



Comment je fais... simplement une hystérectomie par voie vaginale ? (école de chirurgie vaginale de Lyon)

G. Chene, G. Lamblin, K. Lebail Carval, P. Chabert, G. Mellier

► To cite this version:

G. Chene, G. Lamblin, K. Lebail Carval, P. Chabert, G. Mellier. Comment je fais... simplement une hystérectomie par voie vaginale ? (école de chirurgie vaginale de Lyon). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2019, 47, pp.381 - 386. <10.1016/j.gofs.2018.10.040>. <hal-03486605>

HAL Id: hal-03486605

<https://hal.science/hal-03486605v1>

Submitted on 21 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Comment je fais... simplement une hystérectomie par voie vaginale ? (Ecole de chirurgie vaginale de Lyon)

titre court: **technique simple d'hystérectomie vaginale**

How I do... easily a vaginal hysterectomy ? (School of vaginal surgery of Lyon)

Short title: **easy vaginal hysterectomy technique.**

G. Chene^{1,2}, G. Lamblin¹, K. Lebail Carval¹, P. Chabert¹, G. Mellier¹.

¹Département de Gynécologie, Hôpital Femme Mère Enfant, HFME, Hospices civils de Lyon, 69000 Lyon, France.

²Université Claude Bernard Lyon 1, EMR 3738, 69000 Lyon, France

Auteur correspondant: Gautier Chene, MD, Département de Gynécologie, Hôpital Femme Mère Enfant, HFME, Lyon CHU, 69000 Lyon, France
E-mail: chenegautier@yahoo.fr

Conflit d'intérêt: aucun

Introduction:

Les récentes données du PMSI objectivent une diminution de la prévalence des hystérectomies en France, passant de 68.936 cas en 2010 à 64.612 en 2014 soit une baisse de 6% [1]. Il s'agit d'une tendance mondiale en lien avec les nouveaux traitements médicamenteux (en particulier l'ulipristal acétate) et/ou mini-invasifs conservateurs (notamment les techniques de thermocoagulation de l'endomètre) .

L'abord laparotomique reste prédominant représentant 38,2% des cas contre 37,1 % pour la voie vaginale et seulement 12% (24,4% en cas d'abord coelio-vaginale) pour l'approche laparoscopique [2]. Au Royaume-Uni, la prévalence de l'hystérectomie vaginale ne dépasse pas 30%; elle est de moins de 20% aux Etats-Unis, 8% en Belgique et 3% en Norvège [3, 4].

Cette tendance n'est pas prête à s'inverser avec une poursuite de l'augmentation des abords laparotomiques au détriment des voies vaginales et coelioscopiques [5].

Pourtant, il est largement démontré la supériorité des abords vaginaux et coelioscopiques par rapport à la voie laparotomique en terme de morbidité, douleurs et durée d'hospitalisation (recommandation de grade B) [6].

Si l'enseignement de la coelioscopie est aisément possible et réalisable sur différents modèles (vidéos chirurgicales, démonstrations opératoires, diplôme inter-universitaire, pelvi-trainer, simulateur de réalité virtuelle, modèle animal), l'idée reçue que la chirurgie vaginale ne serait que "palpatoire" et "non enseignable" est fausse: vidéos chirurgicales, démonstrations opératoires, compagnonnage, diplôme inter-universitaire, entraînement sur brebis sont également possibles et pertinents pour apprendre la chirurgie vaginale [7].

La question à se poser est donc la suivante: comment éviter l'abord laparotomique pour réaliser une hystérectomie et par voie de conséquence comment promouvoir les autres voies d'abord chirurgical ?

La fréquence des hystérectomies vaginales a augmenté de 4% en 1987 à 31% en 2003 en Suède et de 18% en 1996 à 44% en 2006 en Finlande grâce à des stratégies actives de développement de l'abord vaginal :

- formation des juniors,
- développement de centres experts et de formation,
- promotion des avantages prouvés de la voie vaginale par rapport aux voies

laparotomiques, laparoscopiques et robotiques [3, 4].

L'apparition de nouvelles techniques d'hémostase, thermofusion ou ultrasons (respectivement pinces bipolaires à haute fréquence avec auto-régulation selon l'impédance et pinces à vibration à effet thermique avec autorégulation) peut participer également à l'attractivité de la voie vaginale en offrant une possibilité d'intervention en ambulatoire (diminution du temps opératoire, de la douleur et de la durée d'hospitalisation) à contre-balancer avec le coût de ces instruments. Pourtant, l'association Gynersiq a constaté une déclaration accrue de complications urinaires après hystérectomie posant la question de la responsabilité des nouvelles pinces hémostatiques [8]. Il n'a pas été retrouvé de différences statistiques dans la littérature scientifique en terme de prévalence des complications urinaires entre ces nouvelles techniques d'hémostase et la suture conventionnelle au fil. Pour autant, il ne faut pas tirer de conclusions hâtives car aucun essai randomisé n'a été mené avec comme critère de jugement principal la prévalence des plaies urinaires et d'autre part, aucun des essais publiés n'avait la puissance statistique suffisante pour répondre à cette question étant donné la faible incidence des complications urinaires

lors d'une hystérectomie vaginale [8]. L'utilisation de ces pinces à hémostase nécessite une technique opératoire stricte et rigoureuse afin d'éviter ces complications thermiques urétérales et vésicales (s'élevant à 1,1% chez des opérateurs entraînés) [9, 10].

Il nous semble ainsi essentiel de ré-apprendre et ré-enseigner la technique de base qu'est l'hystérectomie vaginale. Nous proposons la technique classique au fil à l'aide de l'aiguille de Deschamps décrite et développée par le Professeur Daniel Dargent dans les années 1970, qui d'après notre expérience limite considérablement le risque de blessures urétérales et vésicales (figures 1 à 5).

Technique opératoire:

La patiente est installée en position gynécologique, sous anesthésie générale ou loco-régionale, les fesses débordant légèrement de la table d'opération. Un aide opératoire est placé de chaque côté de l'opérateur; un sondage évacuateur est réalisé en début d'intervention.

Dissection antérieure vésico-utérine: figure 1

L'intervention commence par l'incision vaginale péricervicale à la lame froide au niveau du sillon vésical (repéré en tractant sur le col utérin avec une pince de Museux puis en relâchant, permettant de visualiser la jonction entre l'épithélium lisse cervical et l'épithélium plissé du vagin) en avant (figure 1a), et plus superficiellement en latéral. Le lambeau vaginal antérieur est saisi par une pince à disséquer et est tendu vers le haut (figure 1b). L'incision est poursuivie aux ciseaux perpendiculairement au col utérin et tangentielllement au pôle inférieur de la vessie (figure 1c). La vessie est ainsi décollée dans un plan tangentiel au col avec successivement les ciseaux, le doigt et une valve (figures 1d, 1e et 1f). Le fond du

cul de sac péritonéal vésico-utérin est repéré mais ne doit pas être ouvert pour l'instant.

Dissection postérieure: figure 2

L'incision vaginale péricervicale à la lame froide est poursuivie en arrière (figure 2a). Le lambeau vaginal postérieur est saisi par une pince à disséquer et est tendu vers le bas (figures 2b et 2c). La cloison supra-vaginale postérieure et le péritoine sont incisés avec ouverture du cul de sac de Douglas (figure 12d). Une valve postérieure à poids est alors insérée (figures 2e et 2f).

Section des paracervix et paramètres: figure 3

Les différents éléments suivants sont repérés par les doigts de l'opérateur: pars flaccida du ligament large, artère utérine, insertion des ligaments cardinal et utéro-sacré. La valve antérieure refoule la vessie et les uretères. Les ligaments cardinal et utéro-sacré sont pris en masse avec l'aiguille de Deschamps (figures 3a et 3b). La ligature se fait au niveau de l'incision vaginale péricervicale latérale (figure 3c). Les ligaments sont sectionnés à la lame froide perpendiculairement au col utérin (figure 3d). Le fil est récupéré et l'extrémité aiguillée peut alors fixée le paracervix à l'angle vaginal. On réalise ensuite un deuxième passage avec l'aiguille de Deschamps au niveau de la boucle de l'artère utérine (figure 3e). La ligature est faite en appui contre le moignon des ligaments. Les fibres ligamentaires restantes sont coupées aux ciseaux (figure 3f). L'artère utérine est ensuite disséquée aux ciseaux, prise entre deux pinces de Jean-Louis Faure et sectionnée électivement (figures 3g et 3h). Les deux extrémités sont ligaturées avec un fil libre (figure 3i). Cette séquence est faite d'un côté puis de l'autre.

Extraction de l'utérus: Figure 4

Les doigts de l'opérateur réalisent une bascule postérieure du corps de l'utérus (figure 4a), puis le péritoine antérieur est repéré au doigt et ouvert aux ciseaux (figure 4b). Le pédicule utéro-ovarien et le ligament rond sont soit saisis en masse soit séparément avec une pince de Jean-Louis Faure (ce qui permettra ensuite de réaliser la salpingectomie et/ou l'annexectomie prophylatique) [11]. Les ligaments utéro-ovariens et ronds sont sectionnés puis ligaturés avec un fil aiguillé, l'utérus est enfin extériorisé (figures 4c à 4f).

Péritonisation et fermeture vaginale: figure 5

L'introduction d'une mèche à prostate peut permettre de refouler les anses intestinales et aidera à contrôler l'hémostase des différents pédicules. Elle est ensuite retirée. Un premier point d'angle est réalisé à droite avec aiguillage du péritoine pré-rectal, des ligaments utérosacrés, utéro-ovarien, rond et du péritoine du dôme vésical. Un deuxième point d'angle à gauche est fait en sens inverse en démarrant par le péritoine pré-vésical. Un surjet intermédiaire est réalisé entre les deux points d'angle. **L'extrapéritonisation des pédicules permettra d'éviter un hémopéritoine en cas de lâchage de suture, le saignement se faisant alors par voie vaginale et la reprise chirurgicale pour hémostase pouvant se faire très simplement par voie basse.**

Le vagin est ensuite fermé soit par un surjet (fermeture horizontale de la colpotomie) soit par la technique du gaudronnage (qui assure un bon contrôle hémostatique): on réalise un surjet en adossant le péritoine postérieur sur la tranche vaginale postérieure en allant du ligament utéro-sacré gauche à l'insertion du ligament utéro-sacré droit (figures 5a à 5c), puis un deuxième surjet en adossant le péritoine antérieur sur la tranche vaginale antérieure en allant du ligament cardinal droit et se terminant au ligament cardinal gauche (figures 5d à 5f), l'orifice vaginal n'est donc

pas complètement fermé. La mise en place d'une mèche vaginale n'est pas nécessaire. Un sondage urinaire à demeure peut être proposée pour les 24 premières heures ou alors simplement un sondage évacuateur s'il s'agit d'une hystérectomie ambulatoire.

Artifices techniques dans les situations difficiles:

L'antécédent de césarienne, l'obésité, la nulliparité, les utérus volumineux, l'étroitesse vaginale ou l'immobilité utérine (endométriose, adhérences...) ne sont pas des contre-indications à la voie vaginale mais peuvent rendre difficile la réalisation de l'hystérectomie [6]. Rappelons l'importance de l'examen clinique pré-opératoire et l'expérience du chirurgien avant d'envisager les cas les plus difficiles et le recours possible à la voie coelioscopique exclusive ou coelio-vaginal. Nous proposons ci-dessous quelques astuces.

- adhérences vésico-utérines en cas d'antécédent de césarienne: l'antécédent de césarienne ne constitue pas une contre-indication à l'abord vaginal car la cicatrice de césarienne est le plus souvent haut situé sur l'isthme utérin. Le refoulement vésicale par une valve antérieure, le repérage du fond du cul de sac péritonéal vésico-utérin sans l'ouvrir dès le départ mais après la bascule postérieure du corps de l'utérus comme décrit précédemment, voire le remplissage vésicale avec ou sans solution colorée doivent permettre une dissection sans risque.

- cul de sac de Douglas haut situé (en cas d'allongement du col lors des prolapsus ou en cas d'utérus peu mobile à cause d'adhérences postérieures): l'incision de la paroi vaginale postérieure doit être franche pour pouvoir repérer le bombement du cul de sac de Douglas et l'ouvrir. La ligature et section des ligaments cardinaux et utéro-sacrés peut également donner de la mobilité et faciliter l'ouverture du cul de sac de

Douglas. Le toucher rectal peut également aider et permettre de bien repérer le rectum et éviter le risque de plaie rectale.

- utérus volumineux (figures 6a à 6f): nous réalisons volontiers une amputation du col qui facilitera la bascule postérieure du corps de l'utérus suivie d'une hémisection longitudinale du corps utérin au bistouri froid sous contrôle de la vue et avec une valve postérieure. La traction progressive à l'aide des pinces de Museux tout en continuant l'hémisection permettra de complètement basculer l'utérus. En cas de fibromes, l'énucléation au doigt ou la section et morcellement des myomes, tout en tractant à l'aide des pinces de Museux facilitera l'exposition.

Une autre alternative pour diminuer le volume utérin est la réalisation d'un évidement sous-séreux: il s'agit d'une incision circulaire au bistouri froid qui commence au niveau de l'isthme et s'étend jusqu'au fond utérin sous contrôle de la vue et en tractant avec les pinces de Museux.

- Annexectomie ou salpingectomie concomitante: la technique par voie basse a été précédemment décrite par les mêmes auteurs [11].

Conclusion:

L'hystérectomie par voie vaginale est la technique d'hystérectomie la moins invasive, réalisable en ambulatoire, la plus sûre, et la moins coûteuse d'un point de vue médico-économique. La cure de prolapsus urogénitale, la salpingectomie prophylactique et/ou l'annexectomie peuvent être également associées dans le même temps opératoire [11].

La récente méta-analyse de la Cochrane conclut à la supériorité de l'hystérectomie par voie vaginale sur les autres voies d'abord laparotomique ou laparoscopique en

terme de diminution de la durée opératoire et de l'incidence des complications

urinaires: elle devrait être considérée comme le gold standard [12].

Comme l'écrivait Daniel Dargent en 1985, "La chirurgie vaginale est née en France, c'est un fait historique. Après une période d'enthousiasme, cette chirurgie a été longtemps oubliée ou plutôt cantonnée à des indications trop limitée. On reconnaît aujourd'hui à nouveau les avantages. Et un mouvement de renaissance se dessine. Les Français se doivent d'y participer... Dans cette perspective, il paraît indispensable que l'enseignement soit maintenu et, pour qu'il se maintienne, qu'il soit régulièrement revu et remis à jour [13]."

Conflit d'intérêt: aucun

Légende:

Figure 1: étapes de la dissection antérieure

figure 1a: incision vaginale péricervicale à la lame froide au niveau du sillon vésical en avant

figure 1b: Le lambeau vaginal antérieur est saisi par une pince à disséquer et est tendu vers le haut

figure 1c: préhension du col utérin par une pince de Museux

figure 1d: incision aux ciseaux perpendiculairement au col utérin et tangentielllement au pôle inférieur de la vessie

figure 1e: décollement vésical dans un plan tangentiel au col avec le doigt

figure 1f: décollement vésical dans un plan tangentiel au col avec une valve

Figure 2: étapes de la dissection postérieure

figure 2a: incision vaginale péricervicale postérieure

figure 2b: le col est tendu vers le haut

figure 2c: Le lambeau vaginal postérieur est saisi par une pince à disséquer et est tendu vers le bas

figure 2d: incision de la cloison supra-vaginale postérieure avec ouverture du cul de sac de Douglas

figure 2e: mise en place d'une valve postérieure

figure 2f: remarquez la traction du col et le jeu des valves pour bien s'exposer

Figure 3: étapes de la section des paracervix et paramètres

figures 3a et 3b: premier passage de l'aiguille de Deschamps sous contrôle du doigt, la valve antérieure refoulant vessie et uretères.

figure 3c: ligature au niveau de l'incision vaginale péricervicale latérale

figure 3d: section des ligaments cardinal et utéro-sacré à la lame froide perpendiculairement au col utérin

figure 3e: deuxième passage avec l'aiguille de Deschamps au niveau de la boucle de l'artère utérine

figure 3f: section aux ciseaux

figure 3g: dissection de l'artère utérine

figure 3h: mise en place de pinces de Jean-Louis Faure au niveau de l'artère utérine

figure 3i: section et ligature élective de l'artère utérine

Figure 4: étapes de l'extraction de l'utérus

figure 4a: bascule postérieure du corps de l'utérus

figure 4b: le péritoine antérieur est repéré au doigt et ouvert aux ciseaux

figures 4c à 4f: Le pédicule utéro-ovarien et le ligament rond sont saisis avec une pince de Jean-Louis Faure, sectionnés puis ligaturés.

Figure 5: étapes de la péritonisation et fermeture vaginale

figures 5a à 5c: technique du gaudronnage: surjet en adossant le péritoine postérieur sur la tranche vaginale postérieure

figures 5d à 5f: technique du gaudronnage: surjet en adossant le péritoine antérieur sur la tranche vaginale antérieure

Figure 6: Technique de diminution du volume utérin

Figure 6a: amputation du col

Figures 6b à 6f: l'isthme utérin est saisi par une pince de Pozzi permettant la bascule postérieure du corps de l'utérus. Puis on commence l'hémisection longitudinale du corps utérin au bistouri froid sous contrôle de la vue et avec une valve postérieure. La traction à l'aide des pinces de Museux tout en continuant l'hémisection permettra de complètement basculer l'utérus.

Références:

- 1/ www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf
- 2/ Mimoun C, Fauconnier A, Fritel X, Huchon C. Quelles voies d'abord pour les hystérectomies en France en 2012 ? *Pelvimag* 83, sept2013.
- 3/ Moen MD, Richter HE. Vaginal hysterectomy: past, present, and future. *Int Urogynecol J*. 2014; 25: 1161-5.
- 4/ Moen M, Walter A, Harmanli O, Cornella J, Nihira M, Gala R, Zimmerman C, Richter HE. Considerations to improve the evidence-based use of vaginal hysterectomy in benign gynecology. *Obstet Gynecol*. 2014; 124: 585-8.
- 5/ Ottarsdottir H, Cohen SL, Cox M, Vitonis A, Einarsson JI. Trends in Mode of Hysterectomy After the U.S. Food and Drug Administration Power Morcellation Advisory. *Obstet Gynecol*. 2017; 129: 1014-1021.
- 6/ Gauthier T, Huet S, Marcelli M, Lamblin G, Chêne G; French College of Obstetrics and Gynecology (CNGOF). Hysterectomy for benign gynaecological disease: Surgical approach, vaginal suture method and morcellation: Guidelines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015; 44: 1168-82.

- 7/ Kerbage Y, Cosson M, Hubert T, Giraudet G. Multiparous Ewe as a Model for Teaching Vaginal Hysterectomy Techniques. *Obstet Gynecol.* 2017; 130: 1276-1278.
- 8/ Chêne G, Lamblin G, Marcelli M, Huet S, Gauthier T; French College of Obstetrics and Gynecology (CNGOF). Urinary, infectious and digestive adverse events related to benign hysterectomy and the associated surgery on the Fallopian tube: Guidelines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015; 44: 1183-205.
- 9/ Clavé H, Clavé A. Safety and Efficacy of Advanced Bipolar Vessel Sealing in Vaginal Hysterectomy: 1000 Cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017; 24: 272-279
- 10/ Dubuisson J, Popescu S, Clavé H. How I do... mini-invasive vaginal hysterectomy using thermofusion. *Gynecol Obstet Fertil.* 2016; 44: 296-8
- 11/ Chene G, Lamblin G, Chabert P, Lebail-Carval K, Mellier G. How I do...salpingectomy or adnexectomy during vaginal hysterectomy in a safe manner? *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46: 437-439
- 12/ Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 8: CD003677.
- 13/ Dargent D. Répertoire de chirurgie gynécologique par voie vaginale. Introduction. Ed Ediprim 1986;ISBN 2-903593-03-5: 19-25











