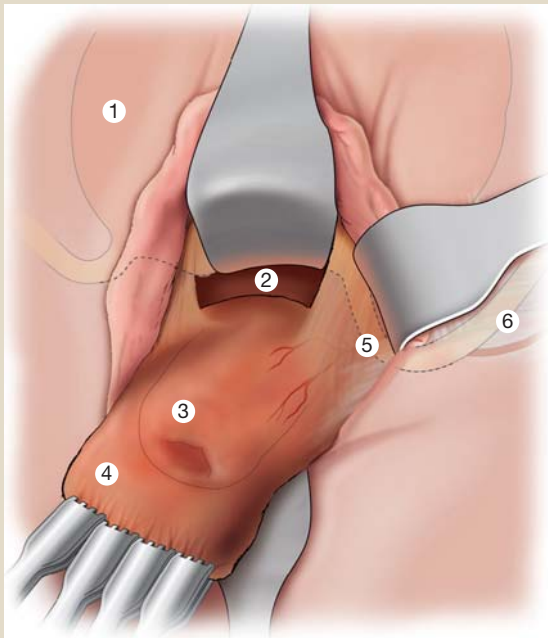


# Hystérectomie élargie vaginale cœlio-assistée



## PLAN DU CHAPITRE

Hystérectomie élargie vaginale cœlio-assistée	47
Opération cœlioscopique vagino-assistée	55
Hystérectomie élargie vaginale pour cancer du col et prolapsus utérin	56



### Pistes de lecture

- L'hystérectomie élargie vaginale (opération de Schauta) peut, moyennant une vaste épisiotomie latérale dite de Schuchardt, répondre au type C « distal », mais cette opération est tombée en désuétude pour deux raisons : l'inconfort de la périnéotomie, et le recours à la radiochimiothérapie pour les tumeurs volumineuses.
- L'hystérectomie élargie vaginale moderne répond donc aux seuls types A et B. Il en est de même pour la trachélectomie élargie, qui lui est totalement superposable pour tous les temps spécifiques de l'hystérectomie élargie : la colpectomie et le repérage de l'uretère.
- Elle ne peut se concevoir sans un temps coelioscopique comportant au minimum une lymphadénectomie. La coelioscopie permet en outre la réalisation de gestes de préparation (section des ligaments ronds, section des artères utérines à leur origine) qui facilitent le geste vaginal et évitent l'épisiotomie : c'est le concept d'opération de Schauta coelio-assistée ou coelio-Schauta.

L'opération d'hystérectomie vaginale radicale, décrite par Friedrich Schauta à Vienne à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, modifiée par Stoeckel en 1918 et Amreich en 1943, est connue de peu de chirurgiens car d'apprentissage difficile, mais elle atteint dans des mains entraînées une élégance inégalable. Elle reste une opération de haute spécialité, « millimétrique » : le mauvais plan, qui saigne et qui ne fait pas progresser, est à 1 mm du bon. Aussi radicale que la voie abdominale, elle s'applique exclusivement à des cas non préalablement irradiés.

Elle a pour seul inconvénient de ne pas associer la lymphadénectomie, et n'a donc repris de nouvelles indications que depuis le développement de la chirurgie endoscopique qui permet, elle, la réalisation de la lymphadénectomie. Au-delà de la seule réalisation de la lymphadénectomie, la préparation de l'opération de Schauta par des gestes coelioscopiques comme l'hémostase de l'artère utérine a conduit à un nouveau concept d'« opération de Schauta assistée par coelioscopie » [1]. Daniel Dargent a créé en 1992 le terme de « coelio-Schauta » pour une hystérectomie de type C dont la section du paracervix était assurée par un coup de pince automatique au ras des vaisseaux pariétaux. Le nom de coelio-Schauta est resté pour désigner l'opération de type B (proximal) coelio-assistée qui sera décrite ci-dessous car

elle est la bonne indication pour des tumeurs de petit volume (2 cm ou moins, jusque 4 cm pour certains).

Comme les hystérectomies élargies abdominales et coelioscopiques, l'hystérectomie élargie vaginale ou vaginale coelio-assistée repose sur la connaissance de l'anatomie chirurgicale du paracervix, des fosses paravésicales et pararectales, qui sont séparées par le paracervix dont l'exérèse définit l'hystérectomie élargie (cf. chapitre 3).

Les rapports de l'artère utérine et de l'uretère sont observés différemment par la voie vaginale. D'une part, l'anatomie est observée en miroir par rapport à la voie abdominale. D'autre part, la traction sur le col utérin inhérente au début de l'opération vaginale modifie les rapports en attirant vers le bas l'uretère en un point dénommé « genou », point le caudal de la descente du conduit (figure 5.1).

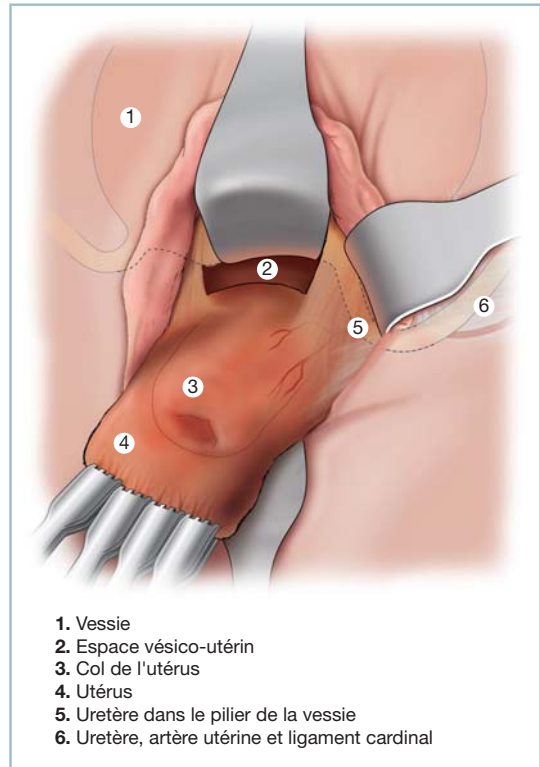


Fig. 5.1

Anatomie de l'uretère dans le pilier de la vessie.

## Hystérectomie élargie vaginale cœlio-assistée

### Installation

Elle est identique à celle de la cœlioscopie exclusive, à ceci près que les membres inférieurs doivent être installés sur des jambières mobiles permettant la flexion des hanches à 90° avec extension des genoux, seul moyen d'une bonne vision par voie vaginale, avec deux aides.

Il est conseillé de sonder la vessie au début de l'intervention, mais de ne pas placer de sonde à demeure : la dissection vésicale par voie basse est plus facile sur une vessie légèrement distendue, et elle est plus sûre car toute plaie vésicale sera immédiatement identifiée par l'écoulement clair (ou bleuté après procédure du ganglion sentinelle avec injection cervicale de bleu patenté).

Le matériel spécifique à l'opération de Schauta se limite, mais c'est important, aux pinces de Chrobak qui permettront d'individualiser et de tracter la collerette vaginale. La coagulation bipolaire tend aujourd'hui à remplacer les clamps et fils pour toutes les hémostases préventives et curatives.

### Cœliopréparation

Après la réalisation de la lymphadénectomie pelvienne (chapitre 14), on exécute d'abord des temps communs à toutes les hystérectomies (chapitre 7) :

- hémostase et section des ligaments ronds ;
- hémostase et section des ligaments lombo-ovariens (ce geste pourrait être effectué par voie vaginale en fin d'intervention mais, couplé à la section des ligaments ronds, il permet une bascule plus aisée du fond utérin qui peut grandement faciliter le temps vaginal) ; en revanche, en cas de conservation ovarienne, il n'y a aucun intérêt à faire l'hémostase et la section des ligaments utéro-ovariens toujours plus simple par voie vaginale.

On poursuit avec des gestes initiaux de l'hystérectomie élargie cœlioscopique (chapitre 4) :

- section après hémostase (clips ou coagulation) des artères utérines à leur origine ;
- coagulation-section des veines utérines superficielles ;
- « découverte » des uretères : ce geste a l'intérêt de libérer complètement l'artère utérine de la paroi pelvienne et de l'uretère ; il prépare le « rapatriement » de l'artère utérine au cours du temps vaginal (*cf. infra*).

À la fin du temps de cœliopréparation, on peut toujours se poser la question de l'opportunité de conclure l'intervention par cœlioscopie exclusive. La réponse est claire : chaque fois qu'elle est aisée, la cœliochirurgie exclusive doit être privilégiée. La raison est simple : on observe un taux supérieur de dysuries par voie vaginale, malgré des précautions anatomiques de préservation de la partie latérale du « pilier vésical », probablement par traumatisme bilatéral des nerfs vésicaux, dont l'origine est double : distension au cours des tractions vaginales, abord de l'uretère par « en dessous »... précisément au niveau du trajet des nerfs vésicaux.

### Opération vaginale

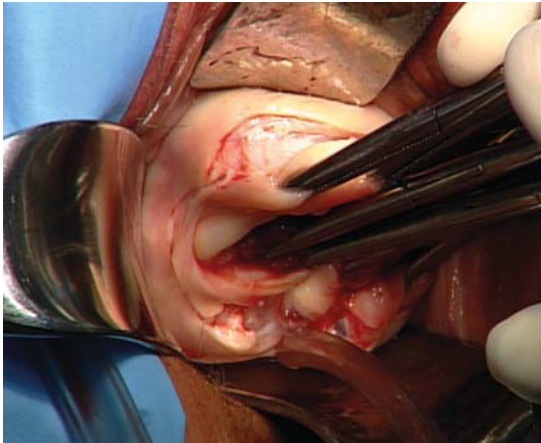
Le principe général est d'inciser le vagin à la hauteur adéquate pour constituer la collerette vaginale, d'ouvrir les fosses paravésicales et pararectales, puis d'identifier et disséquer l'uretère avant de pincer les paracervix.

Il n'y a pas besoin de périnéotomie pour réaliser cette intervention – au contraire de l'intervention de Schauta des anciens. La périnéotomie et ses douleurs induites font largement perdre le bénéfice de la « chirurgie à invasion minimale » qu'est la voie vaginale. Dans les cas avec vagin très étroit, c'est la cœlioscopie qui règle le problème. Cependant, si l'accès vaginal est rendu difficile par la seule étroitesse de l'orifice inférieur du vagin, une épisiotomie médiane limitée peut rendre service sans provoquer de douleur postopératoire excessive ni de cicatrice potentiellement gênante.

### Confection de la collerette vaginale

(figures 5.2 à 5.4)

La collerette vaginale est constituée par une incision circulaire portant généralement à 2 cm de l'insertion cervicale du col ou au moins à 2 cm de la lésion. Il convient de prendre garde à ne pas inutilement supprimer trop de vagin, ce qui serait très facile dans le cul-de-sac postérieur toujours plus souple et profond. L'incision antérieure et postérieure est plus facile à exécuter que les incisions latérales, les culs-de-sac latéraux étant peu profonds et d'accès plus difficile. Pour cette raison, on commence toujours par les incisions horizontales pour terminer par les incisions latérales. Ces incisions latérales qui complètent la confection de la collerette peuvent être exécutées soit d'emblée, soit après avoir pris la partie médiane de la collerette dans les pinces de Chrobak (*cf. infra*), ce qui permet d'effectuer sur la pièce une traction forte exposant les culs-de-sac latéraux. Les valves



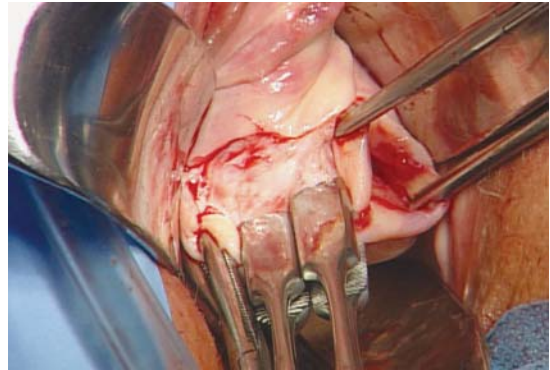
**Fig. 5.2**

Prise du vagin par des pinces de Kocher droites, incision ventrale et dorsale conduisant à un écartement de 1 cm des berges, écartement « spontané » en fait provoqué par la tension divergente des pinces de Kocher et des valves.

sont indispensables à tous les stades de l'incision, et permettent d'exposer constamment et de mettre en tension la ligne d'incision.

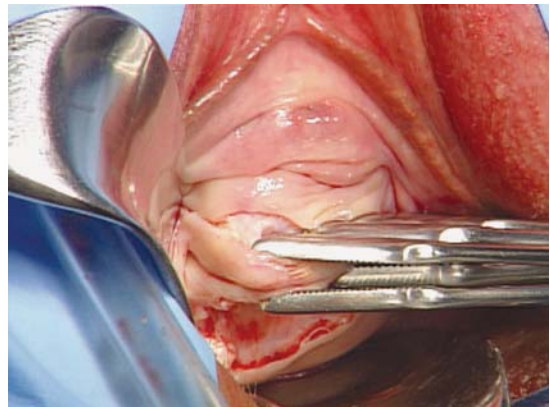
La paroi vaginale est attirée par un jeu de longues pinces de Kocher droites placées immédiatement en dedans de la ligne d'incision choisie, en 6 à 8 prises disposées circulairement (figure 5.2). Chaque pince est tractée pour permettre la mise en place plus aisée de la suivante. La traction sur les pinces détermine une évagination de la paroi vaginale. On infiltre de la lidocaïne adrénalinée (si l'anesthésiste contre-indique l'adrénaline ou même la lidocaïne, le sérum physiologique est utilisé) au sommet de cette évagination entre les deux couches vaginales ainsi attirées. Le décollement mécanique, complété par l'effet hémostatique, aidera à identifier ce plan au cours de la séparation de la collerette vaginale.

L'incision intéresse la totalité de l'épaisseur de la couche externe du boudin vaginal. La présence de l'infiltration liquidienne est le repère indiquant que l'incision n'a été ni trop profonde (il ne faut pas attaquer la couche profonde, qui fait partie du spécimen opératoire) ni trop superficielle (on ne pourrait pas accéder aux septums rectovaginal et vésicovaginal). La paroi vaginale est mise en tension au fur et à mesure de la progression circulaire de l'incision par la traction sur chacune des pinces et la mise en tension du vagin par une valve placée en regard. L'incision est habituellement antérieure, puis postérieure, et enfin latérale. Cette incision intéresse toute la paroi externe du boudin d'évagination en avant et en arrière.



**Fig. 5.3**

Les pinces de Kocher sont progressivement remplacées par des pinces de Chrobak.



**Fig. 5.4**

La collerette est presque définitivement constituée. Seuls les angles latéraux restent à inciser et saisir.

Elle est moins profonde latéralement, pour maintenir la portion vaginale du paracervix (paracolpos) solidaire de la collerette vaginale. Pour exécuter plus aisément cette incision latérale, on pourra la reporter à la suite du temps suivant (enfermement de la collerette dans les pinces de Chrobak).

La collerette est retournée par un léger décollement de la face profonde du vagin et fermée par 5 à 6 pinces de Chrobak qui enferment la tumeur dans le tiers supérieur du vagin. Les pinces de Kocher sont progressivement remplacées par les pinces Chrobak (figure 5.3). Le geste est initié lorsque la totalité de la tranche vaginale est prise par ces pinces (figure 5.4). La pièce opératoire peut alors être fortement tirée et orientée par l'un des assistants.

### Le rôle de l'aide

Les pinces de Chrobak ont été inventées pour enfermer la tumeur dans le tiers supérieur du vagin et éviter la contamination tumorale des cicatrices, aux temps de l'épisiotomie. En pratique, elles servent à exercer une traction adaptée sur la pièce opératoire, grâce à l'efficacité des aides, dont le rôle est de tendre les tissus en tirant fermement en direction opposée à la direction à traiter (c'est le « principe des antipodes »). Il n'est pas indifférent d'observer que la description de l'opération dans le livre majeur dû à Reiffenstuhel et Platzer laisse presque plus de place à la position des mains de l'aide qu'aux gestes du chirurgien [2]. De fait, valves de Breisky et pinces de Chrobak sont les outils majeurs de l'intervention.

## Préparation de l'hystérectomie élargie

Elle a pour objectif d'individualiser les paracervix pour les sectionner à distance du col. Comme pour l'hystérectomie élargie, la dissection de l'uretère est la clé de ce temps.

Il est préférable de commencer par les temps dorsaux (postérieurs) qui permettent de faire descendre la pièce. Un mouvement mnémotechnique logique consiste à aller dans le sens des aiguilles d'une montre : commencer par le traitement du ligament rectovaginal droit, puis gauche, puis le traitement du pilier gauche de la vessie, puis enfin le pilier droit. Ce qui donne dans l'ordre : ouverture du Douglas, ouverture de la fosse pararectale droite, section du ligament rectovaginal droit (défini par les deux ouvertures précédentes), ouverture de la fosse pararectale gauche, section du ligament rectovaginal gauche, ouverture du septum vésicovaginal, ouverture de la fosse paravésicale gauche, dégagement de l'uretère gauche, ouverture de la fosse paravésicale droite, dégagement de l'uretère droit.

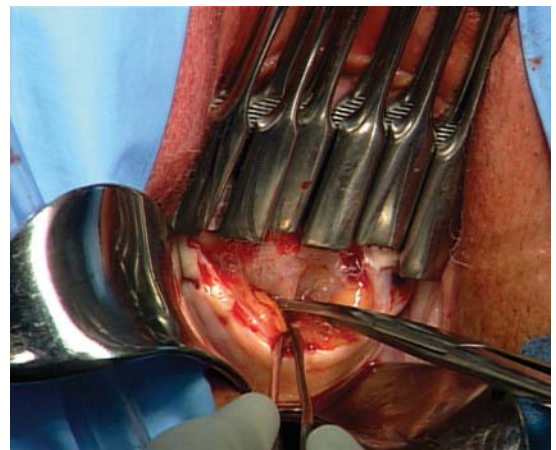
### *Temps dorsaux : ouverture du cul-de-sac de Douglas et section des ligaments rectovaginaux*

Le geste initial est l'ouverture du cul-de-sac de Douglas. Une traction de la collerette vers le haut à l'aide des pinces de Chrobak montre sur la ligne médiane le cul-de-sac de Douglas, qui est largement ouvert aux ciseaux à la face dorsale de l'utérus (figure 5.5).

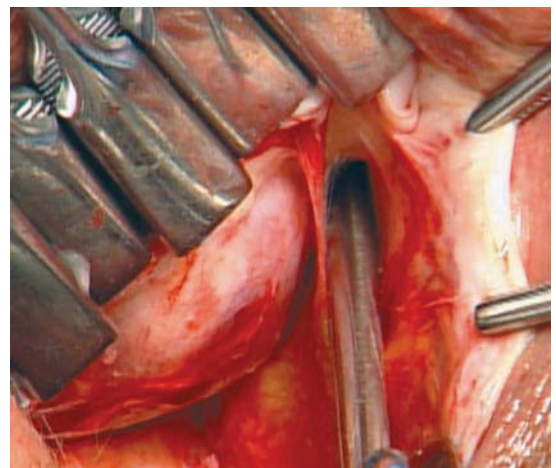
Pour ouvrir l'espace pararectal droit, on place deux pinces de Kocher sur le bord vaginal, l'une sur le rayon de 9 h, l'autre sur le rayon de 8 h. L'entrée de la fosse pararectale est entre ces deux pinces, montrée par leur traction axiale, très exactement à la face profonde du vagin. Les

ciseaux effondrent la fosse et l'approfondissent en direction de l'épine sciatique. Le ligament rectovaginal est défini comme la structure située entre le cul-de-sac de Douglas (ouvert par une valve de Mangiagalli) et la fosse pararectale (figure 5.6).

On le coupe soit à la volée, soit entre deux pinces, soit, c'est notre choix, après coagulation bipolaire. Ceci donne accès au péritoine latéral du Douglas qu'il faut inciser en prenant garde à ne couper que ce que l'on voit (l'uretère rétroli-gamentaire n'est pas loin). On continue le plus haut possible la section des feuillets postérieurs des ligaments larges, ce qui mobilise la pièce opératoire et dégage la face dorsale



**Fig. 5.5**  
Ouverture du cul-de-sac de Douglas.



**Fig. 5.6**  
Mise en évidence du ligament rectovaginal gauche entre la fosse pararectale gauche et le cul-de-sac de Douglas.

du paracervix droit, que l'on peut palper. Le même geste est répété symétriquement à gauche. Il aura permis d'ouvrir très largement le cul-de-sac de Douglas et le péritoine latérorectal, de débiter la mobilisation de la pièce opératoire.

### *Temps ventraux : ouverture du septum vésico-utérin*

La pièce est maintenant orientée vers le bas par une ferme traction sur les pinces de Chrobak. Grâce à la mobilisation postérieure, la partie ventrale (antérieure) de la zone opératoire est plus accessible à la vue. L'objectif est de préparer l'espace vésicovaginal. Comme dans l'hystérectomie vaginale standard, les fibres joignant la vessie et la face profonde du vagin doivent être coupées entre ces deux organes, plus près de l'utérus que de la vessie, mais pas dans le fascia utérin (figure 5.7). On atteint ainsi l'espace vésicovaginal puis vésico-utérin puis enfin le pli péritonéal caractéristique du cul-de-sac antérieur.

La dissection de la vessie est un temps délicat de l'opération. Il faut porter une attention particulière à la vessie qui, attirée vers le bas car solidaire de la tranche de la section vaginale, forme un récessus plus important que dans l'hystérectomie totale simple en raison d'une plus grande longueur de dissection. Seul un vaginaliste expérimenté reconnaît, dans l'ensemble des tissus fibreux situés entre la vessie et l'utérus, les fibres les plus fines à direction sagittale qui sont la porte d'entrée du septum vésico-utérin. Les fausses routes vésicales entraînent, bien sûr, une plaie de vessie. La mise en place d'une sonde

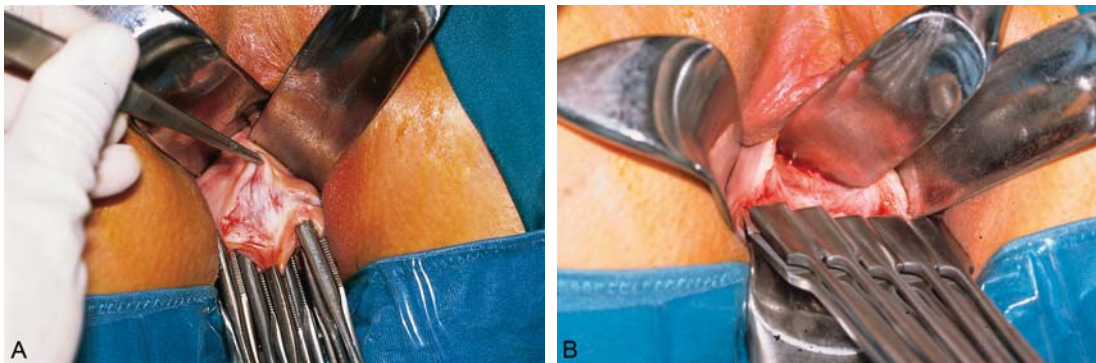
rigide ou d'un bœniqué dans la vessie permet au débutant de bien identifier l'organe avant et pendant cette section. Les fausses routes « pusillanimes » dans le fascia utérin sont plus fréquentes et plus insidieuses : elles empêchent la bonne définition du pilier de vessie et rendent très difficile le temps ultérieur d'identification de l'uretère.

L'espace vésico-utérin doit être très largement ouvert vers le haut et sur les côtés, jusqu'à atteindre les ligaments larges : l'indice nécessaire d'un bon décollement est la facilité du geste (toute difficulté ou saignement est l'indice d'une fausse route). Le geste n'est pas complet ni correct si la crosse des artères utérines n'est pas visible à droite et à gauche de l'isthme utérin dans le ligament large : de fait, l'espace vésico-utérin communique latéralement avec les ligaments larges (figure 5.8).

### *Temps ventraux : ouverture des fosses paravésicales*

On décrit maintenant la totalité du geste de libération de l'uretère gauche précédant la section des paracervix, le même geste étant répété symétriquement à droite.

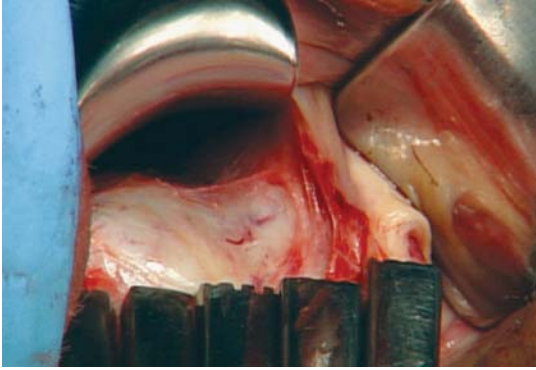
L'uretère est situé dans le pilier de la vessie (cf. figure 5.1). Le pilier de la vessie se définit comme le tissu situé entre la fosse paravésicale et l'espace vésico-utérin. L'espace vésico-utérin est déjà ouvert. Pour travailler dans la zone antérolatérale



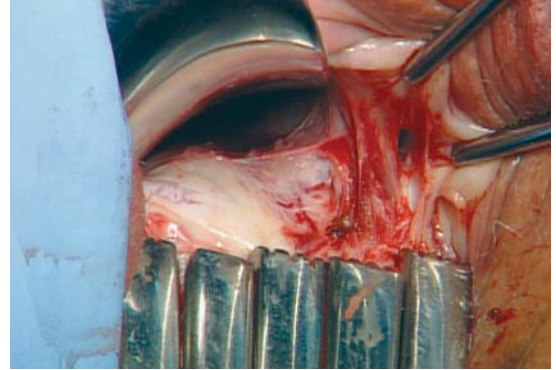
**Fig. 5.7**

Ouverture du septum vésicovaginal.

A. Le vagin est pincé pour mettre en évidence les fibres qu'il faut sectionner pour accéder au septum. B. Mise en place d'une valve qui éloigne la vessie et approfondira l'ouverture.



**Fig. 5.8**  
Le septum vésicovaginal est maintenant largement ouvert en profondeur et en largeur.

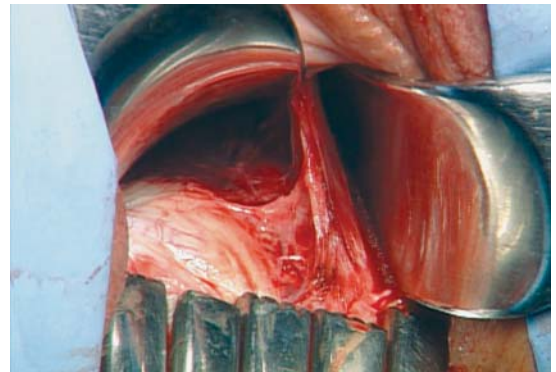


**Fig. 5.9**  
Ouverture de l'espace paravésical gauche.

gauche, les pinces de Chrobak sont orientées dans le diamètre opposé, c'est-à-dire vers le bas et la droite. L'orifice de la fosse paravésicale se situe très légèrement en avant du rayon de 3 h, exactement à la face profonde du vagin. Pour le mettre en évidence, deux fortes pinces sont placées sur la tranche vaginale, l'une exactement sur le rayon de 2 h et l'autre sur le rayon de 3 h (figure 5.9). Une traction radiaire sur ces pinces ébauche une fossette qui est le sésame pour entrer dans la fosse. On y enfonce des ciseaux fermés, en direction latérale, vers la paroi pelvienne, au contact de la face profonde du vagin. S'ils sont dans le bon espace, les ciseaux doivent être «avalés» par la fosse paravésicale, et cette manœuvre doit être exsangue. Il n'y a pas d'ouvertures difficiles ou hémorragiques, il n'y a que des ouvertures ratées. L'introduction très harmonieuse des ciseaux est seulement bridée, à environ 5 cm de profondeur, par le franchissement de l'insertion de l'aponévrose de l'élevateur. On ouvre les ciseaux pour agrandir cet orifice aponévrotique. On les remplace ensuite par un index qui s'enfonce dans la fosse, palpe les branches ischiopubiennes, dégage par un vaste mouvement d'essuie-glace la joue latérale de la vessie jusqu'au pubis ventralement, jusqu'à l'épine sciatique dorsalement. On met une valve de Breisky fine, puis une large, dans la fosse, ce qui montre la face latérale du pilier de la vessie (figure 5.10). Comme on a déjà ouvert l'espace vésico-utérin et en conséquence dégagé sa face médiale, le pilier de la vessie est totalement délimité.

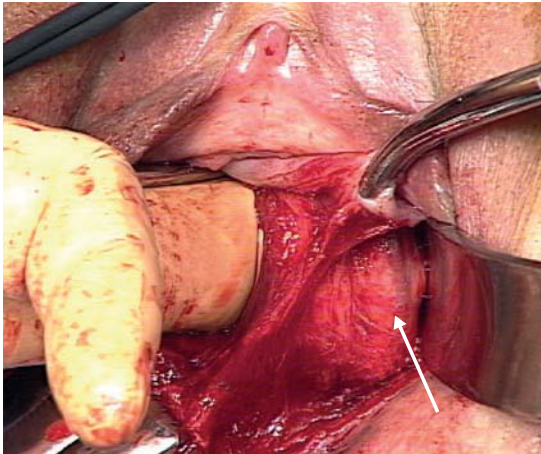
#### *Temps ventraux : identification de l'uretère*

L'uretère est situé au sein de ce pilier de la vessie, dont il est impossible à ce moment de différencier la partie «interne» (ligament vésico-utérin), médiale à l'uretère, de la partie «externe» (ligament vésical latéral ou «paramètre antérieur»), latérale à l'uretère que l'on ne voit pas encore. On sait



**Fig. 5.10**  
Mise en place d'une valve dans la fosse paravésicale gauche.

seulement que l'insertion vésicale du pilier est proche de la terminaison de l'uretère et que la traction sur la manchette vaginale, l'utérus, l'artère utérine et le ligament vésico-utérin attire l'uretère vers l'opérateur. La clé de l'identification de l'uretère est sa palpation entre un doigt placé dans l'espace vésico-utérin et la valve placée dans la fosse paravésicale. Le doigt est placé au fond de l'espace vésico-utérin, en crochet dirigé vers l'extérieur, et parcourt le pilier en l'écrasant sur la valve (figure 5.11). Un ressaut et même un bruit, «pop» ou «click» caractéristique localise le genou de l'uretère, puis ses deux segments adjacents, l'un ascendant vers la vessie, l'autre descendant : seule cette information permet d'affirmer la position du genou, c'est-à-dire le point le plus bas de l'uretère, et en conséquence de garantir que toutes les fibres distales à ce genou peuvent être coupées sans risque urétéral ou vésical. Dans les cas faciles, on peut même voir l'uretère à la face latérale du pilier par transparence à travers les fibres latérales dès que le doigt est placé dans l'espace vésico-utérin et pousse latéralement le pilier.



**Fig. 5.11**

Visualisation de l'uretère gauche.

L'utérus et la collerette vaginale sont tractés vers le bas. Une valve ouvre la fosse paravésicale. Une pince tracte fortement la tranche vaginale en regard de l'insertion vésicale du pilier. L'index de la main gauche du chirurgien palpe le pilier vésical. L'uretère (flèche) et le ligament vésico-utérin, tendu entre la collerette vaginale et la pince de traction, sont repérés.

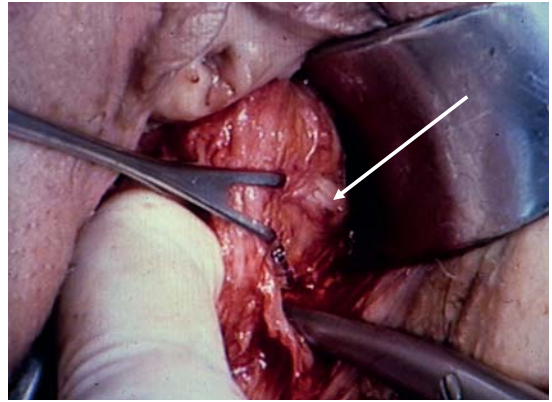
### Temps ventraux : section des ligaments vésico-utérins

Il reste à traiter le ligament vésico-utérin (« pilier interne » de la vessie). Lorsqu'il est bien visualisé comme dans la [figure 5.11](#), la section directe à environ 1 cm de l'utérus après coagulation bipolaire est possible. Dans les cas plus difficiles, deux artifices peuvent aider à le sectionner sans danger pour l'uretère : le premier est de l'attirer à l'aide d'une pince de Babcock ([figure 5.12](#)), le deuxième de l'individualiser à l'aide d'un dissecteur coudé ([figure 5.13](#)).

## Traitement des paracervix

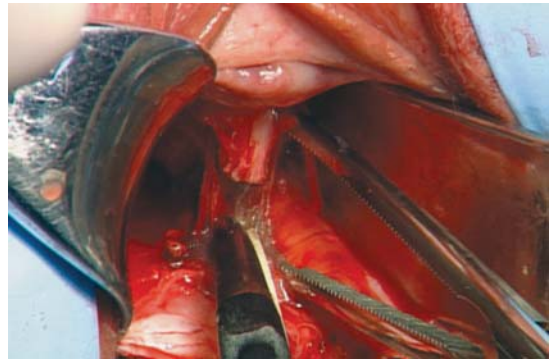
### Délimitation des paracervix

Le paracervix a deux faces et deux bords. La face ventrale vient d'être dégagée avec la libération de l'uretère, et la face dorsale a été préparée dès la section des ligaments rectovaginaux et recto-utérins. Le bord caudal du paracervix est attaché par le segment paravaginal (« paracolpos ») du paracervix. Le bord céphalique est délimité par une zone pauvre en fibres située en regard de l'isthme utérin, sous la boucle de l'artère utérine : c'est la « fenêtrure para-isthmique » (figures 5.14 et 5.15).



**Fig. 5.12**

Prise du ligament vésico-utérin gauche dans une pince de Babcock. Uretère visible (flèche) à la face latérale du pilier sous la forme d'un cordon blanc parcouru de microvaisseaux.



**Fig. 5.13**

Un dissecteur sera passé sous le genou de l'uretère vers le septum vésico-utérin. Les fibres ainsi définies (ligament vésico-utérin) sont sectionnées après coagulation bipolaire. On montre ici l'utilisation des ciseaux bipolaires.

Il existe deux variantes pour aborder et clamper les paracervix :

- le traitement de bas en haut est réalisé dans la continuité des gestes précédents sans modifier la position des valves et de l'uretère ;
- le traitement de haut en bas est possible si la manœuvre d'antéversion utérine, dénommée manœuvre de Doderlein, est réalisable ; cette manœuvre est facilitée si les ligaments ronds et les ligaments lombo-ovariens (en cas de castration) ont été traités par coelioscopie.



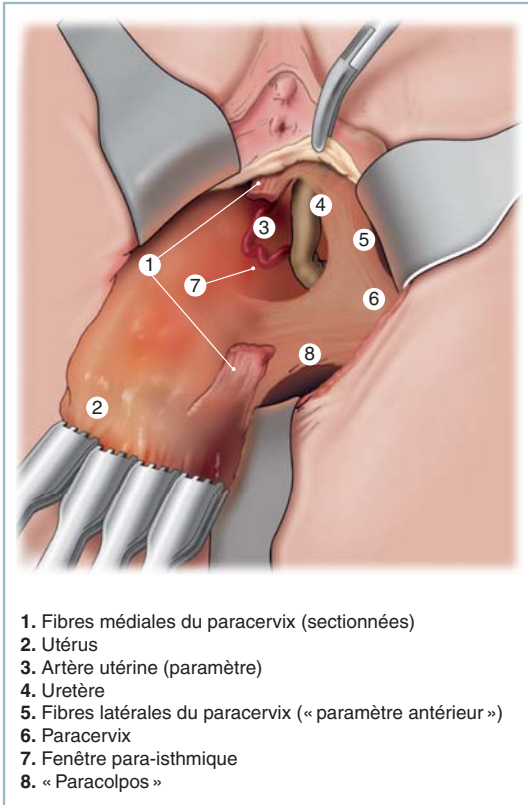


Fig. 5.14

Situs après section du ligament vésico-utérin gauche.

### Traitement de bas en haut

Le bord inférieur du paracervix est atteint grâce à la séparation du vagin et du paracolpos (figure 5.16). La fenêtre para-isthmique est percée de la pointe d'un dissecteur coudé passé d'arrière en avant. À la suite de ces gestes, le paracervix gauche est donc dégagé dans toutes les directions : faces ventrale et dorsale, bord caudal, fenêtre para-isthmique (dans laquelle on peut placer un fil de traction qui complète la traction sur le paracervix). On peut le couper à l'aplomb de l'uretère. Tous les temps préparatoires n'auront servi qu'à exécuter ce geste en sécurité.

On place traditionnellement deux pinces de type Rogers de part et d'autre du point de section désiré, c'est-à-dire immédiatement sous le genou de l'uretère (figure 5.17). Une première pince est posée. Elle attire une plus grande longueur de paracervix vers le champ opératoire et permet de placer une deuxième pince plus latérale. On coupe entre les deux pinces, on lie le moignon pariétal.

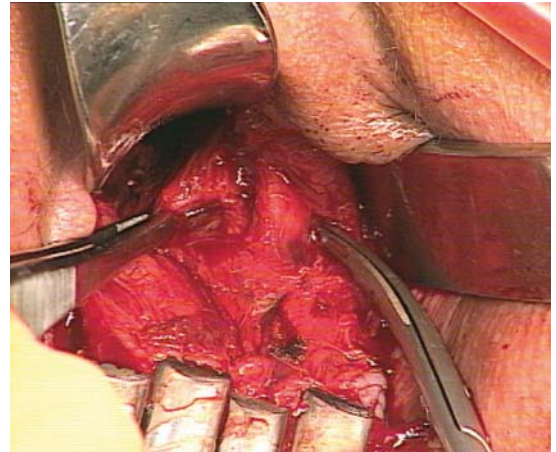


Fig. 5.15

Correspondance opératoire de la figure 5.14.

L'artère utérine est saisie par la pince, l'uretère dégagé par les ciseaux qui refoulent les fibres latérales du pilier (« paramètre antérieur »).

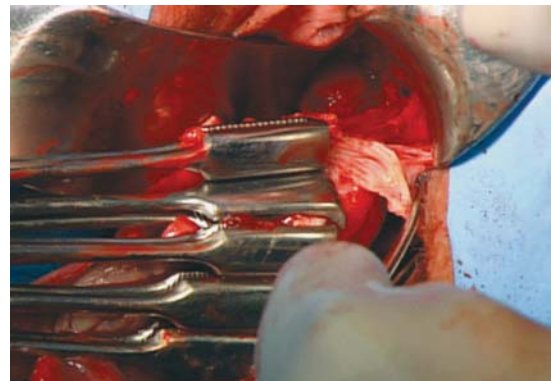


Fig. 5.16

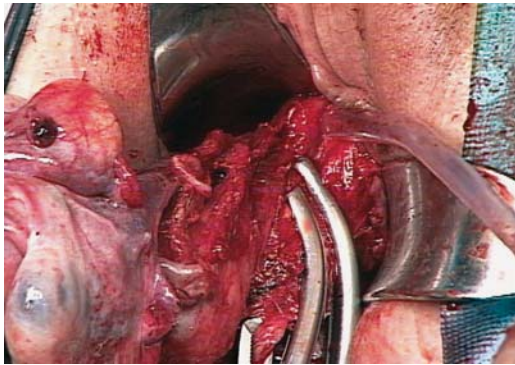
Le paracolpos gauche, tendu entre la partie latérale de la collerette vaginale et le vagin.

Il sera séparé de la face profonde du vagin aux ciseaux, avec ou sans coagulation bipolaire.

Depuis l'introduction de la coagulation bipolaire, on préfère utiliser la coagulation bipolaire puis section, avec ou sans maintien du premier clampage dont le seul rôle est d'attirer par traction une plus large zone de paracervix.

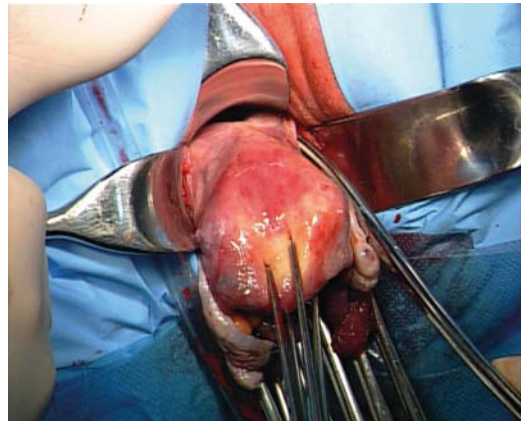
L'artère utérine déjà sectionnée par coelioscopie peut ensuite être attirée par traction vers le champ opératoire (cf le geste de la pince figure 5.15).

Évidemment, tous ces gestes seront répétés à droite. Il est fréquent qu'à la fin de l'intervention persistent des attaches utérosacrées qu'il faut sectionner aux ciseaux bipolaires ou à défaut entre deux pinces. Si la coéliopréparation a inclus la section des ligaments lombo-ovariens, la pièce tombe.



**Fig. 5.17**

Pinces sur le paracervix, pointées sur le genou de l'uretère. La ligne de section est entre ces deux pinces. L'utérus est attiré vers l'extérieur, avec les ovaires (à gauche de l'image) et la partie ascendante de l'artère utérine dont on voit la boucle.



**Fig. 5.18**

La manœuvre d'antéversion forcée de Doderlein.

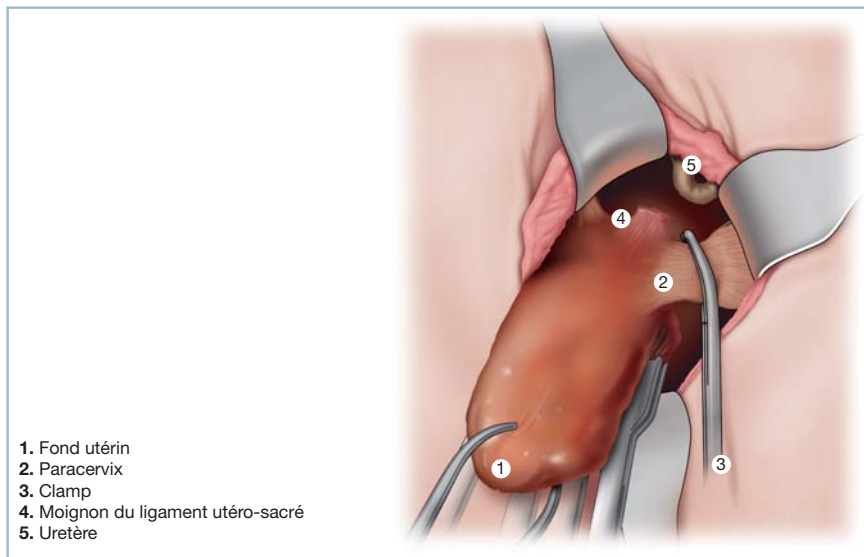
### Traitement de haut en bas

L'artifice de Doderlein est une technique qui consiste d'abord à ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur d'un ligament rond à l'autre, à saisir le fond utérin et à lui faire subir une antéversion forcée (figures 5.18 et 5.19), tout en relâchant, c'est essentiel, la traction sur la collerette vaginale. La partie ascendante des artères utérines, qui suit la direction de l'utérus, est alors facilement distinguée de sa partie descendante. On la tracte vers le champ opératoire, ce qui est possible puisque son origine a été coagulée et coupée au cours du temps coelioscopique.

Lorsqu'elle est possible, cette variante donne une vue excellente sur les paracervix qui sont étirés par la traction sur la pièce opératoire. On les clamp et on les lie, ou on les coupe aux ciseaux bipolaires à gauche et à droite à distance de l'utérus, au contact de l'uretère (figure 5.18).

### Variante : type A vaginal

La section des paracervix à l'aplomb de l'uretère n'est pas indispensable dans les cas de cancers débutants. Une section plus limitée a pour objectif la réduction des séquelles urinaires à distance.



1. Fond utérin
2. Paracervix
3. Clamp
4. Moignon du ligament utéro-sacré
5. Uretère

**Fig. 5.19**

Traitement de haut en bas du paracervix gauche après manœuvre de Doderlein.

Même pour cette opération plus limitée, il faut avoir localisé à coup sûr l'uretère à la palpation et donc avoir ouvert les fosses paravésicales. C'est seulement après avoir cartographié à la palpation la position de l'uretère que l'on peut se permettre de coaguler et couper les attaches latérales du col à mi-chemin entre le col et l'uretère.

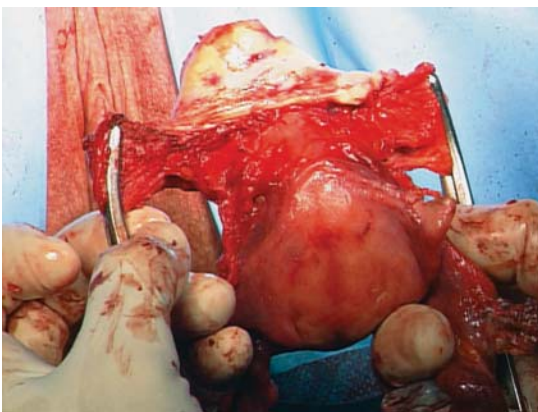
## Temps terminaux

La pièce opératoire est complètement libérée, souvent au prix de la section de quelques fibres ou attaches péritonéales résiduelles. La pièce opératoire est aussi (sinon plus) radicale qu'une pièce d'hystérectomie abdominale (figure 5.20).

La péritonisation est inutile. Le drainage est inutile si l'on a pris la précaution de reprendre l'hémostase des veines utérines postérieures, qui ont la fâcheuse tendance de saigner après l'extraction de l'utérus. Si c'est le cas, on les charge à l'aiguillée et on noue en les refixant sur le vagin. La fermeture vaginale est limitée, comme après l'hystérectomie vaginale simple, à un surjet non passé prenant de gauche à droite les tranches vaginales.

## Suites opératoires

Les suites sont fréquemment marquées par une rétention urinaire transitoire. Notre pratique est de garder une sonde à demeure 48 heures. À son ablation, il est immédiatement procédé à un monitoring des résidus postmictionnels, par sondage ou mesure échographique, 4 fois/jour. Les sondages itératifs sont nécessaires jusqu'au retour spontané à une situation normale (une fois moins de 50 cm<sup>3</sup> ou deux fois moins de 100 cm<sup>3</sup> de résidu postmictionnel). Si la situation persiste, il faudra entamer l'apprentissage de l'autosondage pour permettre le retour à domicile.



**Fig. 5.20**

Pièce opératoire.

## Opération cœlioscopique vagino-assistée

C'est E. Leblanc qui a conçu l'opération consistant à préparer la collerette vaginale par voie basse pour faciliter l'opération cœlioscopique et qui a forgé le nom de « Schautheim ». La logique est que deux des principales difficultés de l'hystérectomie élargie cœlioscopique sont le temps de séparation vésicale et l'incision vaginale au niveau adéquat, temps idéalement pratiqués par voie vaginale. Rien n'étant jamais inventé vraiment de nos jours, on se rappellera que Breisky à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à Prague prônait la même approche, avec bien sûr une combinaison laparotomique.

On confectionne la collerette vaginale, que l'on sépare de la vessie sans ouvrir les culs-de-sac. On ferme la collerette par un surjet, on laisse les fils d'angle longs, on tasse une mèche dans le vagin pour repérage et pneumostase. On passe ensuite par voie cœlioscopique. L'ouverture des culs-de-sac donne accès à une fine membrane (figure 5.21) qu'il suffit d'effondrer pour rejoindre la mèche (figure 5.22). Le reste de l'intervention est guidé par l'uretère après sa découverte : tous les tissus fixant l'utérus en dedans de l'uretère sont coagulés et coupés. L'utérus est extrait par simple traction sur les fils de rappel de la collerette.



**Fig. 5.21**

Après incision du péritoine vésico-utérin, la mèche est visible par transparence mais non directement accessible.

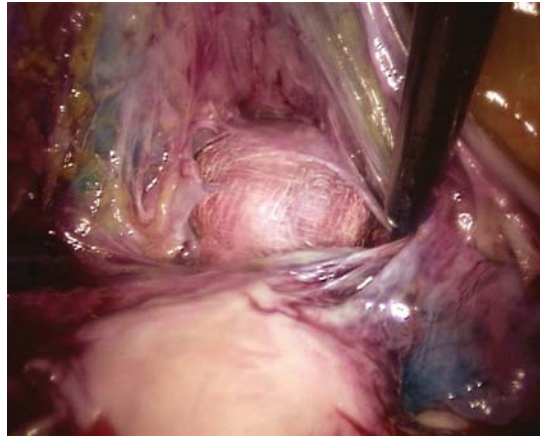


Fig. 5.22

L'effondrement de la fiche couche conjonctive de la figure 5.21 amène à la cavité vaginale. Le même geste sera répété en arrière.

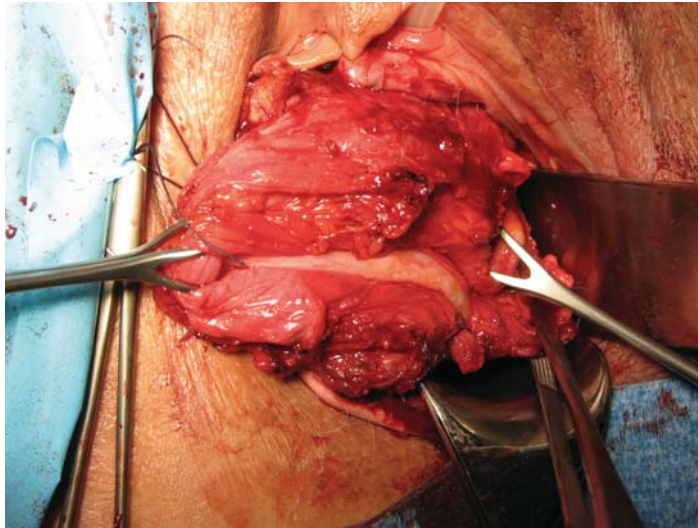


Fig. 5.23

Prolapsus et cancer du col utérin.  
Repérage de l'uretère (dans la pince de Babcock).

## Hystérectomie élargie vaginale pour cancer du col et prolapsus utérin

L'application de la méthode est évidente pour le traitement chirurgical du cancer du col utérin sur prolapsus extériorisé. De fait, le chirurgien du prolapsus devrait connaître la méthode de palpation de l'uretère dans le « pilier de la vessie », entre le septum vésico-utérin et la fosse paravésicale dûment ouverte au ras de la face profonde du vagin prolabé. Le chirurgien du

cancer, lui, doit mettre en évidence l'uretère qui serait facilement pincé lors de l'hémostase des paracervix (figure 5.23).

## Références

- [1] Querleu D. [Radical hysterectomies by the Schauta-Amreich and Schauta-Stoeckel techniques assisted by celioscopy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1991; 20 : 747–8.
- [2] Reiffenstuhl G, Platzer W, Knapstein PG, Imig JR. *Vaginal Operations*. 2nd ed. *Surgical Anatomy and Technique*. Philadelphia : Williams & Wilkins; 1996.