



Article Original

La Pratique de l'Hystérectomie dans le Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital de Sikasso

Practice of hysterectomy in the obstetrics gynecology department of Sikasso Hospital

Traoré SA¹, Sylla M², Traoré S³, Dembélé O³, Keita SB⁴, Malla S¹, Cissouma A⁵, Touré O¹, Coulibaly M¹, Cissé A¹, Kanté M⁶, Traoré B⁷, Diassana M⁷, Diallo A⁷, Dembélé Y⁴, Traoré S⁸, Diassana M⁹, Bocoum A⁵, Traoré Y⁵, Samaké A¹⁰

RÉSUMÉ

- (1) Service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso,
- (2) CSRef Bougouni,
- (3) Service d'urologie de l'hôpital de Sikasso
- (4) CSRef Sikasso
- (5) Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso,
- (6) Service d'Anesthésie et de réanimation hôpital de Sikasso,
- (7) Service de Chirurgie de l'hôpital de Sikasso;
- (8) CSRef Koutiala,
- (9) Hôpital Fousseyni Daou de Kayes,
- (10) CSRef CV de Bamako,

Auteur correspondant :

Dr TRAORE Soumaila Alama

Adresse e-mail :

bacoalama@yahoo.fr

Boite postale : 82 Sikasso - Mali

Tel : (00223)76 30 64 17/60 63 78 69

Mots-clés : Hystérectomie,

Indication, Prognostic, Hopital de Sikasso, Mali

Keywords: Hysterectomy,

Indications, Prognosis, Sikasso hospital, Mali

Introduction. L'objectif de cette étude était d'étudier les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso. **Méthodologie.** Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020 soit 4 ans dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso. **Résultats.** Au terme de cette étude 86 cas d'hystérectomies ont été enregistrés sur 2853 interventions chirurgicales, soit une fréquence de 3,01%. Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus ont été les plus représentées avec des fréquences 30,2% chacune. Les âges extrêmes étaient 19 et 73 ans avec l'âge moyen à 44,23 ans. Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 46,5%. Les principales indications de l'hystérectomie ont été le prolapsus utérin du 3ème degré (34,9%), le fibrome utérin (23,3%) et la rupture utérine (20,9%). La voie haute était la plus utilisée (56 cas) contre la voie basse (30 cas). Les types d'hystérectomies réalisées étaient : l'hystérectomie totale inter annexielle (58,1%), l'hystérectomie avec annexectomie bilatérale (23,3%), l'hystérectomie subtotal (18,6%). Le pronostic était bon avec moins de complications per et postopératoires : le taux de décès enregistré était 1,3% ; les lésions vésicales (2,3%) ; l'hémorragie (7%) ; l'anémie (25,6%) ; la suppuration pariétale (2,3%) et l'anurie (1,2%). **Conclusion.** L'hystérectomie occupe la 3ème place parmi les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales réalisées. Les hystérectomies totales inter-annexielles ont été les plus pratiquées. L'hystérectomie par voie basse offre un meilleur pronostic par rapport à l'hystérectomie par voie haute

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study was to study hysterectomies in the obstetrics gynecology department of Sikasso hospital. **Methodology:** We carried out a descriptive cross-sectional study with retrospective and prospective collection from January 1, 2017 to December 31, 2020, i.e. 4 years in the obstetrics gynecology department of Sikasso hospital. **Results:** At the end of this study, 86 cases of hysterectomies were recorded out of 2853 surgical operations, ie a frequency of 3.01%. The age groups of 40 to 49 and 50 and over were the most represented, with a frequency of 30.2% each. The extreme ages were 19 and 73 years old with the average age at 44.23 years old. Grand multiparas were the most represented with 46.5%. The main indications for hysterectomy were third degree uterine prolapse (34.9%), uterine fibroid (23.3%) and uterine rupture (20.9%). The high way was the most used (56 cases) against the low way (30 cases). The types of hysterectomies performed were: total interadnexal hysterectomy (58.1%), hysterectomy with bilateral adnexectomy (23.3%), subtotal hysterectomy (18.6%). The prognosis was good with fewer per and postoperative complications: the recorded death rate was 1.3%; bladder lesions (2.3%); hemorrhage (7%); anemia (25.6%); parietal suppuration (2.3%) and anuria (1.2%). **Conclusion.** Hysterectomy occupies the 3rd place among gynecological and obstetrical surgical procedures performed. Interadnexal total hysterectomies were the most commonly performed. Vaginal hysterectomy has a better prognosis compared to upper hysterectomy

POINTS SAILLANTS

Ce qui est connu du sujet

En chirurgie gynéco-obstétricale, l'hystérectomie représente l'activité chirurgicale la plus fréquente après la césarienne. Il y a peu de données y relatives à Sikasso.

La question abordée dans cette étude

Aspects cliniques de l'hystérectomie à Sikasso: fréquence, indication, type d'hystérectomie.

Ce que cette étude apporte de nouveau

L'hystérectomie occupe la 3^{ème} place parmi les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales. 80% des indications sont liées aux prolapsus utérins grade 3, aux fibromes et à la rupture utérine. Les hystérectomies totales inter-annexielles sont les plus pratiquées. L'hystérectomie par voie basse offre un meilleur pronostic par rapport à l'hystérectomie par voie haute. La principale complication est l'anémie.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Amélioration de la technique.

INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus [1]. Elle peut être accompagnée de l'ablation des trompes de Fallope et les ovaires (annexectomies). Cette ablation de l'utérus peut se faire par voie abdominale classique ou par voie vaginale et, actuellement, elle peut se faire par la cœliochirurgie [2]. La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix-sept siècles. Elle est de pratique courante dans le traitement des lésions bénignes ou malignes de l'utérus et de ses annexes mais aussi dans celui de la rupture utérine qui, de nos jours, devenue exceptionnelle, ne survient que sur un utérus cicatriciel dans les pays développés. Elle reste fréquente dans les pays en développement dont le Mali.

Le choix de l'hystérectomie est une décision lourde à prendre tant pour le chirurgien que pour la patiente surtout quand elle est faite chez les femmes jeunes n'ayant fait aucune maternité, ou n'ayant pas eu d'enfants. L'hystérectomie représente l'activité chirurgicale de plus en plus fréquente après la césarienne en chirurgie gynéco-obstétricale [3]. Le pourcentage des femmes de 60 ans ayant subi une hystérectomie est de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France [4]. En 2014 en Guinée Conakry, Baldé I S. et al ont trouvé une fréquence de 4,4% d'hystérectomies toutes confondues sur l'ensemble des interventions gynécologies obstétricales [5]. À Yaoundé au Cameroun 31 cas d'hystérectomies obstétricales d'urgence ont été pratiquées pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4%. A Dakar une étude menée par Diouf et coll. [6] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas d'hystérectomies d'urgence avait une fréquence de 0,45%. Au Mali, la fréquence des hystérectomies toutes confondues réalisées de 2017-2018 à l'hôpital du Mali était de 20,77% sur l'ensemble des interventions gynécologies obstétricales [7].

Cependant, l'hystérectomie est une intervention ultime pour garantir la survie maternelle. Elle s'impose surtout dans l'urgence (obstétricale) si l'état hémodynamique est instable, ou si l'utérus ne peut être conservé en cas de : placenta accréta, rupture utérine, perforation utérine, atonie

utérine et en dehors de toute urgence : prolapsus génital, métrorragie rebelle, cancer du col et de l'endomètre opérable.

Le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso est une structure de référence qui reçoit les urgences gynécologiques et obstétricales et pratique les chirurgies d'urgence. Nous avons initié ce travail pour étudier les hystérectomies réalisées dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2020 soit 4 ans dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso (hôpital de 2^{ème} niveau de référence selon la pyramide sanitaire du pays). Le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de Sikasso a une capacité de 33 lits d'hospitalisation et réalise environ mille (1000) interventions chirurgicales par an.

La population d'étude a concerné toutes les patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique pour intervention chirurgicale pendant la période de l'étude. Étaient inclus tous les cas hystérectomie d'indication obstétricale ou gynécologique réalisés dans le service. N'étaient pas inclus les cas d'hystérectomies effectuées en dehors du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Les données ont été collectées de façon rétrospective et prospective à partir des supports suivants : Dossier gynécologique, dossier obstétrical, registre de compte rendu opératoire, registre d'accouchement et registre d'hospitalisation. Les variables étudiées ont été, pour les variables quantitatives (âge, gestité, parité, durée d'hospitalisation) et les variables qualitatives (sexe, profession, ethnie, ménopause, antécédent chirurgicaux, provenance, mode d'admission, indication, type d'hystérectomie, état à la sortie).

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS Statistics Version 22. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2016. Le test de Fischer a été utilisé pour l'analyse des comparaisons des tableaux. Les valeurs de $p < 0,05$ sont considérées statistiquement significatives.

RÉSULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude 86 hystérectomies ont été pratiquées sur 2853 interventions chirurgicales soit une fréquence de 3,01%. La fréquence des hystérectomies gynécologiques (64) sur l'ensemble des 2853 interventions au cours de la période d'étude était de 2,24% et celle des hystérectomies obstétricales (22) était de 0,77%. La proportion des hystérectomies obstétricales était de 0,30% sur l'ensemble des accouchements (7515).

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était de 44,23 ans \pm 13,17 avec des extrêmes de 19 ans et de 73 ans.

Tableau I: tranches d'âge

Pathologies	n	%
Inférieur ou égal 19 ans	1	1,2
20-29 ans	11	12,8
30-39 ans	22	25,6
40-49 ans	26	30,2
Supérieur ou égal 50 ans	26	30,2

Les patientes mariées représentaient 90,7% de l'échantillon. 92% des patientes étaient des ménagères. Les motifs de consultation étaient dominés par la perception d'une boule dans le vagin (36%) et les métrorragies (23,3%), comme l'indique le tableau II.

Tableau II: motifs de consultation

Pathologies	n	%
Douleurs pelviennes	2	2,3
Métrorragies	20	23,3
Perception d'une boule dans le vagin	31	36,0
Sensation de masse pelvienne	17	19,8
Hémorragie intra-partum	9	10,5
Hémorragie post partum immédiat	7	8,1

8,1% des patientes présentaient des antécédents de césarienne, 2,3% d'entre elles avaient fait l'objet de salpingectomie.

La gestité moyenne des patientes était de 4 avec les extrêmes de 0 à 10 gestités (Figure 1).

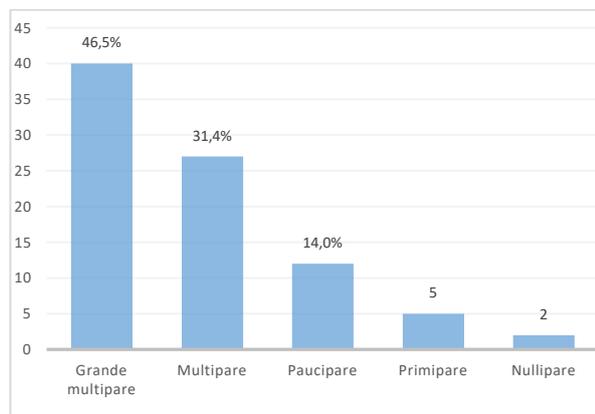


Figure 2 : Répartition des patientes selon la parité

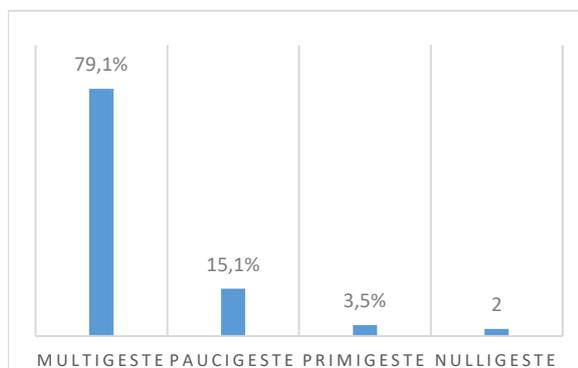


Figure 1 : Répartition des patientes selon le type la gestité

La parité moyenne des patientes était de 6 avec les extrêmes de 0 à 10 parités (Figure 2).

Les femmes non ménopausées étaient les plus représentées avec une fréquence de 57%. Dans notre étude, l'hystérectomie programmée était réalisée chez 64 patientes soit 74,7% des cas.

Données relatives à l'hystérectomie

L'hystérectomie était indiquée pour les prolapsus utérin garde 3 (34,9%), utérus polmyomateux (23,3%) et la rupture utérine (20,9%) (Tableau III).

Tableau III: Répartition des patients selon les indications

Indications gynécologiques	n	%
Lésions précancéreuses	11	12,8
Utérus polmyomateux	20	23,3
Prolapsus utérin 3 ^{ème} degré	30	34,9
Cancer de l'endomètre	1	1,2
Hémorragie génitale fonctionnelle à répétition (Adénomyose)	2	2,3
Indication obstétricales		
Rupture uterine	18	20,9
Trouble de la coagulation (HRP)	2	2,3
Môle persistante et invasive	2	2,3

L'hystérectomie totale inter-annexielle était la plus pratiquée soit une fréquence à 58,1%.

L'anesthésie locorégionale était le type d'anesthésie le plus utilisé avec 74,7% contre 25,3% pour l'anesthésie générale. La voie d'abord était essentiellement abdominale dans 56 cas soit 65% contre 30 cas soit 35% pour la voie vaginale. Vingt-cinq pourcent (25%) de nos patientes ont bénéficié la transfusion sanguine en per ou en post opératoire.

Pronostic

Les complications per opératoires retrouvées étaient l'hémorragie avec 06 cas soit 7% et les lésions vésicales avec 02 cas soit 2,3%.

En post opératoire, on retrouvait l'anémie avec 22 cas soit 25,6% suivie de la suppuration pariétale avec 02 cas soit 2,3% et l'anurie avec 01 cas soit 1,2%.

Par rapport à la durée d'hospitalisation, 71 patientes soit 82,6% ont fait moins de cinq jours au service.

Nous avons enregistré 1 décès au premier jour post opératoire des suites de trouble de coagulation compliqué d'état de choc.

DISCUSSION

Fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons effectué 86 hystérectomies sur 2853 interventions chirurgicales soit une fréquence de 3,01 % de l'ensemble des interventions chirurgicales dans le service. La fréquence des hystérectomies gynécologiques (64) sur l'ensemble des 2853 interventions au cours de la période d'étude est de 2,24% et celle des hystérectomies obstétricales (22) est de 0,77%. La proportion des hystérectomies obstétricales était de 0,3% sur l'ensemble des accouchements (7515), elle était supérieure à celle rapportée par Camara D. qui était de 0,11% [8]. C'est une intervention qui est capitale car souvent elle est le dernier recours du praticien pour sauver

la vie de la patiente, particulièrement les hystérectomies d'urgence dans les pays en développement. Guirou A et Guindo A. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 9,16% en 2013 à Mopti [9] et 20,77% en 2019 à l'hôpital du Mali [7]. Cette différence pourrait être due à la durée d'étude et à la taille de l'échantillon. En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre. Nous avons réalisé 22 cas d'hystérectomie d'urgence soit 0,77%. Notre taux d'hystérectomie d'urgence est supérieur à ceux de Mathlouthi N et al. [10] en Tunisie ; Diouf et al. [6] au Sénégal et Sy Tet al. à Conakry [11] qui avaient rapporté respectivement 0,075% ; 0,45% ; et 0,16% des cas et inférieur à celui de Nayama et al. au Niger [12] qui était de 1,25%. Cela pourrait être dû à l'organisation sanitaire différente d'un pays à l'autre, le niveau de vie des populations et la population d'étude.

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen était de 44,23 ans dans notre étude avec les extrêmes de 19 et 73 ans. Guirou A. [9] a trouvé 46,5 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 18 et 75 ans. Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus ont été les plus représentées avec 30,2% chacune. Guirou A. dans son étude [9] a trouvé un taux de 38,6%. Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus correspondent à la période de pré ménopause ou ménopause où le désir de grossesse n'est souvent pas exprimé voire non exprimer. Les mariées représentaient 90,7% et les ménagères 91,9% ; Guirou A. [9] avait trouvé 53 patientes ménagères soit 93%. Dans notre étude les grandes multipares représentaient 46,5% avec la parité moyenne à 6 et les extrêmes parités de 0 à 10 contre 36,8% dans l'étude de Guirou A. [9]. Par contre Guindo A. [7] a trouvé une proportion plus élevée des grandes multipares soit 58,57%. Nous avons trouvé 2,3% de nullipares. Ce taux est nettement inférieur de celui de Guirou A. [9] qui était 15,8% des cas. Le principal motif de consultation était la perception d'une boule dans le vagin soit 36% par contre Guirou A. dans son étude avait trouvé la métrorragie comme principal motif de consultation avec 40,5% [9].

Données relatives à l'hystérectomie

Nous avons pratiqué 22 cas d'hystérectomies obstétricales, 64 cas d'hystérectomies gynécologiques et 56 cas d'entre elles ont été effectués par la voie abdominale contre 30 par la voie basse. La voie haute était la plus utilisée, cela serait lié au fait que l'ensemble des hystérectomies obstétricales et le fibrome utérin (utérus polymyomateux) représentaient les principales indications d'hystérectomie dans notre étude. Toutes ces hystérectomies ont été réalisées avec le consentement éclairé des couples. Le prolapsus utérin 3ème degré était l'indication opératoire par voie basse la plus représentée avec 31 cas. La totalité des cas de prolapsus était retrouvée chez les multipares et les grandes multipares. Le taux de transfusion dans notre étude était 25,6%. Les hystérectomies totales inter-annexielles représentaient 58,1%, les hystérectomies totales avec annexectomie bilatérale 18,6% les hystérectomies subtotaux 23,3%. Dans l'étude de Guirou A. [9], 77,2% des patientes ont bénéficié d'hystérectomie inter-annexielle. Cette technique d'hystérectomies subtotaux est rapide, le risque des lésions urétéro-vésicales est réduit mais le moignon cervical doit

être surveillé en raison du risque de cancer du col et n'est effectuée que sauf par contrainte (hémodynamique non stable, manque de produit sanguin pour la réanimation). L'hystérectomie totale doit être privilégiée. La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 74,4% contre 25,6% pour l'anesthésie générale.

Pronostic

Nous avons enregistré comme complications peropératoires 2 cas de lésions vésicales (2,3%) ; 6 cas d'hémorragies (7%). Les complications post opératoires étaient marquées par 2 cas de suppurations pariétales soit une fréquence de 2,3% ; 22 cas d'anémie soit 25,6% et 1 cas d'anurie soit 1,2%. Toutes les patientes ont fait moins 5 jours dans le service. Les cas de l'anémie et de suppurations pariétales ont fait plus de 7 jours. Nous avons enregistré un cas de décès suite au trouble de coagulation compliqué d'état de choc soit 1,3%. Par contre Guirou A. dans son étude a rapporté un taux de décès maternel à 3,5% (2 cas) [9]. Le taux de décès varie entre 0,8% et 16% dans la littérature [13-14].

CONCLUSION

L'hystérectomie est une intervention couramment pratiquée dans le service de gynécologie obstétricale de l'hôpital de Sikasso. Elle occupe la 3^{ème} place parmi les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales réalisées. Les hystérectomies totales inter-annexielles ont été les plus pratiquées. L'hystérectomie par voie basse offre un meilleur pronostic par rapport à l'hystérectomie par voie haute.

RÉFÉRENCES

- Lansac J, Body G, Magnin G. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétricale. Elsevier-Masson, 2011, ISBN : 978-2-294-02095-7. Page 160 à 187.
- Chapron C, Dubuisson JB. Hystérectomie totale pour pathologie bénigne : techniques cœlio-chirurgicales et indications. Encycl. Med Chir (Paris. France). Technique chirurgicale, urologie-Gynécologie 41655 1995 ; 12p.
- Lansac J, Body G, Magnin G. La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; PARIS 1998. Page 23 à 48 ; 227 à 242.
- Thouet RGN. Obstetric hysterectomy. An 11years experience. BrJ Obstet Gynecol.1986 ; 93 : 794-8.
- Balde IS, Diallo BS, Sy T, Diallo Y, Mamy MN, Diallo MH, Bah EM, Diallo TS, Keita N. Les hystérectomies au CHU de Conakry: caractéristiques sociodémographiques et cliniques, types, indications, voies d'abord et pronostic. Med Sante Trop 2014 ; 24 : 379-382.
- Diouf A et coll. L'hystérectomie obstétricale d'urgence, Contraception fertilité, sexualité à propos de 35 cas. Thèse Med. Dakar 1998. 26 (2) 167-172
- Guindo A. L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali. Thèse Bamako 2019. n° 94 ,53p.
- Camara D. et coll. Hystérectomies d'Hémostase à Bamako : Aspects Épidémiocliniques et Pronostic Maternel. Health Sci. Dis: Vol 19 (3) July 2018
- Guirou A. Etude épidémiologique et clinique des hystérectomies à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 57cas. Thèse de Med. 2013, n°290. 72P.
- Mathlouthi N, Trabelsi H, Sonia Z, Amouri H, Dhoubi M, Chaabene K, Ayadi M, Kolsi K, Ben AB, Guermazi M. Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic. LATUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°08/09) : 625 – 62.
- Sy T, Leno DWA, Conte I, Camara MK, Diallo AB, Bah IK, Hamadou MA, 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.
12. 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.
 13. Racinet C et coll. Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl Med Chir Tech Chir Urologie- Gynécologie 1991 ; 41905 : 1-10
 14. Fontanges M, Rauch Chabrol F. Conduites pratiques devant des métrorragies. Département d'imagerie en gynécologie-Clinique Jean Villar 33520 Bruges. Institut Européen d'Enseignement et de Formation en Gynécologie. Unité Spéciale : l'endomètre Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.