

Quality of Life Before and After Vaginal Hysterectomy in Women Admitted to the University Hospital Center of Brazzaville

Jean Alfred Mbongo

Received: 16 December 2015 Accepted: 4 January 2016 Published: 15 January 2016

Abstract

To explore the impact of the disease on the quality of life before vaginal hysterectomy (VH) of women before and after surgery. Methods: This is a qualitative study, with clinical method during a 12-month period which involved women who underwent vaginal hysterectomy. Women who didn't consent to participate and had no phone contact were not included. Results: During illness, women's experience was: sexual discomfort 26/40 (65%)

Index terms— experience of the disease; vaginal hysterectomy; brazzaville congo.

Objectif: Explorer le vécu de la maladie et de l'hystérectomie vaginale (HV) des femmes avant et après l'intervention chirurgicale.

Méthodes: Il s'est agi d'une étude prospective qualitative, à recueil clinique sur une période de 12 mois. Cette étude a concerné les femmes, ayant subi une hystérectomie vaginale. Celles n'ayant pas accepté de participer à l'étude, ou n'ayant pas de contact téléphonique n'ont pas été incluses.

Résultats: Pendant la maladie, le vécu des femmes a été : l'inconfort sexuel 26/40 (65%) ; les saignements génitaux 12/40 (30%) ; les douleurs pelviennes 13/40 (32,5%). En Postopératoire, ont été noté les dyspareunies transitoires 30/40 (75%) ; les céphalées secondaires à l'anesthésie 4 / 40 (10%).

Le vécu psychologique a été dominé avant l'HV par la peur de la chirurgie chez toutes les patientes, les troubles du sommeil 38/40 (95%), l'angoisse 30 / 40(75%), un sentiment de honte lié aux difficultés à accomplir l'acte sexuel en raison du prolapsus 26/40 (65%) et/ ou en raison des saignements génitaux, dus au fibrome utérin 14/40(35%). le sentiment de la perte de féminité était déclarée par 26/40 femmes porteuses de prolapsus utérin (65%), la modification de l'estime de soi 26/40(65%). Ces appréciations subjectives ont été améliorées avec l'HV, contre balançant la perte de leur organe de reproduction.

Aucune information n'a été donnée par les femmes à leurs proches et aux membres de la famille avant la chirurgie, traduisant ainsi leur sentiment de gêne ou de honte. L'arrêt des symptômes a été observé dans tous les cas, même si dans un cas (1,25%) un nouveau signe au titre des complications (plaie rectale) a été noté. Concernant l'activité sexuelle, tous les couples ont déclaré leur satisfaction après le traitement.

Conclusion: Le vécu dramatique de la maladie et de l'hystérectomie vaginale avant, est nettement amélioré après l'intervention chirurgicale.

1 Mots clés: vécu; maladie; hystérectomie vaginale; brazzaville-congo.

Summary-Introduction: The disease is a trouble that must be eradicated; vaginal hysterectomy is beneficial to patients for this purpose but can also have a detrimental impact on the quality of life of women.

Objective: To explore the impact of the disease on the quality of life before vaginal hysterectomy (VH) of women before and after surgery.

Methods: This is a qualitative study, with clinical method during a 12-month period which involved women who underwent vaginal hysterectomy. Women who didn't consent to participate and had no phone contact were not included.

Results: During illness, women's experience was: sexual discomfort 26/40 (65%); genital bleeding 12/40 (30%); 13/40 pelvic pain (32.5%) After surgery, we noted transient dyspareunia 30/40 (75%); secondary headache due to anesthesia 4/40 (10%). The psychological experience before HV, has been dominated by the fear of surgery

in all patients, sleep disorders 38/40 (95%), anxiety 30/40 (75%), shame and difficulty with the sexual intercourse because of prolapsed 26/40 (65%) even impossibility because of the genital bleeding 14/40 (35%). The loss of femininity was reported by 26/40 women with uterine prolapsed (65%), the modification of self-esteem 26/40 (65%). If these items have been improved with the HV, by cons, they all lost the reproductive organ. No information was given by women to their families and members of the company prior to surgery. The cessation of symptoms was observed in all cases, although we noted one case of rectal injury (1.25%). as for sexual activity, all couples declared their satisfaction after therapy.

2 Conclusion:

The experience of the disease and the tragic perception of vaginal hysterectomy before, were improved significantly after surgery. Le vécu correspond à l'ensemble subjectif des expériences, et des événements de la vie. Pour Vermersch [1], le vécu contient toutes les propriétés de la vie subjective y compris celles qui relèvent de l'accomplissement des actes (mentaux et matériels). la biographie de la personne est constituée par des éléments liés à son vécu.

3 Keywords

L'hystérectomie vaginale est l'ablation chirurgicale de l'utérus en utilisant la voie naturelle sans ouverture de l'abdomen. Parfois, selon le cas, le col de l'utérus, les ovaires et les trompes de Fallope peuvent également être enlevés [2].

L'hystérectomie est, dans le monde occidental, l'intervention gynécologique la plus répandue, environ 70 000 hystérectomies sont pratiquées chaque année en France [3]. Le rôle de l'utérus dans la vie de la femme est, en dehors de sa fonction primordiale de support de la reproduction, particulièrement important dans la vision de son schéma corporel, dans sa sexualité et pour son psychisme. Il est donc licite de s'interroger sur les conséquences de l'hystérectomie sur la vie de la femme et notamment sur la qualité de sa vie sexuelle en particulier [3]. L'ablation de l'utérus, quelle qu'en soit l'indication, peut être mal vécue, en particulier parce que outre la peur de l'intervention, des douleurs ou des complications viennent s'ajouter l'angoisse et/ou la honte de la perte de la féminité, de la modification de l'image corporelle. De plus, s'ajoute, la croyance que l'hystérectomie vaginale est associée à la ménopause, donc synonyme de vieillissement [4]. De même, la perte de l'organe les prive des menstruations et peut être vécue par certaines comme une perte de l'identité, de la désirabilité. Cependant l'hystérectomie vaginale peut les soulager de douleurs intenses ou de métrorragies abondantes ; ce qui constitue souvent la motivation principale les poussant à accepter ce geste salvateur mais qui en ôtant leur utérus leur enlève l'attribut principal de la maternité. Le vécu d'une maladie gynécologique telle que le prolapsus utérin et le traitement subséquent du type hystérectomie vaginale ; est une expérience très difficile à vivre par une femme ; du fait qu'elles font face aux complications inhérentes à d'une part à la maladie et d'autre part aux traitements, d'où altération importante de la qualité de leur vie.

Aussi, nous nous sommes fixés pour objectif d'étudier la qualité de vie et le vécu de la maladie et de l'hystérectomie vaginale des femmes hospitalisées au CHU de Brazzaville avant et après l'intervention chirurgicale.

4 II. Patientes et Méthodes

Il s'agissait d'une étude qualitative et descriptive, avec méthode clinique, effectuée dans le Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Brazzaville durant une période de 12 mois, soit du 14 juillet 2014 au 14 juillet 2015.

La population cible, a été constituée des femmes ayant subi une hystérectomie vaginale. Celles n'ayant pas accepté de participer à l'étude, ou n'ayant pas de contact téléphonique n'ont pas été incluses.

L'échantillon a été constitué de façon non probabiliste, incluant toutes les femmes qui ont accepté de prendre part à l'étude en répondant à un questionnaire standardisé.

Ainsi, et en tenant compte des critères d'inclusion 40 patientes ont été retenues pour l'étude.

La figure I, représente le schéma conceptuel, exprimant les problèmes qui influencent le vécu de la maladie et de l'hystérectomie vaginale par les femmes.

Les données ont été recueillies et ont été analysées à l'aide du logiciel EPI-info.

5 III. Résultats a) Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes ayant subi une hystérectomie vaginale (FSHV) a été de 44 ± 3 ans avec des extrêmes de 32 à 65 ans ; 67,9% d'entre elles étaient mariées, 25% étaient veuves et 7,1% étaient célibataires.

La plupart des FSHV soit 80,7% avaient un niveau moyen, 19,3% avaient un niveau universitaire.

L'occupation professionnelle a montré que 39,3% des FSHV étaient des commerçantes, 32,1% sans emploi et 28,6% étaient ménagères.

6 b) Caractéristiques cliniques

Parité, 47% étaient Paucipares, 31% multipares, 10% grandes multipares et 2% de nullipares.

Indications de l'hystérectomie vaginale : prolapsus du col de l'utérus 26 cas, soit 65%, fibrome utérin 10 cas, soit 25%, dysplasies sévères du col utérin 4 cas, soit 10%.

L'anesthésie pratiquée a été l'anesthésie générale 50% des cas, la rachianesthésie 48% et péridurale dans 2% des cas.

Le tableau I, a mis en évidence la constance de l'inconfort sexuel chez les femmes présentant un prolapsus ; celles souffrant de fibrome utérin se plaignaient de douleurs pelviennes, et de saignement génital avant l'hystérectomie vaginale ; après l'intervention, elles se plaignaient de douleurs postopératoires, et de céphalées (effets secondaires de la rachianesthésie).

La description du vécu psychologique figure dans le tableau II. En effet, le prolapsus qui souvent était de 3 e degré, et les saignements génitaux dus au fibrome utérin, entraînent une insatisfaction sexuelle pendant la maladie. De plus, après l'intervention, il est prescrit un repos sexuel de 90 jours.

A l'analyse du tableau III, concernant le vécu social des patientes, nous avons noté qu'elles n'ont pas informé leurs proches parents et leurs amis et relations sur leur état morbide, mais ces derniers avaient peur de la chirurgie et compatissaient avec elles dans les suites opératoires. Des cas d'infidélité du conjoint ont été signalés, mais la satisfaction sexuelle des couples après hystérectomie vaginale a été unanime dans l'ensemble.

7 IV. Discussion

La phase de manifestation de la maladie a été pour la plupart un moment délicat. Elles font face non seulement à la douleur mais aussi au saignement génital, et au désagrément du à l'extériorisation du col en rapport avec le prolapsus. Pour Farquhar CM et al [5], les problèmes gynécologiques comme les douleurs pelviennes, les saignements abondants et prolongés, ont un impact négatif sur la vie quotidienne de la femme et peuvent être atténués par certains par certaines stratégies telle que l'hystérectomie vaginale [5]. La maladie a une influence sur les attitudes et les comportements ; les représentations de la maladie destructrice ou libératrice induisent des comportements : refus des soins et de recours au médecin dans le cas de la maladie destructrice ; rupture avec les contraintes sociales, enrichissement sur le plan personnel, lorsque la maladie est vécue sur le mode d'une libération. Il est question pour les femmes de croire à la disponibilité des ressources et opportunités individuelles pour pouvoir améliorer la qualité de vie et éviter les complications post opératoires.

Notre étude a montré que toutes les femmes étaient soulagées de leurs malaises ; mais pour certaines, d'autres symptômes sont apparus liés aux complications postopératoires, telles que les douleurs, la plaie rectale, les dyspareunies ; car il n'existe pas de chirurgie anodine. En effet, selon Hasson [6], la perte de l'organe prive les femmes des menstruations et peut être vécue par certaines comme une perte de l'identité, de la désirabilité malgré le fait que l'hystérectomie vaginale leur a permis d'être soulagé de douleurs ou de métrorragies invalidantes. Il y a peu de complications avec la voie vaginale, en effet, les femmes rapportaient peu de saignement en post opératoire. D'autres auteurs ont fait le même constat [7, 8]. Les dyspareunies transitoires à la reprise des rapports après hystérectomie vaginale ont été fréquentes. La pathogénie de ces dyspareunies selon Jewett [9] est le raccourcissement du vagin secondaire à la chirurgie, d'autres auteurs observent leur disparition à un an de la chirurgie [10].

Le vécu psychologique avant l'hystérectomie vaginale, est marqué par l'insatisfaction dans le désir sexuel, la perte de la féminité et la modification de l'estime de soi en raison des saignements du fibrome et du désagrément esthétique lié au prolapsus, incitaient les femmes à braver la peur de la chirurgie. A cela, s'ajoutaient les difficultés financières liées au coût de la chirurgie, engendrant le plus souvent l'insomnie. Dans la préparation psychologique préopératoire des patientes, souvent il manquait les informations sur les complications per et postopératoires. Selon Estrade et al [12], il faut savoir écouter avant de décider de toute chirurgie dans le cadre d'un consentement éclairé.

Le suivi postopératoire doit être assuré par le chirurgien lui-même pour compléter certaines informations, pour rassurer et accompagner la patiente. Ces quelques conseils simples peuvent minimiser les risques de décompensation psychique postopératoire. En cas des troubles sexuels, il faut s'interroger sur l'état psychologique pré opératoire des patientes et sur leur attente de cette chirurgie.

D'après Soulier [11], les maladies répondent à des codes qui étaient pressentis depuis la nuit des temps dans tous les grands mythes et les grandes symboliques. Les recherches psychologiques récentes font qu'ils sont de mieux en mieux connus. Les dernières découvertes scientifiques viennent confirmer chaque jour ces compréhensions. Nous vivons dans un « système de croyances », qui est propre à chacun et qui forme notre « vision du monde ». Ce système est différent du réel, mais nous pensons que c'est la réalité. Ce sont nos croyances. La maladie peut aujourd'hui se concevoir comme la conjonction d'un code de survie d'espèce et de la conséquence d'une croyance.

Nos patientes étaient mariées, et mère d'au moins deux enfants, en période de péri ménopause, le plus souvent, la procréation pour elles, n'était plus une grande préoccupation, il en est de même pour l'absence de l'utérus causé par l'hystérectomie vaginale. Cependant les femmes éprouvent un sentiment de manque, de perte, elles ont l'impression qu'on leur a enlevé une partie de leur féminité et sombrent souvent dans la dépression. Même si le désir d'enfant n'existe plus, accepter l'incapacité physique de procréer est difficile pour certaines. D'autres percevront cette intervention comme une atteinte à leur féminité. Pour ces raisons il est indispensable que l'hystérectomie (totale ou non) soit le choix de la patiente et non pas seulement celui de l'équipe médicale [13]. Ainsi, selon Cailhier [14], pour favoriser des soins plus humains, il faut répondre à un besoin d'information tant sur la nature de la maladie que sur les traitements. Pour être utile, cette information doit répondre à un besoin identifié chez la patiente. L'investigation des besoins d'apprendre s'affirme comme étant une stratégie pour susciter la participation, l'intérêt et la prise en charge de la patiente. Le concept d'estime de soi, englobe

l'image corporelle, l'idéal de soi, l'exercice de son rôle et l'identité personnelle [13]. L'image corporelle est l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. C'est la somme de jugements conscients et inconscients que nous portons à l'égard de notre corps. Elle englobe les perceptions présentes et passées [15].

Nos patientes n'informaient ni les proches parents, ni leur entourage élargi sur leur état morbide, mais préféraient l'effet de surprise, juste après l'intervention. Cela est certainement un problème culturel, faisant penser que la médiatisation de la maladie fait courir le risque d'avoir un mauvais sort en per ou post-opératoire. Souvent, le statut socioculturel particulièrement important des maladies de la sphère urogénitale, les symptômes de la maladie principale appartenant à la catégorie de ceux dont il est gênant d'en parler ou de s'en plaindre et qu'il vaut mieux cacher, en raison d'un fort sentiment de honte. De plus se pose la question de l'incertitude concernant l'avenir des relations familiales et sociales. Les patientes ont présenté des doutes sur la façon dont elles allaient être acceptées « ainsi ». Les membres de la société, n'étant pas tenu au courant de la maladie avant l'intervention, ne peuvent aborder ce problème avec la patiente, après l'hystérectomie vaginale. Le fait que dans la plupart des cas, la prise en charge globale de la maladie est le fait de mutualisation des efforts dans la société, cela peut avoir un impact négatif sur la santé des femmes ayant subi une hystérectomie vaginale.

Tenant compte des symptômes gênant l'activité sexuel, pendant la maladie, la longue durée de prescription médicale de repos sexuel post hystérectomie (environ 90 jours) ; des cas d'infidélité du conjoint, et même de non respect de la prescription médicale ont été notés. En effet, pour certains auteurs [8], le désir sexuel est un concept complexe, difficile à identifier et donc à analyser. Il est déterminé par l'interaction de la pulsion, des valeurs et des motivations.

8 V. Conclusion

La maladie, par sa gravité potentielle, déstabilise non seulement la malade, mais également ses proches ; souvent les relations professionnelles sont plus ou moins interrompues. Les troubles psychosexuels, aggravés par l'atteinte de l'image corporelle pendant la maladie, et le confort de la patiente, sont nettement améliorés par l'hystérectomie vaginale en raison aussi de l'absence « virtuelle » de cicatrice abdominale.

9 Volume XVI Issue III Version I

1 2

¹© 2016 Global Journals Inc. (US)

²© 2016 Global Journals Inc. (US)



1

Figure 1: Figure 1 :

Résumé-Introduction: Toute maladie est un mal en soi qu'il faut éradiquer car elle altère souvent de façon significative la qualité de la vie. L'hystérectomie vaginale est indiquée pour les gynécologiques graves, elle est donc bénéfique mais, peut également avoir une répercussion néfaste sur la qualité de vie de la femme.

patients présentant des tumeurs

Figure 2:

Tableau I : Les éléments du vécu physique avant et après hystérectomie vaginale
Vécu inconfort physique sexuel, douleurs pelviennes, absence de avant l'H.V : saignements, éléments

	rapport sexuel?	Signes de la mal- adie
		Douleurs Saignement géné- tal Inconfort sexuel Complications post opératoires Douleurs Céphalées Plaie rec- tale
16 Year 2016	Vécu Dyspareunies, sécheresse vaginale, physique après l'H.V : bouffée de chaleur, absence des règles, p	

Volume Femme ayant subi une hystérectomie vaginale Avant N=40 38 40 Angoisse pour moyens de prise en cha
XVI
Is-
sue
III
Ver-
sion
I

-
- 191 [Graesslin and Brun ()] , O Graesslin , Jean -Luc Brun . 2009. (N°7 Tome 2)
- 192 [Farquhar et al. ()] ‘A prospective study of outcomes five years after hysterectomy in premenopausal women’. C
- 193 M Farquhar , L Sadler , W Stewart . *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*
- 194 2008. 48 p. .
- 195 [Vermerche ()] *Bien-être/être bien, les techniques de conscience du corps*, P Vermerche . 2010. Paris, PUF.
- 196 [Cailhier y in Desgagné L. Evaluation des Effets d’un Enseignement auprès d’une clientèle hystérectomisée ()]
- 197 *Cailhier y in Desgagné L. Evaluation des Effets d’un Enseignement auprès d’une clientèle hystérectomisée*,
- 198 1987. Québec. Université de Québec
- 199 [Hasson ()] ‘Cervical removal at hysterectomy for benign disease: risks and benefits’. H M Hasson . *J Reprod*
- 200 *Med* 1993. 38 p. .
- 201 [Estrade et al.] J P Estrade , G André , A L Sutter , D Dallay . *Conséquences fonctionnelles et psychosexuelles*
- 202 *de l’hystérectomie. Pelvi-périnéologie 2005*, p. .
- 203 [Hystérectomie 2011 Passion santé] *Hystérectomie 2011 Passion santé*,
- 204 [D’halluin ()] *La chirurgie gynécologique et mammaire de Charente*, D’halluin . 2012.
- 205 [Soulie ()] *Le sens des maladies*, O Soulier . 2002.
- 206 [Proust et al. ()] *Les complications d’hystérectomie sont-elles liées à la voie d’abord ? Collège National des*
- 207 *Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale*, S Proust , F Jouly
- 208 , P Lopes . 2004. (28 e Journées nationales)
- 209 [Proust and Jouly ()] *Les complications de l’hystérectomie sont-elles liées à la voie d’abord ? Gynécologie*
- 210 *médicale*, S Proust , F Jouly , Loprés . 2004. p. 183.
- 211 [NANDA international. Diagnostics infirmiers: définitions et classifications 2010 Paris Masson] *NANDA inter-*
- 212 *national. Diagnostics infirmiers: définitions et classifications 2010 Paris Masson*,
- 213 [Jewett ()] ‘Vaginal length and incidence of dyspareunia following total abdominal hysterectomy’. F Jewett . *Am*
- 214 *J Obstet Gynecol* 1952. 63 p. .
- 215 [Cosson ()] ‘Vaginal, laparoscopic or abdominal hysterectomies for benign disorders: immediate and early
- 216 postoperative complications’. M Cosson . *Europ J Obstet Gynecol* 2003. 98 p. .
- 217 [Lamden et al. ()] ‘Women’s sense of well-being before and after hysterectomy’. M P Lamden , G Bellamy , Og
- 218 Burn-Russel . *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997. 26 p. .