



Article Original

Les Hystérectomies Obstétricales d'Urgence au CHU Gabriel Toure de Bamako de 2003 à 2020

Emergency obstetrical hysterectomies at the CHU Gabriel Toure (Bamako) from 2003 to 2020

Fané Seydou¹, Bocoum Amadou¹, Sylla Cheickna¹, Sissoko Abdoulaye², Traoré Alassane³, Traoré Soumana Oumar⁴, Kanté Ibrahima⁵, Sima Mamadou⁵, Sanogo Siaka Amara¹, Kouma Aminata⁶, Sanogo Abdoulaye¹, Saleck Doumbia⁴, Tegueté Ibrahima¹, Traoré Youssouf¹, Mounkoro Niani¹

RÉSUMÉ

Objectif. Le but de cette étude était de déterminer la prévalence des hystérectomies obstétricales d'urgence et de décrire leurs aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. **Matériels et méthodes.** Nous avons mené une étude descriptive transversale analytique de 2003 à 2020 au CHU Gabriel Touré. **Résultats.** La fréquence était de 0,4%. L'âge moyen des femmes était de 30 ans avec des extrêmes allant 15 à 50 ans. Par rapport à la voie d'accouchement, 96,6% ont accouché par voie haute contre 3,4% de voie basse. L'utilisation d'ocytocine a été observée chez 7,4%. De même, des manœuvres obstétricales ont été observées dans 1%. Les indications des hystérectomies ont été dominées par la rupture utérine (87,1%) suivie de la péritonite post-césarienne (3,9%), de l'atonie utérine (3,5%) et du placenta accreta (2,5%). L'hystérectomie était subtotalaire dans 88,7% des cas. La transfusion a été réalisée chez 84,2% des femmes. L'hystérectomie a été réalisée au cours de la césarienne dans 96,6% des cas. Concernant les complications, les hémorragies ont été rencontrées dans 76,8% des cas et il y a eu 0,5% d'arrêt cardiaque. Sur le plan biologique, 59,6% des patientes étaient anémiées en post-opératoire. L'anesthésie générale a été réalisée dans 95,6%. Le pronostic maternel était bon dans 99%. Le choc hémorragique a été présent dans 0,5% et l'infection dans 0,5%. Nous avons retrouvé 82% de décès périnatal précoce. **Conclusion.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence est une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Elle est associée à un bon pronostic maternel et une très grande mortalité périnatale.

¹ Département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali.

² Département de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mère-enfant le Luxembourg de Bamako, Mali.

³ Département de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Mali de Bamako, Mali.

⁴ Centre de santé de référence de la commune V de Bamako, Mali.

⁵ Département de gynécologie obstétrique du CHU du Point G de Bamako, Mali.

⁶ Département de gynécologie obstétrique du CHU de Kati, Mali

Auteur correspondant : Dr Fané Seydou

Adresse e-mail :

seydoufane@yahoo.fr

Tél : +2237618 48 78

Mots-clés : hystérectomie, décès maternel, décès périnatal, Bamako

Keywords: hysterectomy, maternal death, perinatal death, Bamako

ABSTRACT

Objectives. The aim of this study was to determine the prevalence of emergency obstetric hysterectomies and to describe their epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic aspects. **Materials and methods.** We conducted an analytical cross-sectional descriptive study from 2003 to 2020 at the Gabriel Touré University Hospital. **Results.** The frequency was 0.4%. The average age was 30 years with extremes ranging from 15 to 50 years. Compared to the delivery route, 96.6% gave birth in the high lane compared to 3.4% of the low path. Oxytocin use was observed in 7.4%. Similarly, obstetric manoeuvres were observed in 1%. Indications of hysterectomies were dominated by uterine rupture 87.1% followed by 3.9% post-cesarean peritonitis, 3.5% uterine atony and 2.5% placenta accreta. Hysterectomies were subtotal in 88.7%. The transfusion was performed in 84.2%. Hysterectomy was performed during cesarean section in 96.6%. Complications: Hemorrhages were encountered in 76.8% followed by 0.5% cardiac arrest. 59.6% of patients were anaemic in post-operative. General anesthesia was performed in 95.6%. Maternal and neonatal prognosis. Maternal prognosis was good in 99%. Hemorrhagic shock was responsible in 0.5% and infection in 0.5%. On the other hand, the neonatal prognosis was 82% of early perinatal deaths. Only 18% of newborns were alive. **Conclusion.** Emergency obstetric hysterectomy is a strategy to combat maternal and perinatal mortality. It is associated with a good maternal prognosis and high perinatal mortality.

INTRODUCTION

La santé maternelle en Afrique est préoccupante en raison d'un accès difficile aux soins obstétricaux de qualité, d'une insuffisance des infrastructures sanitaires ; une mauvaise qualité de la consultation prénatale, d'une population non scolarisée et un bas niveau

socioéconomique. D'autres facteurs sont aussi déterminants dans la survenue des complications et des décès maternels et périnatals. Ce sont les trois retards mortels de la mortalité maternelle [1]. Le 1^{er} retard est celui observé dans les communautés pour recourir aux services de santé. Le 2^{ème} retard est celui de la distance,

lié l'état des routes, aux moyens de transports et le temps mis pour accéder aux structures de soins. Enfin le 3^{ème} retard est celui observé dans les structures de soins allant du diagnostic à la prise en charge des patientes. Ces facteurs exposent les patientes à des hémorragies du post-partum et les complications de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse. Les gestes vitaux sont indispensables pour sauver leur vie. Parmi les gestes vitaux pour sauver les vies en situation obstétricale figure l'hystérectomie obstétricale d'urgence. Elle est devenue exceptionnelle dans les pays développés du fait de la bonne prise en charge des femmes enceintes. Cependant elle reste fréquente en Afrique en raison de l'absence de consultations prénatales, le sous équipement médical, l'insuffisance numérique de sages-femmes et d'obstétriciens dans les lieux où besoin est, le transfert tardif des malades et l'éloignement des hôpitaux de référence sont à l'origine de cette redoutable intervention. Celle-ci détruit l'avenir obstétrical de la femme et comporte un taux élevé de mortalité fœto-maternelle. L'hystérectomie obstétricale d'urgence est l'ablation chirurgicale de l'utérus en situation d'urgence pendant la grossesse ; l'accouchement et dans les suites de couches pour une raison menaçant le pronostic vital de la patiente [2,3]. C'est une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale dans les pays en développement [1,4]. Au Mali l'hystérectomie d'hémostase a fait l'objet de publications. Les fréquences varient de 0.11% obtenu par Camara [5] en 2018 au Cs réf de la commune V de Bamako à 17.6% (29/165) obtenues par Yalcouyé [6] en 2008 et de Keita [7] en 2009 au centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G. A ce jour au CHU Gabriel Touré très peu d'études ont été réalisées sur l'hystérectomie obstétricale d'urgence tenant compte spécifiquement l'hystérectomie réalisée pour causes d'hémorragie du post-partum immédiat et les causes infectieuses pendant la période gravidopuerpérale. C'est ce contexte qui justifie la réalisation de cette étude dans un pays africain en développement. Le but de notre travail était de déterminer la prévalence des hystérectomies obstétricales d'urgence et de décrire leurs aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Il s'est agit d'une étude descriptive transversale analytique avec collecte rétrospective des données de 2003 à 2019 et prospective du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 au CHU Gabriel Touré. La population était constituée de patientes évacuées ou référées, de patientes ayant accouchées dans le service. Les critères d'inclusion : Nous avons inclus toutes les patientes enceintes de plus 22 semaines d'aménorrhée (SA), présentant une hémorragie grave du post-partum ou infection directement ou après transfert in utero dans notre service de 3^{ème} référence.

La taille minimale de l'échantillon (n) est de 162 hystérectomies obstétricales d'urgence calculée à partir de la formule de Schwartz ($n = 4 \times 0,176 \times 0,824 / 0,0036 = 162$).

Nous avons considéré comme hystérectomie obstétricale d'urgence, une ablation chirurgicale de l'utérus en situation d'urgence pendant la grossesse ; l'accouchement et dans les suites de couches pour une raison menaçant le pronostic vital de la patiente.

Nous avons analysé les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques lors de l'admission, la prise en charge des patientes ; les éléments pronostiqués et les données périnatales. En somme la fréquence de l'hystérectomie obstétricale d'urgence, les indications, la conduite à tenir possible au moment de l'admission et le pronostic materno-fœtal ont été déterminés.

La collecte et l'analyse des données ont été effectuée grâce aux fiches de recueil des données collectées à partir des dossiers des patientes. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 20. Les tests statistiques utilisés étaient l'odds ratio, le khi-deux et le seuil de significativité (p).

RÉSULTATS

Au cours du dépouillement, 203 dossiers répondaient à la définition de l'hystérectomie obstétricale d'urgence de l'étude.

Du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2020, nous avons enregistré 203 hystérectomies obstétricales d'urgence pour 46656 accouchements soit une fréquence de 0,4%. L'évolution de la fréquence des hystérectomies d'urgence en fonction du mois est précisée dans la figure 1 ci-après :

MATÉRIELS ET MÉTHODES

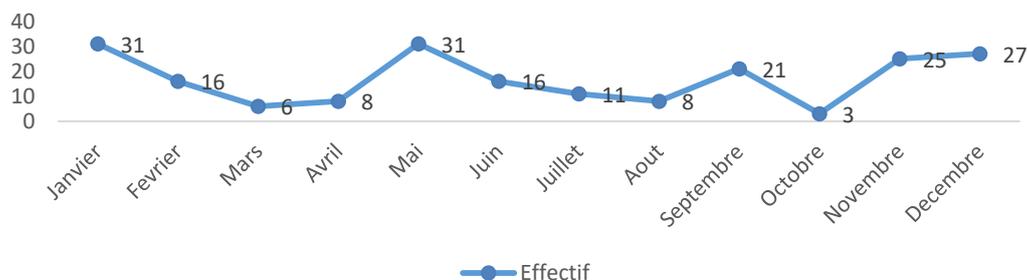


Figure 1 : évolution de la fréquence des hystérectomies obstétricales d'urgence au CHU Gabriel Touré de Bamako

Caractéristiques épidémiologiques

L'âge moyen des patientes concernées par cette urgence obstétricale était de 30 ans avec des extrêmes allant de 15 à 50 ans. Cette tranche d'âge représente 60,6% de l'échantillon. Parmi elles, il y avait 7% d'adolescentes. Les patientes étaient mariées dans 98% des cas et ménagères dans 98,5%. L'admission à partir d'une formation sanitaire était de 95,1%. Ces aspects épidémiologiques sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 : aspects épidémiologiques des hystérectomies obstétricales d'urgence de 2003 à 2020 au CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali

Caractéristiques épidémiologiques	Effectif	Pourcentage
Age (année)		
≤ 19	15	7,4
19-34	123	60,6
> 34	65	32,0
Profession		
Ménagères	200	98,5
fonctionnaire	1	0,5
Commerçante	2	1
Statut matrimonial		
Mariée	199	98,0
Célibataire	4	2,0

Caractéristiques cliniques

Les patientes ont été évacuées dans 95% et 2,5% dans référées. Parmi les patientes évacuées 69% ont été admises pour rupture utérine suivi de 17% pour hématome rétro-placentaire et de 8% pour péritonite post-césarienne. Elles avaient effectué une consultation prénatale dans 75,9%. 77,3% des patientes étaient des multipares ; 21,7% de grandes multipares et de 1% de primipare. Par rapport à la voie d'accouchement, les 96,6% ont accouché par voie haute contre 3,4% de voie basse. Les cicatrices utérines étaient présentes dans 20,2%. L'utilisation d'ocytocine a été observée chez 7,4% des patientes contre 92,6% de non utilisation. De même, les manœuvres obstétricales ont été observées dans 1% contre 99%. Les caractéristiques cliniques des patientes sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des hystérectomies obstétricales d'urgence de 2003 à 2020 au CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali.

Caractéristiques cliniques	Effectif	%
Motif d'évacuation		n=203
Rupture utérine	140	69,0
Hématome rétro placentaire	34	17,0
Péritonite post césarienne	16	8,0
Autres*	13	6,0
Mode d'admission		n=203
Évacuée	193	95,0
Référée	5	2,5
Venue d'elle-même	5	2,5
Consultation prénatale		n=203
Oui	154	75,9
Non	49	24,1
Parité		n=203
Primipare	2	1,0
Multipare	157	77,3
Grande multipare	44	21,7

Tableau 2 (suite) : Caractéristiques cliniques des hystérectomies obstétricales d'urgence de 2003 à 2020 au CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali.

Terme de la grossesse		n=203
Non à terme	24	11,8
Terme	179	88,2
Type de Grossesse		n=203
Unique	201	99,0
Multiple	2	1,0
Voie d'accouchement		n=203
Basse	7	3,4
Haute	196	96,6
Cicatrice utérine		n=203
Oui	41	20,2
Non	162	79,8
Utilisation d'ocytocique		n=203
Oui	15	7,4
Non	188	92,6
Manœuvres obstétricales		n=203
Oui	2	1,0
Non	201	99,0

Caractéristiques thérapeutiques

Les indications des hystérectomies ont été dominées par la rupture utérine 87,1% suivi de 3,9% de péritonite post-césarienne de 3,5% d'atonie utérine et 2,5% de placenta accreta. Les hystérectomies ont été subtotaux dans 88,7% contre 11,3% d'hystérectomies totales. Le délai de prise en charge des patientes était < 3heures dans 98% contre 2% de délai ≥ 3heures. La transfusion a été réalisée chez 84,2%. L'hystérectomie a été réalisée au cours de la césarienne dans 96,6% contre 2,4% de réalisation après accouchement par voie basse et 1% dans le post-césarienne. Les caractéristiques thérapeutiques sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques thérapeutiques des hystérectomies obstétricales d'urgence de 2003 à 2020 au CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali

Caractéristiques chirurgicales	Effectif	%
Indication de l'hystérectomie		n=203
Atonie utérine	7	3,5
Placenta accreta	5	2,5
Rupture utérine	177	87,1
Trouble de la coagulation	3	1,5
Avortement tardif	3	1,5
Péritonite post césarienne	8	3,9
Type d'hystérectomie		n=203
Totale	23	11,3
Subtotale	180	88,7
Délai opératoire (heure)		n=203
< 3	199	98
≥ 3	4	2
Transfusion		n=203
Oui	171	84,2
Non	32	15,8
Moment de l'indication de l'hystérectomie		n=203
Césarienne	196	96,6
Post-partum césarienne	2	1
Post-partum voie basse	5	2,4

Complications

S'agissant des complications per-opératoires, les hémorragies ont été rencontrées dans 76,8% suivi de 0,5% d'arrêt cardiaque. 59,6% des patientes ont présenté une anémie en post-opératoire, suivi de 4,4% de complications infectieuses et 1% de maladies thrombo-emboliques. La durée d'hospitalisation était entre 7 et 15 jours dans 59,1%. L'anesthésie générale a été réalisée dans 95,6% contre 4,4% de rachianesthésie.

Pronostic maternel et néonatal.

Le pronostic maternel était bon dans 99% contre 1% de décès maternel. Le choc hémorragique était responsable dans 0,5% et l'infection dans 0,5%. Par contre le pronostic néonatal a été marqué par 82% de décès périnatal précoce. 18% de nouveau-né étaient vivants. Les pronostics maternel et néonatal est présenté dans le tableau 4,5, et les figures 2 et 3.

Tableau 4 : Décès maternels et périnatals observés au cours des hystérectomies obstétricales d'urgence de 2003 à 2020 au CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali.

Mortalité	Effectif	%
Causes de décès		
Choc hémorragique	1	0,5
Infections	1	0,5
Etat maternel n=203		
Vivant	201	99
Décès maternel	2	1
Etat du nouveau-né n=205		
Vivant	37	18,0
Décès périnatal précoce	168	82,0

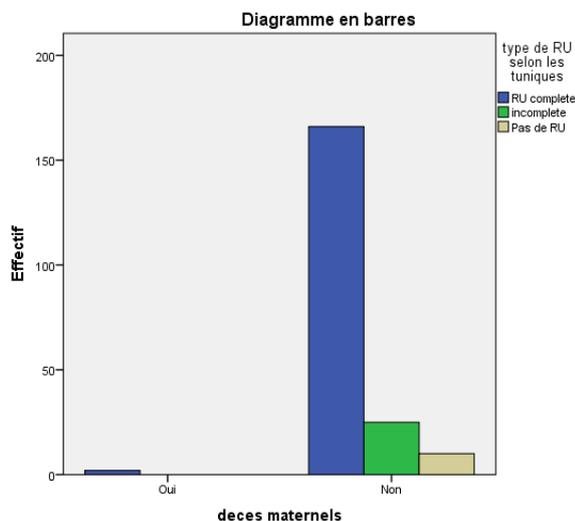


Figure 2 : Relation entre décès maternel et type de rupture utérine

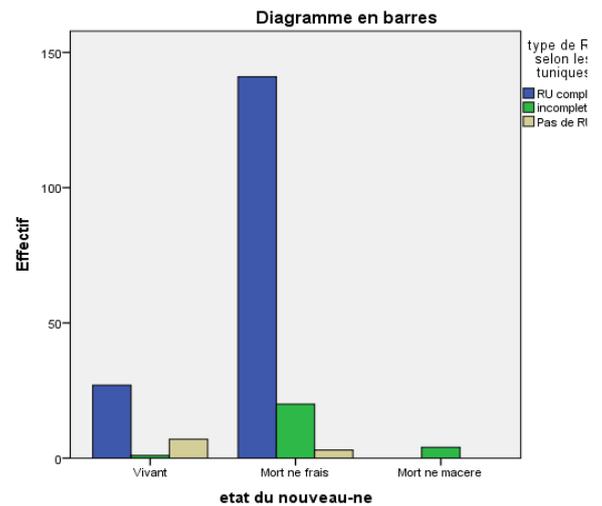


Figure 3 : Relation entre état du nouveau-né et type de rupture utérine

Tableau 5 : Facteurs associés aux décès périnatals

Facteurs	Décès périnatal	Vivant	OR _{IC}
HRP			
Oui	3	0	-
Non	165	35	
CPN			
Oui	121	32	4(1,2-13,8)
Non	46	3	
Ocytocique			
Oui	12	3	1,2(0,3-4,5)
Non	32	187	
Manœuvre obstétricale			
Oui	1	1	4,9(0,3-80,4)
Non	167	34	
Suites opératoires			
Simple	46	23	5,0(2,3-11,0)
Complicées	122	12	
Voie d'accouchement			
Basse	0	7	-
Haute	28	168	

DISCUSSION

Dans la littérature, la fréquence de l'hystérectomie obstétricale d'urgence est variable d'une région à un autre. En effet elle faible dans les pays développés et fréquente dans les pays en développement. Notre fréquence de 0,40% est comparable à celle de Muteganya [8] qui a eu 0,53% au CHU de Kamenge en 1998 en Côte d'ivoire ; et inférieure à celle de Nayama [9] qui avait trouvé 1,25% au Niger en 2006, ou de SY T [10] qui a eu 0,16% à la Maternité Donka du CHU de Conakry en 2017. Dans les pays développés les fréquences extrêmes variaient entre 0,4 % à 2,8 % des accouchements [6, 7, 11,12]. La fréquence

d'hystérectomie d'urgence des pays en développement est 10 fois plus élevée que celles des pays développés. Cette différence de fréquence entre pays en développement et développés pourrait s'expliquer par la qualité des soins obstétricaux et néonataux pratiqués dans ces pays. En effet, plus la qualité des soins obstétricaux et néonataux est bonne moins nous avons recours à l'hystérectomie obstétricale d'urgence. En fait la prise en charge appropriée de ces patientes en amont du CHU Gabriel Touré aurait pu permettre d'éviter une hystérectomie. Les progrès de la réanimation, de l'antibiothérapie, la transfusion de produits sanguins, l'utilisation d'utéro toniques et le recours à l'embolisation des afférences artérielles pelviennes associées aux différentes techniques conservatrices du traitement de l'hémorragie du post-partum ont considérablement réduit l'incidence de cette intervention [2, 3, 11].

Caractéristiques épidémiologiques et cliniques

Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes hystérectomisées ont été étudiées dans la littérature. En effet l'âge moyen de nos patientes est superposable à celui rapporté par les auteurs africains cités [8, 10, 9,12]. En outre, nos résultats indiquent que les femmes âgées de 20 à 34 ans représentent 6 cas d'hystérectomies sur 10. Cette observation est conforme à celle retrouvée dans la littérature africaine [10,8, 9, 12]. Bien que l'indication l'hystérectomie soit formelle et pertinente, elle pose régulièrement des problèmes sur le plan éthique [5, 13]. Dans notre étude, 99% des hystérectomies étaient des multipares. En effet selon la plupart des auteurs [10,14, 2], la multiparité constitue un facteur associé à un risque élevé d'hystérectomie obstétricale d'urgence.

Nous avons noté 95,0% des patientes évacuées avec comme principal motif d'évacuation la rupture utérine dans 69,0% des cas chez des patientes ayant réalisé la CPN dans 75,9% des cas. Il apparaît qu'en plus de la CPN, la surveillance correcte de l'accouchement et des suites de couches sont indispensables pour prévenir les complications aboutissant à l'hystérectomie. Ce constat a été relevé également par certains auteurs [14, 15]. La grossesse était unique dans 99% des cas et a terme dans 88,2% chez des patientes présentant un mauvais état général pour 71,9% des malades. Des auteurs [16, 17, 12] en rapportait respectivement 60% ; 50%. Les trois principaux symptômes notés à l'admission étaient le saignement 58,1 %, le choc (12,8%), la partie fœtale perçue sous la peau (21,2%). Des auteurs africains [12, 9, 10] ont trouvé les mêmes tendances à l'admission. 85,7% des patientes ont expulsé au CHU. Il s'agissait de patientes évacuées dans 95% des cas soit pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les suites de couches. La césarienne a été la voie d'accouchement dans 96% des cas. Des auteurs [9, 14, 10] en rapportaient respectivement 87,8% ; 92,7% et 77,4%. La cicatrice utérine a été retrouvée dans 20,2% des cas. L'utilisation de l'ocytocine et les manœuvres obstétricales ont été observés à des taux respectifs de 7,4% et 1%. Ces moyens obstétricaux lorsqu'ils sont mal employés sont responsables de rupture utérine. La rupture utérine a été

retrouvée dans 77,1% des cas. Elle traduit généralement une mauvaise surveillance de la grossesse ou de l'accouchement. Des auteurs [12, 10,14] en rapportaient des taux de rupture utérine respectivement 80,6% ; 29% ; 82,1% ; 7,3%.

Caractéristiques thérapeutiques

Les principales indications de l'hystérectomie obstétricale d'urgence étaient la rupture utérine compliquée dans 87,1% ; la péritonite post césarienne dans 3,9 % et l'atonie utérine dans 3,5%. Les auteurs des pays en développement [12, 10,14, 9, 1] rapportaient les mêmes tendances. Notre résultat est similaire à ceux observés par ces auteurs africains. Dans les pays développés, en 30 ans, l'incidence de l'hystérectomie d'hémostase a été divisée par 10 [19, 11, 20]. Elle est aujourd'hui évaluée à 1/1000 naissances et à 1 toutes les 211 césariennes. Le placenta accreta est devenu son premier motif de réalisation (49% des cas) devant l'atonie utérine (29%) [19, 20,2]. Ce constat pourrait s'expliquer en partie par une meilleure prise en charge de l'atonie utérine par le traitement médical, la chirurgie ou la radiologie interventionnelle, ainsi que par l'augmentation des taux de placenta accreta ou prævia liée à une modification de nos pratiques obstétricales (augmentation de la proportion d'utérus cicatriciels). L'hystérectomie subtotale inter annexielle a été réalisée chez 88,7% des patientes. Toutefois, les taux d'hystérectomie subtotale inter annexielle retrouvés dans la littérature [9, 10, 11] sont comparables à celui observé dans notre étude. Il s'agit d'une technique chirurgicale simple, de réalisation plus rapide que l'hystérectomie totale, avec moins de complications dans le contexte des pays en développement et sous équipes. L'hystérectomie subtotale est décrite comme étant le traitement de choix en cas d'hémorragie du post-partum [9]. La dissection est plus facile et la durée opératoire est moindre, mais les conditions anatomiques gravidiques rendent difficile le repérage des limites du col notamment en cours de travail. De plus, le risque de lésions urétérovésicales est moins important en cas d'hystérectomie subtotale [10, 5,9]. Le drainage, associé dans 50% des cas, est utilisé dans les ruptures utérines avec délai de rupture supérieur ou égal à 6 heures. Selon le moment l'indication de l'hystérectomie, il a été réalisé au cours de la césarienne dans 96,5% des cas, en post-partum césarienne dans 1% des cas et en postpartum voie basse dans 2,5% des cas. Pour Soumahoro [14] et Mayi-Tsonga [21] ont trouvé respectivement par la voie haute 85,7% ; 46,7 % au cours d'une césarienne et 14, 3% ; 53,3 % des hystérectomies ont été effectuées après un accouchement par voie basse. La transfusion a été réalisée chez 84,2% de nos patientes. Dans l'étude de Soumahoro [14], la moitié des patientes ont été transfusées. Quant à Telly [10] la proportion des patientes transfusées était de (73,3%)%. La transfusion massive au cours de notre étude s'explique par l'importance des pertes sanguines, la profonde altération de l'état général survenant au cours des complications comme la rupture utérine et les HRP. Les macromolécules ont été administrées au cours cette étude dans 88,1% dans les états de choc hémodynamique en attendant la disponibilité des produits sanguins. Les états

de choc ont représenté 12,5% soit 16 cas. Le ratio 1 concentré globulaire/1 plasma frais congelé /1 concentré plaquettaire reste recommandé dans la stratégie transfusionnelle dans les hémorragies massives [20]. Ces dispositions ne sont pas toujours accessibles dans nos contextes de ressources limitées [Niger Camara]. L'utilité de l'acide tranexamique, et du facteur VII activé recombinant (FVIIa) a été démontrée par de nombreux auteurs [20]. La diligence chirurgicale et la durée ont une influence sur le pronostic maternel et périnatal. Plus le délai entre l'arrivée de la patiente à l'hôpital et sa prise en charge effective est long, plus les complications s'installent. Cette diligence chirurgicale était supérieure à 30 minutes dans 55.7% des cas. La durée de l'intervention était supérieure à 3h dans 2/% des cas. Des auteurs [12, 8] trouvaient une durée de l'intervention supérieure à 3h dans 30%. La moyenne du délai opératoire a été de deux heures [12, 14]. L'anesthésie générale a représenté 95.6% des types d'anesthésie. Cette proportion de ce type d'anesthésie s'explique par le degré des urgences obstétricales et l'état hémodynamique.

Pronostic maternel et périnatal

Le pronostic maternel et périnatal précoce de l'hystérectomie d'urgence est fonction de l'organisation du système de santé. Concernant le bilan périnatal, nous avons colligé 82% de décès périnatals, conformément aux données de la littérature ou plus de 70 % de mort-nés sont enregistrés dans la plupart des études 72% pour Nayama [9] ; 92,6 pour Muteganya [8]. Ce pronostic mauvais est lié aux étiologies (hématome rétro-placentaire et rupture utérine) et aux faibles possibilités de prise en charge des situations d'urgence et enfin aux trois retards de prise en charge. La morbidité maternelle a été dominée par l'hémorragie 76,8% en peropératoire. En postopératoire cette morbidité est marquée par l'anémie 59,6%. Dans les suites de couches, nous avons noté des suites compliquées dans 66% des cas. La durée d'hospitalisation était entre 7 et 15 jours dans 59,1% des cas. Kwame-Aryee [22] au Ghana en 2007 trouvait en moyenne 11 jours d'hospitalisation pour les hystérectomies du péripartum. L'allongement du séjour d'hospitalisation est lié aux indications de l'hystérectomie d'urgence. Nous n'avons pas relevé de complications urinaires contrairement à Muteganya [4] qui a dénombré deux cas de fistules vésicovaginales. Nous avons enregistré deux décès maternels soit un taux de 1 %. Nos résultats sont inférieurs à ceux rapportés par Nahady [9] Telly [10] avec respectivement un taux de 23,08 % et 29 %. Il y a eu 14 décès maternels (24 %) et 24 morts-nés (57 %) sur les 42 grossesses menées à terme dans l'étude de Mayi-Tsonga [21] au Gabon. En revanche, dans d'autres séries, le taux de décès maternel est proche des nôtres avec des taux entre 4 et 10 %. On peut supposer que cette différence de taux de décès maternel est due aux capacités de prise en charge, aux facilités d'accès aux soins, à la logistique et les ressources humaines disponibles. Les causes de décès maternels dans notre étude, sont le choc hémorragique et la péritonite post césarienne. Le manque de culots globulaires, de dérivés sanguins (fibrinogène) et de

retard au diagnostic de la péritonite puerpérale a été déterminant dans la survenue du décès dans ces cas de complications. Les services doivent également s'organiser pour obtenir des kits d'urgence (solutés, macromolécules) et une unité de réanimation au sein maternité du CHU. Les facteurs suivants surdistention utérine (55.7%), le travail prolongé (86.2% des cas), la rupture utérine (87.1% des cas) et l'absence de consultation prénatal ont été également déterminants dans le pronostic maternel et périnatal confère (tableau 2 et 3 ; Figure 1 et 2) [OR= 4(1,2-13,8)]. Toutes les patientes sont décédées dans les structures de soins où la prise en charge a été faite. Les décès maternels et périnatals seraient liés à leur admission tardive ou à une insuffisance de diagnostic. Les figures 2 et 3 montrent que les décès maternels et les mort-nés frais augmentent avec le type de rupture utérine. La rupture utérine est létale pour la mère et pour le fœtus. Cette élévation de la létalité materno-foetale de la rupture utérine corrobore avec les données de la littérature. Kanté [13] a trouvé 1,6% de décès maternels. Kadowa I [23] trouvait 8% de décès maternels et 93% de décès fœtaux dans la zone rurale en Uganda en 2010. En Côte d'Ivoire, Muteganya [8] a observé que le bilan fœtal était plus lourd que le bilan maternel en enregistrant 11 % de décès maternel contre 55,5 % de décès fœtal. Il a aussi trouvé que la rupture utérine était plus fœticide avec un taux de décès fœtal de 92,3% des cas.

CONCLUSION

L'hystérectomie obstétricale d'urgence reste fréquente dans nos pays en développement en particulier au Mali. Nous y recourons dans la prise en charge des urgences obstétricales. C'est une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. La réduction efficace de sa fréquence au Mali passe par des stratégies préventives.

Conflit d'intérêt

Nous déclarons ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet traité.

RÉFÉRENCES

1. Maine D, Akalin M Z, Ward V M, Kamara A. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Columbia : Centre de santé des populations et de la famille École de santé publique de l'Université Columbia ; Juin 1997, 138p
2. Coatleven F, Vandenbossche F, Richez B, Horovitz J. L'hystérectomie d'hémostase. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39 : S1-S342
3. Lansac J, Body G, Magnin G. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. Elsevier-Masson, 2011, 526p, ISBN : 978-2-294-02095-7.
4. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367 (9516): 1066-74.
5. Camara D, Koné J, Sidibé A et al. Hystérectomies d'Hémostase à Bamako : Aspects Épidémiologiques et Pronostic Maternel. Health sciences and diseases ; the journal of medicine and health sciences 2018 ; 19 (3) : 29-32
6. Yalcouyé Y. Etude de l'hémorragie du post du postpartum immédiat dans le service de gynécologie-obstétrique du

- CHU du Point G de 2005 à 2007, Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2008, 103p
7. Keita M N. Les Hystérectomies d'Urgences dans le service de Gynécologie au CHU DU Point G. Thèse de médecine. Université de Bamako. 2009, 107p
 8. Muteganya D, Sindayirwanya J B, Ntandikiye C, Ntunda B, Rufyikiri Th. les hystérectomies obstétricales au CHU de Kamenge - une série de 36 cas. *Médecine d'Afrique Noire* ; 1998, 45 (1)
 9. Nayama M, Moulaye AA, Djibril B, Garba M, Idi N, Boukerrou M. Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipés : un geste vital. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34 : 900-5.
 10. Sy T, Leno D W A, Conte I, Camara M K, Diallo A B, Bah Ik, Hamadou M A, Tolno J, Hyjazi Y, Keita N. Hystérectomie obstétricale : trois ans d'expérience à la Maternité Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. *Journal de la SAGO*, 2017, 18(1) : 22-26
 11. Racinet C et coll. Hystérectomie sur utérus gravide. *Encycl Med Chir Tech Chir Urologie- Gynécologie* 1991 ; 41905 : 1-10.
 12. Dongmo R, Kouam L, Doh AS, Ngassa P, Wamba Temgoua M. Hystérectomie obstétricale d'urgence: à propos de 31 cas au CHU de Yaoundé. www.gfmer.ch/Activites_Fr/Hysterectomie_obstetricale_urgence.htm. Consulté le 05 janvier 2021.
 13. Kanté I, Traoré M, Sima M, Coulibaly A, Thera A. Hystérectomie d'urgence pour rupture utérine au CHU Point G : Expérience de 10 ans. *Health sciences and diseases ; the journal of medicine and health sciences* 2020 ; 21 (2) : 1- 4
 14. Soumahoro S. l'hystérectomie d'hémostase d'urgence en obstétrique à propos de 56 cas colligés à la maternité du CHU de Cocody du 28 Août 1998 au 27 Août 2000. Thèse de Médecine. Université de Cocody Abidjan. 2000, 116p.
 15. Tegueté I, Sissoko A, Djiré M Y, Traoré Y, Kayentao K et al. hémorragies du post-partum au Mali : fréquences, causes, facteurs de risque et pronostic. 38^{ème} journées nationales paris, CNGOF ; 2014 : 259-283
 16. Randriambelomanana JA, Botolahy ZA, Rakotoarivony ST, Herininira SAE, Rasataharifetra H, Ratsivalaka R. Les hystérectomies obstétricales réalisées au service de Maternité du CHU de Toamasina Madagascar. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2011 ; 3 (1) : 8-11.
 17. Rakotoarisoa N V. Déterminants des hystérectomies d'hémostase au centre hospitalier universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana 2014 - 2016. Thèse Médecine ; Befelatanana. 2016. 67p
 18. Mathlouthi N, Trabetsi H, Zayen S, Amouri H, Dhoub M, Chaabene K, Ayadi M, Kolsi K, Ben Ayed B, Guermazi M. Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic. *Tunis Med* 2012 ; 90 (8) : 625-9. *Journal de la SAGO*, 2017, vol. 18, n°1 26
 19. Castrer ES, Figurera R, Garry D, Maulik D. Emergence peripartum hystérectomie: expérience to a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99(6):971-5.
 20. Resch B, Ricbourg A, Gromez A, Sentilhes L, Sergent F, Roman H, Diguët A, Verspyck E, Marpeau L. Prise en charge chirurgicale des hémorragies graves du post-partum : quelles techniques, quels résultats, quelle stratégie ? *La Lettre du Gynécologue*. 353 ; 2010 : 1-21
 21. Mayi-Tsonga S, Pither S, Meye JF, Ndombi I, Nkili MT, Ogowet N. Hystérectomie obstétricale d'urgence. A propos de 58 cas au CHU de Libreville. *Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones/Santé* 2004 ; 14 (2) : 89-92.
 22. Kwame R, A Kwakye A, Seffah JD. Peripartum hysterectomies at Korle-Bu Teaching Hospital: A review of 182 consecutive cases. *Ghana Med J* 2007; 41(3)133 - 38.
 23. Kadowa I. Ruptured uterus in rural Uganda: prevalence, predisposing factors and outcomes *Singapore Med j.* 2010;51(1): 35-38