Maton F. et coll. A comparison of hospital costs for laparoscopic, abdominal and vaginal hysterectomies in Belgium. 2nd European Congress in gynaecological Endoscopy and New Surgical Techniques 1993; Heidelberg, Germany.
  27. Dicker R.C., Greenspan J.R., Strauss L.T. et coll. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982; 144 : 841-8.
  28. Draca D. Vaginal hysterectomy by means of morcellation *Eur. J. Obs. Gyn. Reprod. Biol.* 1986; 22 : 237.
  29. Dubuisson J.B., Chapron C., Bouquet de Jolinière J. Les fibromes utérins, Ed. Arnette, Paris 1994.
  30. Feraze R.M. Vaginal hysterectomy and repair. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1978; 5 : 545-56.
  31. Funck-Brentano P. L'ovaire restant après hystérectomie, *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1958; 53 : 217-234.
  32. Gill F., Wierrani F., Grunberger W. Die pelviskopische hysterectomie. Eine pros-

- pektive vergleichsstudie uber falle. Geburt. Frauen. 1992; 52 : 681-683.
33. Gitsch G., Berger E., Tatra G. Complications of vaginal hysterectomy under « difficult » circumstances. Arch. Gynecol. Obst. 1991; 249 : 209-212.
  34. Hancock K.W., Scott J.S. Early discharge following vaginal hysterectomy. Br. J. Obst. et Gynaecol. 1993; 100 : 262-4.
  35. Hasson H.M. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. J. Reprod. Med. 1993; 38(10) : 781-90.
  36. Houlston R., Bourne T.H., Davies A., Witheford R.I. et coll. Use of family history in a screening clinic for familial ovarian cancer. Gynecol. Oncol. 1992; 47 : 247-252.
  37. Howard F.M., Sanchez R. A comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy. J. Gynecol. Surg. 1993; 9 : 83-7.
  38. Kalinkov D., Bulcholz R. L'hystérectomie vaginale. EMC. 41650 : 4. 5. 07.
  39. Kazadi Buanga J., Roviramontagne J., Laparte Escorza M.C., Lopez Garcia G. L'ovaire restant après hystérectomie; faut-il à la périménopause une castration pour prévenir le cancer ovarien? Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1994; 89(1) : 14-20.
  40. Kilkku P., Hirvonen T., Grönroos M. Supravaginal uterine amputation vs. abdominal hysterectomy: the effects on urinary symptoms with special reference to pollakisuria, nocturia and dysuria. Maturitas. 1981; 3 : 197-201.
  41. Kilkku P., Grönroos M., Hirvonen T., Rauramo L. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy, effects on libido and orgasm. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1983; 62 : 147-52.
  42. Kilkku P., Lethinen V., Hirvonen T., Grönroos M. Abdominal hysterectomy versus supravaginal uterine amputation: psychic factors. Ann. Chir. Gynecol. 1987; 202 : 62-7.
  43. Kovac R.S. Intramyometrial coring as an adjunct to vaginal hysterectomy. Obst. Gynecol. 1986; 67 : 131-6.
  44. Langer R., Neuman M., Ronel R. The effect of total abdominal hysterectomy on bladder function in asymptomatic women. Obstet. Gynecol. 1989; 74 : 205-7.
  45. Liu C.Y. Laparoscopic hysterectomy: report of 215 cases. Gyn. Endosc. 1992; 1 : 73-77.
  46. Lopes P., Mensier A. Ovarian cancer and assisted reproductive technology. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1993; 51 : 171-173.
  47. Mage G., Wattiez A., Chapron C. et coll. Hystérectomies percoelioscopiques: résultats d'une série de 44 cas. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1992; 21 : 436-444.
  48. Masson F.N. Hystérectomie per-coelioscopique, à propos de 318 cas. Thèse, Clermont-Ferrand, 1994.
  49. Miller H.E., Préjean O. A comparative analysis of total abdominal, supravaginal and vaginal hysterectomies. 66e Congrès American Gynaecological Society, Colorado Springs : 1941.
  50. Munro M.G., Deprest J. Laparoscopic hysterectomy: does it work? A bicontinental review of the literature and clinical commentary. Clin. Obstet. Gynecol. 1995; 38(2) : 401-425.
  51. Nathorst-Boos J., Von Schultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. Gynecol. Obstet. Invest. 1992; 34 : 97-102.
  52. Neijt J.P., Ten Bokkelhuinink W.W., Vandenburg M. et coll. Long term survival in ovarian cancer. Eur. J. Cancer, 1991; 27(11) : 1367-1372.
  53. Nezhat F., Nezhat C., Gorbun S., Wilkins E. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. J. Reprod. Med. 1992; 3 : 247-250.
  54. Nezhat C., Bess O., Admon D., Nezhat C.H., Nezhat F. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal and laparoscopic assisted vaginal hysterectomies. Obstet. Gynecol. 1994; 83 : 713-6.
  55. Phipps J.H., John M., Nayak S. Comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy with conventional abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. Br. J. Obst. Gynaecol. 1993; 100 : 698-700.
  56. Piura B. Prophylactic posterior culdoplasty. Am. J. Obstet. Gynecol. 1986; 155 : 605-9.

57. Plockinger B., Kolbl H. Development of ovarian pathology after hysterectomy without oophorectomy. *J. Am. Coll. Surg.* 1994; 178 : 581-585.
58. Powers T.W. The outpatient vaginal hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993; 168 : 1875-8.
59. Prior A., Stanley K., Smith A.R., Readn W. Effect of hysterectomy on anorectal and urethrovaginal physiology. *Gut.* 1992; 33 : 264-7.
60. Richards S.R., Simpkins S. Laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparoscopists.* 1995; 2 : 431-35.
61. Reich H., De Caprio J.R., Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J. Gynecol. Surg.* 1989; 5 : 213-215.
62. Richardson R.E., Broadbent M., Boumas N., Magos A.L. Randomised controlled trial of laparoscopically assisted against conventional vaginal hysterectomy. 2nd European Congress in gynaecological Endoscopy and New Surgical Techniques 1993; Heidelberg, Germany.
63. Ross N.P. Hysterectomies in one Canadian province : a new look at risks and benefits, *Am. J. Public Health* 1984; 74 : 39.
64. Rudigoz R.C. L'hystérectomie vaginale. Techniques, résultats, indications : à propos d'une série comparative rétrospective et prospective (620 observations ). Thèse Lyon : 1977.
65. Sheth S.S. The place of oophorectomy at vaginal hysterectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1991; 98 : 662-6.
66. Sightler S.E., Boike G.M., Estade R.E., Averette H.E. Ovarian cancer in women with prior hysterectomy : a 14 year experience at the university of Miami. *Obstet. Gynecol.* 1991; 78 : 681-684.
67. Summitt R.L. Jr, Stovall T.G., Lipscomb G.H., Ling F.W. Randomized comparison of laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy with standart vaginal hysterectomy in outpatient setting. *Obstet. Gynecol.* 1993; 80(6) : 895-901.
68. Tyrone C. Analysis of pelvic operations preceding hysterectomy; causal relationship. *Ann. Surg.* 1947; 125 : 669.
69. Wilcox L.S., Coonin L.M., Strauss L.T., Xia Z., Peterson H.B. Hysterectomy in the united states, 1988-1990. *Obstet. Gynecol.* 1994; 83 : 549-55.
70. Wingo P.A., Huzo C.M., Rubin G.L., Ory H.W., Peterson H.B. The mortality risk associated with hysterectomy. *Am. J. Obst. Gynecol.* 1992; 167 : 756-757.