

COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur F. Puech

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

**Publié le 10 décembre 2010**

*Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342*



TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 8-11 décembre 2010

# Hystérectomie vaginale mini-invasive avec hémostase par thermofusion

H. CLAVÉ \*  
(Nice)

## *Résumé*

*Depuis les hystérectomies vaginales réalisées par Langenbeck en 1813 et par Récamier en 1829, la technique n'a pas cessé d'évoluer en fonction des progrès de l'instrumentation et de l'anesthésie.*

*Le remarquable essor de la cœlioscopie en France dans les années 80 a fait reculer l'enseignement et la diffusion de la voie vaginale, mais la diffusion de la laparoscopie « pour tous » a nécessité le développement de nouveaux outils.*

*L'électrochirurgie, en particulier, a profité de nouvelles technologies rendant plus fiables les hémostases par thermofusion.*

*L'auteur décrit ici une technique publiée en 2004 dans le JGOBR et qui est le fruit de cette fertilisation croisée entre voie vaginale classique et concept mini-invasif de la cœlioscopie.*

*Mots clés : hystérectomie, hystérectomie vaginale, thermofusion, chirurgie mini-invasive*

\* Clinique St George - 2 avenue de Rimiez - 06105 Nice cedex 2

E-mail : drclave.henri@orange.fr - Site : www.clave-henri.com

### **Déclaration publique d'intérêt**

Je soussigné, Dr Henri Clavé, déclare avoir un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté : enseignant occasionnel pour Ethicon Europe, Covidien France et Erbe International.

## **INTRODUCTION**

Deux obstacles majeurs faisaient redouter la voie vaginale :

- le stress lié au saignement du champ opératoire, en particulier à partir des vaisseaux utérins ;
- la difficulté technique à réaliser des hémostases loin au fond d'un tunnel vaginal étroit.

Ils se sont trouvés effacés par la mise sur le marché de nouveaux générateurs électriques qui permettent une thermofusion de grande qualité. Les courants sont délivrés à des « pinces d'hémostase thermique » - PHT - adaptées à la chirurgie vaginale comme par exemple le bi-clamp, le ligasure ou la pince impact.

### ***Préparation et installation de la patiente (Figure 1)***

Après une douche bétadinée, miction spontanée et prémédication, la patiente est mise en position gynécologique : cuisses fléchies sur le bassin, jambes installées dans des gouttières d'appui.

Elle n'est pas rasée, ni sondée.

L'opérateur est assis en position très haute avec un aide-opérateur debout de chaque côté.

Un instrumentiste n'est pas nécessaire.

### ***La table d'instruments (Figure 2)***

Sur la table, on a installé les 6 instruments de base :

- un bistouri manche court lame n° 11,
- une pince à disséquer à fines griffes de 18 cm,
- des ciseaux de Mayo de 16 cm,
- une pince de Pozzi,
- un porte-aiguille de 16 cm,
- une pince type Bengoléa.

Figure 1 - Préparation et installation de la patiente



Figure 2 - La table d'instruments



Ainsi que :

- un jeu de valves de Breisky et une valve à poids,
- la PHT,
- une canule d'aspiration,
- une mèche vaginale,
- 10 compresses,
- le nécessaire pour l'anesthésie locorégionale (une cupule, deux seringues de 20, deux aiguilles longues de 100 mm 22G à biseaux).

Il convient de préparer :

- 30 ml de ropivacaïne (Naropeine®) à 7,5 ‰ associée à de la clonidine (Catapressan®) à la dose de 1 gamma/kg pour potentialiser l'action antalgique et la prolonger d'une douzaine d'heures (bloc pudendal et bloc paracervical) ;
- ainsi qu'une solution de sérum adrénaliné (¼ mg dans 40 ml de sérum physiologique) qui sera injectée en péricervical afin de diminuer le saignement de la tranche vaginale pendant l'intervention.

### ***Les principes généraux (Figure 3)***

Les temps opératoires de l'hystérectomie vaginale classique sont conservés ; cependant trois notions de base seront à respecter :

- n'utiliser dans le vagin que deux instruments en sus des valves : la pince de Pozzi qui positionne la zone qui doit bénéficier d'une hémostase, et alternativement la PHT ou les ciseaux ;
- l'hémostase se fera toujours le plus près possible du centre du fourreau vaginal par une application de la PHT au contact du bord utérin, utilisant au mieux la concavité ou la convexité de l'instrument ;
- il n'y aura pas de traction forcée ou de tentative d'extraction de l'utérus pour travailler « en dehors » du vagin. Ceci afin d'éviter les arcs reflex douloureux nociceptifs et un saignement intempestif.

### ***L'incision vaginale péricervicale (Figure 4)***

Au bistouri à lame froide.

- La pince de Pozzi tire le col vers le bas, la pince à disséquer soulève la berge de l'incision vaginale antérieure et la valve antérieure tend la vessie en haut et en arrière. Incision de la cloison supravaginale antérieure sur la ligne médiane :

- ni trop haut (perforation de vessie),
- ni trop bas (pénétration dans l'isthme utérin).

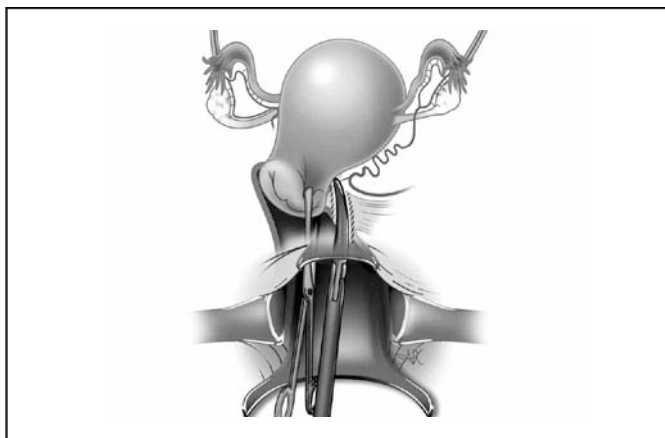
Puis une valve étroite refoule et effondre le septum vésico-utérin, laissant apparaître la « langue de chat » du cul-de-sac péritonéal.

- La pince de Pozzi, sur la lèvre postérieure, attire le col vers le haut, la pince tend vers le bas la berge de l'incision vaginale postérieure et on incise la cloison supravaginale postérieure, ce qui ouvre le péritoine du Douglas.

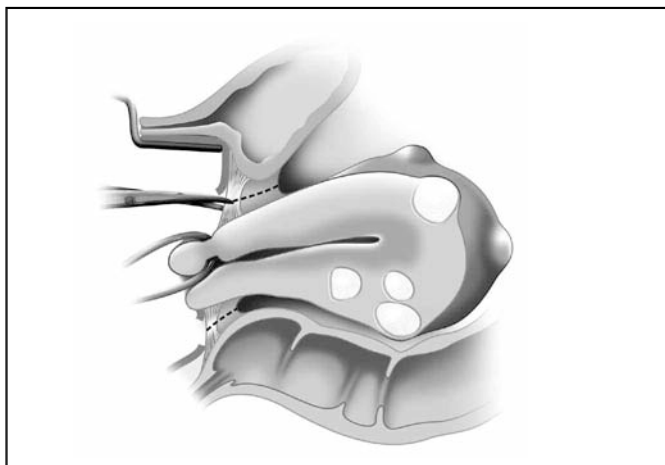
Placement de la valve à poids.

Palpation bi-digitale des tissus péricervicaux.

*Figure 3 - Les principes généraux*



*Figure 4 - L'incision vaginale péricervicale*

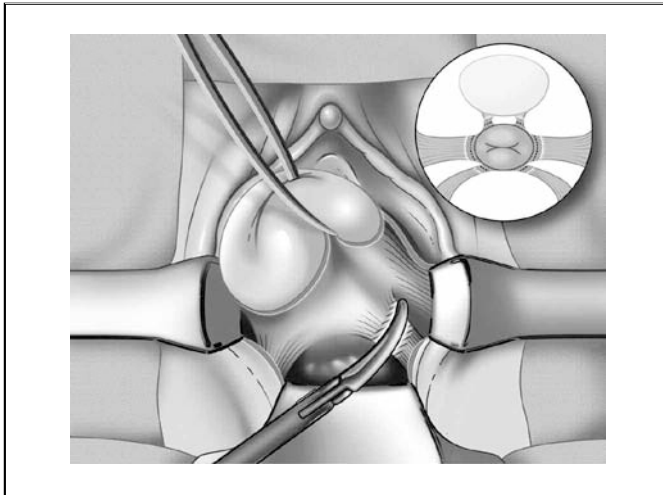


***Hémostase latéro-cervicale (Figure 5)***

- Application de la PHT sur le para-cervix, soit par une prise en masse, soit par petites prises successives.
- Application sur les utéro-sacrés générant une grande mobilité.
- Hémostase des pédicules cervicovaginaux en dessous de la boucle de l'artère utérine avec une valve antérieure qui repousse bien la vessie.

Ces prises successives restent au contact du col.

Figure 5 - Hémostase latéro-cervicale



***Amputation du col (Figure 6)***

L'utérus en forme de poire se mobilise difficilement aussi bien en rotation que latéralement.

L'amputation du col de l'utérus à la lame froide le transforme en utérus pomme.

Un utérus plus rond pourra tourner par prises successives sans traction intempestive.

***Amputation du col (suite) (Figure 7)***

Mise en place d'une mèche de gaze pour :

- refouler les anses intestinales et les éloigner de la zone d'hémostase,
- « éclairer » par réfraction le fond du champ opératoire.

Ouverture facile du cul-de-sac péritonéal vesico-utérin.

Placement d'une valve sous la vessie pour la protéger.

La joue de la PHT s'applique contre la joue de l'utérus : c'est une chirurgie « joue contre joue » (« cheek to cheek » surgery).

Figure 6 - Amputation du col

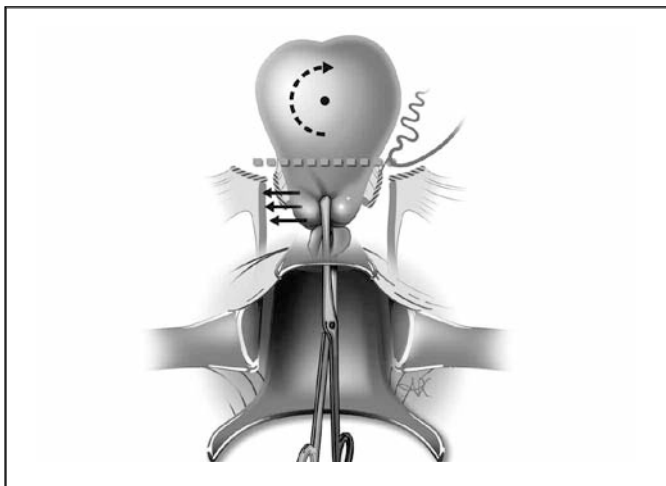
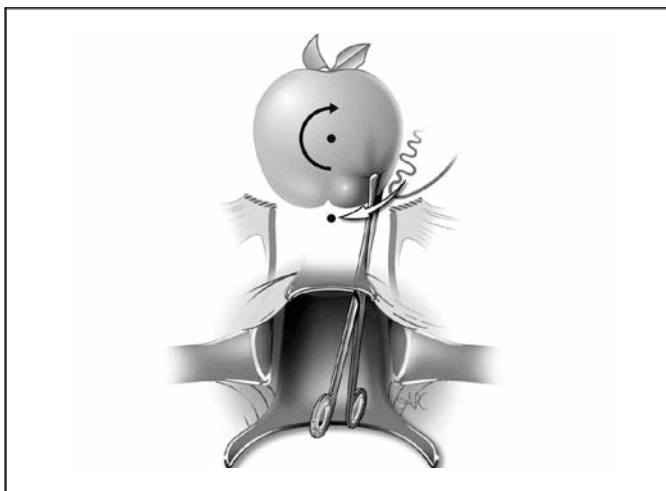


Figure 7 - Amputation du col (suite)





***Hémostase section des pédicules utérins (Figure 8)***

Pince de Pozzi replacée sur le bord de l'isthme à proximité du pédicule, dont on doit faire l'hémostase.

Cette pince exerce une légère traction vers le côté opposé tandis que la valve sous-vésicale éloigne le genou de l'uretère.

PHT dans l'axe du fourreau vaginal contre l'isthme utérin. Pas à 45°.

*Figure 8 - Hémostase section des pédicules utérins*



***Hémostase section des annexes en juxta-utérin (Figure 9)***

Application de la PHT en une ou plusieurs prises au ras de la corne utérine.

Instrument utilisé avec sa concavité ou sa convexité en regard de l'utérus suivant l'aspect anatomique.

La prise de l'annexe contre l'utérus se fait en haut et au centre du fourreau vaginal.

Pas d'extraction de l'utérus pour faire les hémostases en dehors de la vulve.

Si nécessaire, hémisection ou morcellement utérin qui permettent toujours d'aborder ce pédicule sans traction.

Toujours voir l'extrémité de la PHT et être sûr que les anses intestinales sont bien refoulées par la mèche de gaze.

***Colporraphie fundique (Figure 10)***

Après extraction de l'utérus entier ou morcelé.

Vérifier l'hémostase : une nouvelle mèche de gaze doit demeurer blanche.

Colpopexie aux utéro-sacrés si souhaité.

Fermeture du vagin par un surjet de mono-filament résorbable n° 0.

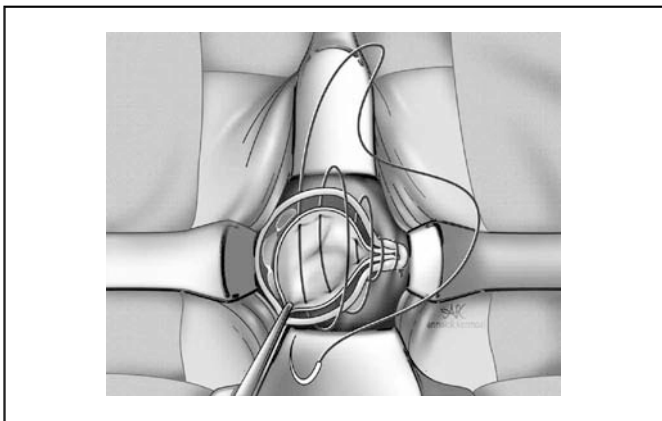
Un fil aiguillé prend en masse les parois dorsales et ventrales du vagin en y adossant les feuillets péritonéaux pour éviter les saignements fréquents de l'espace qui les sépare.

Ainsi la cicatrice vaginale sera souple, linéaire, sans granulome ni zone d'induration au-dessus.

*Figure 9 - Hémostase section des annexes en juxta-utérin*



*Figure 10 - Colporraphie fundique*



***Annexectomie (Figure 11)***

Beaucoup plus facile à réaliser avec une PHT qu'avec une ligature au fil.

Commencer par une hémostase et une section du ligament rond le plus près possible de la paroi pelvienne.

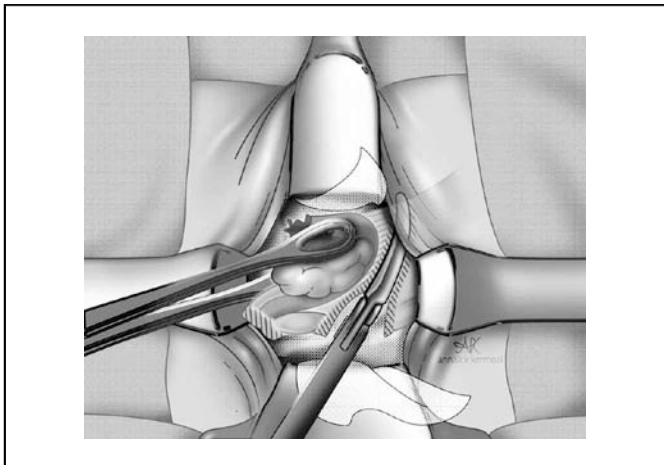
La pince de Pozzi placée sur la corne utérine l'éloigne de la paroi pelvienne. La corne utérine placée au centre du fourreau vaginal éloigne le pédicule lombo-ovarien de l'uretère qui reste contre la paroi pelvienne.

Une pince fenêtrée saisit l'ovaire et le pavillon tubaire.

La PHT fait l'hémostase du pédicule lombo-ovarien en une ou plusieurs prises.

Cette hémostase est beaucoup plus sûre qu'avec une ligature au fil, à condition de ne pas travailler en traction.

*Figure 11 - Annexectomie*



***Notre série***

Entre le 28 mars 2002 et le 19 juillet 2010, nous avons réalisé 621 hystérectomies par voie vaginale selon cette technique. Les datas sont colligés en temps réel sur tableur excel (27 items).

Le détail de cette série est indiqué dans le tableau 1.

Ces données sont conformes à celles de la littérature, sauf le taux d'annexectomie qui est plus élevé. Ceci est le fait d'une plus grande

facilité et d'une plus grande sécurité offertes par la thermofusion au niveau du pédicule lombo-ovarien.

Tableau 1 - Détails d'une série de 621 hystérectomies voie basse avec thermofusion

Indications (%)	
Fibromes	51
Adénomyose	11
CIN3	12
Prolapsus	8
Cancer ou hyperplasie	8
Autres	10
Âge patientes (min-max)	52 (33-91)
Durée opératoire en minutes (min-max)	38 (12-205)
Poids de la pièce opératoire (min-max)	221 (20-1 590)
Utérus cicatriciel (%)	12
Annexectomie (%)	40

Les complications les plus courantes sont résumées dans le tableau 2. L'analyse de ces complications impose une réflexion concernant les protocoles d'asepsie de la cavité vaginale avant et pendant l'intervention, ainsi que le problème de l'antibiothérapie « prophylactique » peropératoire.

Tableau 2 - Complications postopératoires sévères

Réintervention pour hémorragie	15 (2,4 %)
- Immédiate	1
- Secondaire	
- Hémorragie	10 (entre J14 et J21)
- Hématome sous-péritonéal	4 (J1, J10, J15, J18)
- Transfusion	2
Fièvre > à 38°	11 (1,7 %)
- < J5	9
- > J5	2
Pyosalpinx opéré à J8	1
Embolie pulmonaire (ADK endomètre)	1
Phlébite MI (lupus)	1
Brûlures de la muqueuse vulvovaginale	1

## CONCLUSION

L'hystérectomie vaginale mini-invasive avec hémostase par thermofusion est une technique plus facile, plus sûre, plus rapide, plus économique que la procédure d'hystérectomie vaginale classique.

Elle mérite d'être plus largement enseignée.