

Ministère de l'Enseignement,
Supérieur et de la Recherche

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Scientifique



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013

THESE

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES HYSTERECTOMIES A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI

Présentée et soutenue publiquement le.../.../13 devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Monsieur **GUIROU Abdramane**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Mamadou TRAORE

Membre: Dr Augustin THERA

Co-Directeur: Dr Pierre Makan COULIBALY

Directeur de thèse: Pr Issa DIARRA

Dédicaces

SMILLAHI RAHMANI RAHIMI

Louange et gloire à **ALLAH** le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre **PROPHETE MOHAMED** : salut et paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent.

Après avoir rendu grâce à **DIEU**, Je dédie affectueusement ce travail à:

-Mes pères et tantes : Feus Napèrè Mondière, Adière Mondière, Ana Mondière, Ousmane dit Adégné Mondière, Yassèguè Mondière, Yassama Mondière

-Mes mamans: Feues Yaguimé Kodio, Yassama GUIROU, Barmoye GUIROU

Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous aviez fait pour moi. Il a pu être réalisé grâce à Dieu et à vos bénédictions. Je serai plus heureux de présenter ce travail à votre présence mais Dieu en a voulu autrement, Dormez en Paix que la Terre vous soit Légère. Amen

-Mes grand-frères:

Idrissa Adière, Hamidou Adière, Sekou Adière, Amadou Ana, Moussa Dogoèlou Garibou Adégné, Issa Adégné, Alabourou Adégné, Soumaila Adégné, Idrissa Adégné : cela a été une chance et un privilège d'avoir des frères comme vous. Vous avez répondu présents à mes besoins ; ce travail est le votre.

Allaseini GUIROU et son épouse Bintou POUDIOUGO

Il serait ingrat de méconnaître tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonté, générosité, souci de la réussite, esprit de fraternité m'ont permis de réaliser aisément ce travail. Il n'est pas évident que je sois un frère pour bénéficier de

votre soutien tant moral que matériel mais cela résulte de votre personnalité exemplaire. Que Dieu vous prête longue vie.

Amatigué Jacques GUIROU et son épouse Agnès TOGO

Votre accessibilité, modestie, soutien inestimable ont accompagné la concrétisation de ce travail. Ma réussite a été au centre de votre préoccupation.

Recevez ici ma profonde gratitude, que Dieu vous donne longue vie et protège votre famille.

Mes sœurs:

Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme sœurs. Le lien de sang est sacré et il ne sera que ce que nous en ferons, restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Mes amis:

Allaseini GUIROU, Bakaye GUIROU, Sember HAIDARA, Hamidou KOITA

Vous qui aviez su garder le lien sacré de l'amitié: ce travail est le fruit de votre franche collaboration.

Famille Fofana au Point G

Assata SYLLA et ses fils:

Merci de m'avoir reçu et considéré comme un des vôtres, que Dieu exhausse vos vœux.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

Aux gynécologues-Obstétriciens

- Dr KANE Famakan

Vous avez été pour moi un frère, votre bonté, votre générosité, votre rigueur dans le travail, votre humanisme font de vous un chef exemplaire merci de m'avoir accepté dans votre service. Ce travail est le votre.

-Dr Pierre Coulibaly

Merci d'avoir accepté ce travail, votre humilité, votre souci de bien faire, votre exigence dans le travail font de vous un bon encadreur. Encore merci cher Docteur pour la qualité de votre enseignement.

-Dr Issa DIARRA

Votre disponibilité, votre soutien indéfectible, et votre sympathie, votre accessibilité à tout moment ont accompagné la réalisation de ce travail: ce travail est le votre.

-Dr Seydou Mariko

Tous mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement. Merci pour la franche collaboration et le soutien: ce travail est le votre.

-Aux Médecins généralistes: Dr Haidara Youssouf, Dr Djerma Moise,

Dr Coulibaly Bakary, Dr Karembé Boubacar, Dr Dembelé Boureima,

Dr Keita Mamadou, Dr Diawara Djeneba, Dr Sanago Souleymane,

Dr Traoré Mohamed:

C'était un privilège de travailler avec vous, merci de nous avoir transmis votre connaissance, recevez ma profonde gratitude.

**-Aux internes du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Sominé
Dolo de Mopti (HSDM): Ibrahim Cissé, Lassina Ibrango**

Merci pour la chaleur, la confiance, l'estime et la qualité de la collaboration tout au long de ces stages.

Puisse le bon Dieu exhausser vos vœux les plus intimes.

Aux sages-femmes et infirmières obstétriciennes

Votre très franche collaboration ne sera jamais oubliée, elle a été des plus utiles dans l'élaboration de ce travail. Je remercie l'ensemble du personnel de l'hôpital de Mopti.

A tous les étudiants de la fa

culté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie :

Vous m'excuserez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous bon succès et courage.

-A l'ensemble des professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie :

Recevez là ma profonde gratitude.

-A tous les enseignants de mon parcours scolaire et universitaire: je vous dois tout. Trouvez dans ce travail, chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

-A tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit à l'élaboration de ce modeste travail.

-A Toi qui utilisera un jour ce document pour tes recherches ; qu'il t'apporte ce dont tu as besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

HOMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Mamadou TRAORE

-Professeur titulaire de gynécologie obstétrique

-Secrétaire général de la SAGO

-Président de l'URFOSAME

-Médecin- chef du centre de santé de référence de la commune V

Tout l'honneur nous revient de vous avoir comme président du jury. Vos qualités humaine et pédagogique, votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude cher maître.

A notre Maître et membre du Jury

Docteur THERA Augustin T.

-Maitre assistant à la faculté de médecine et d'odonto stomatologie

**-Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire du
Point G.**

Votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme, votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel, votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Pierre M COULIBALY

-Gynécologue obstétricien à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti

Cher maître

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le partage du savoir scientifique ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des bons médecins.

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Issa DIARRA

-Colonel Major de l'armée malienne

-Maître de conférences en gynéco-obstétrique à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

-Ancien Directeur central du service de santé des armées

-Haut fonctionnaire de défense au ministère de la santé

-Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

Que Dieu réalise vos vœux !

SOMMAIRE

I- Introduction	1
II- Objectifs.....	5
III- Généralités.....	6
IV- Méthodologie.....	50
V- Résultats.....	59
VI- Commentaires/Discussion.....	83
VII- Conclusion et recommandations.....	90
VIII- Référence.....	93
IX- Annexe	97

Sigles et abréviations:

ATCD = antécédent

Cm = centimètre

CSCom = centre de santé communautaire

CSRef = centre de santé de référence

DLG = décubitus latéral gauche

FSH = Folliculine stimuline hormone

g = gramme

HRP = hématome rétroplacentaire

HSDM= Hôpital Sominé Dolo de Mopti

HTA = hypertension artérielle

mm = millimètre

mmhg = millimètre de mercure

N.F.S = Numération formule sanguine.

l = litre

LH = hormone lutéinique

RX = Radiographie

T.C.K = Temps céphalin kaolin

T.O.P triple opération périnéale.

T.S = Temps de saignement

V.S = vitesse de sédimentation

I. Introduction

L'hystérectomie est une pratique chirurgicale qui consiste à une ablation totale ou partielle de l'utérus avec ou sans conservation des annexes. Cette intervention 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 [1]. Elle reste fréquente dans les pays en développement dont 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. Dans ce cas, dont les conséquences sociales sont importantes. L'hystérectomie représente l'activité chirurgicale de plus en plus fréquente après la césarienne en chirurgie gynéco-obstétricale [2].

La fréquence des femmes qui ont subi l'hystérectomie à l'âge de 60 ans pour la période 1985-1990 était de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède, 5,8% en France.

En Occident, Racinet et coll. [3], l'évaluent entre 0,013% et 0,72%.

A Libreville sur 82 981 accouchements, il y a eu 58 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence avec une fréquence de 0,07%, soit une hystérectomie pour 1 431 accouchements [4].

Elle est de 0,53% pour Muteganya et coll. [5] au Burundi.

A Yaoundé, au Cameroun 31 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence ont été pratiqués pour 8 078 accouchements, soit une incidence de 0,4%

A Dakar, une étude faite par Diouf et coll. [6] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas a une fréquence de 0,45. Au Mali, la fréquence des

hystérectomies était de 6,20% [7]. Kouma a trouvé une fréquence de 11,7% à l'Hôpital National du Point G [8]

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

L'hystérectomie est un geste chirurgical couramment effectué à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti mais, elle n'a fait l'objet d'aucune étude jusque là pour son évaluation d'où l'objet de ce travail.

Pour mener à bien cette étude nous nous fixons les objectifs suivants :

II-Objectifs

a) Général :

- Evaluation de l'étude de l'hystérectomie dans le service de gynécologie-obstétrique de l'HSDM

b) Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'hystérectomie dans le service de gynécologie-obstétrique de l'HSDM
- Identifier les indications de l'hystérectomie
- Décrire le profil socio-démographique des patientes
- Identifier les complications postopératoires rencontrées
- Formuler des suggestions pour une meilleure prise en charge des patientes ayant subi l'hystérectomie

III – Généralités

A-Historique

L'utérus, vulgairement appelé matrice, est un organe musculaire creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il arrive à maturité[6], le récepteur des hormones produits par les ovaires, par sa complicité, permet le maintien des cycles menstruels, c'est-à-dire la féminité de la femme, moteur de l'accouchement mais aussi à l'origine de certaines pathologies bénignes ou malignes de l'utérus telles que : prolapsus, endométriose, fibrome, métrorragies rebelles, complications de l'accouchement (rupture utérine, HRP, troubles de la coagulation, placenta accreta), tumeurs (utérus, ovaires, des trompes). Devant ces situations nous sommes souvent amenés à enlever une partie ou la totalité de l'utérus avec ou sans conservation des annexes.

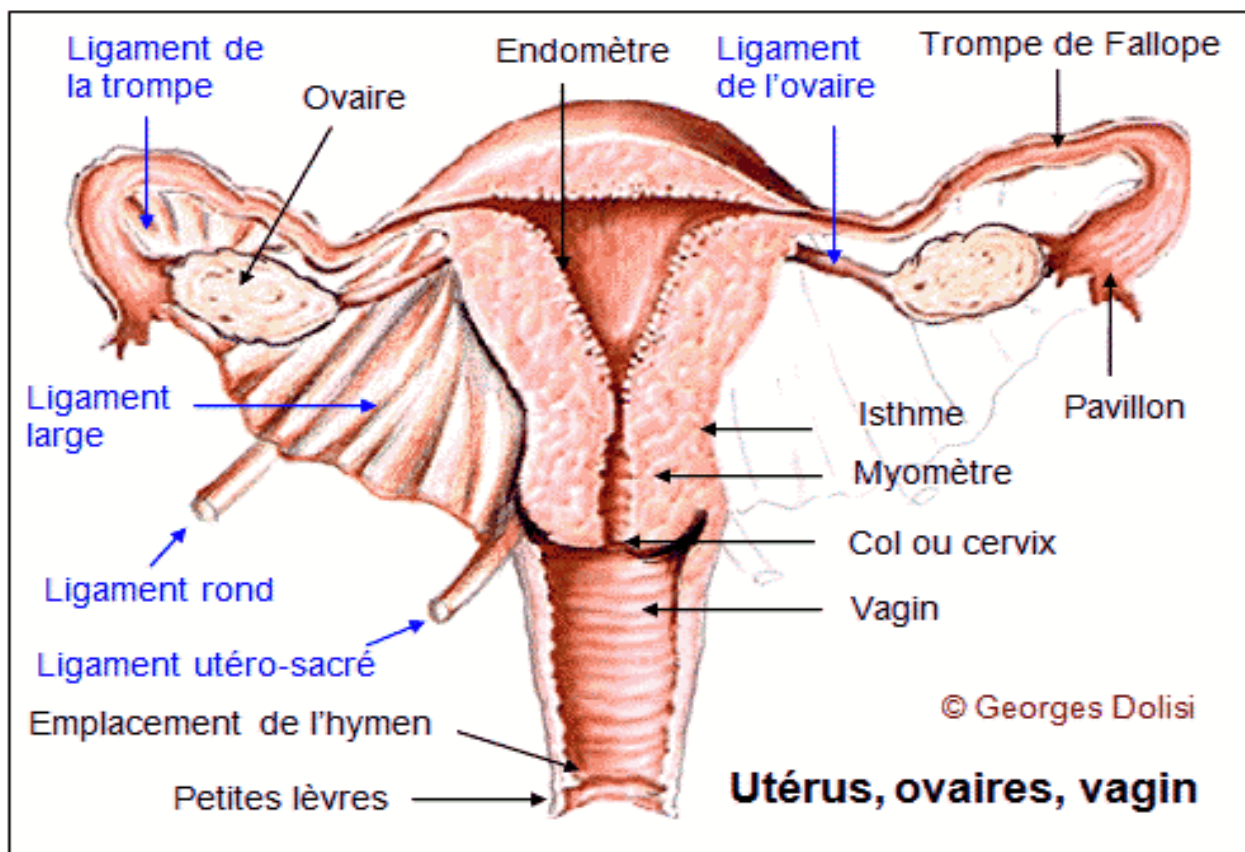
La première hystérectomie vaginale aurait été réalisée par Soranus à Ephèse il y a plus de dix sept siècles. Aux XVI et XVIIèmes siècles, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarius da Capri à Bologne en 1507). Langenbek fit avec succès la première hystérectomie vaginale pour cancer du col en 1813 et fit le premier auteur à réaliser l'hystérectomie abdominale en 7 mn pour la même indication en 1825 mais perdit la patiente quelques heures plus tard. En 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines qui ne sera régulièrement pratiquée qu'à partir de 1890-1900 (Pean ,Richelot) , elle fut abandonnée progressivement au profit de l'hystérectomie abdominale qui reste aujourd'hui la voie la plus utilisée. Toutefois certaines écoles ont continué à réaliser les hystérectomies par voie vaginale. En France, c'est au Pr Daniel Dargent que le mérite revient d'avoir remis à l'honneur cette technique dans les années 1970-1975. En 1864, en France Koeberlé décrit la ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale. En 1853, aux USA Burnham réussit la première hystérectomie totale par voie abdominale.

En 1889, Stompson puis Kelly (1891) décrivent les procédés modernes avec ligature élective des pédicules. Cent ans plus tard elle est devenue l'opération la plus pratiquée après la césarienne [2].

B- Définition

Terme issu du grec mus : muscle et métra : utérus, l'utérus est l'organe féminin musculaire creux, en forme de poire renversée. Il mesure 6,5 cm de longueur chez la nullipare et 7 à 8 cm de long pour la multipare. Son poids varie entre 40-50 g (nullipare) et 50-70 g (multipare), sa consistance est ferme et élastique chez la femme vivante. La capacité de la cavité utérine est de 3-4 cc (nullipare), 5-6 cc (multipare) [6]

Schéma de l'utérus : Rappel anatomique :



C – Rappel anatomique : (P. KAMINA) Schema n° 1

1- Caractères morphologies de l'utérus non gravide

L'utérus a la forme d'un cône à sommet tronqué inférieur, s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal.

Chez la nullipare, à peu près à égale distance de la base et du sommet, un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les cotés: l'isthme utérin sépare l'utérus en 2 parties :

-Au dessus, le corps, de forme conoïde, aplati d'avant en arrière;

-Au-dessous, le col, cylindrique, un peu renflé à sa partie moyenne comme un barillet.

Chez la multipare, l'isthme s'efface.

Le corps présente la description suivante:

-une face antéro-inférieure plane ou légèrement convexe;

-une face postéro-supérieure toujours convexe;

-deux bords latéraux épais;

-un bord supérieur ou fundus de l'utérus, fortement convexe dans le sens antéropostérieur, rectiligne transversalement chez la nullipare et convexe chez la multipare;

-Deux angles latéraux ou cornes utérines donnant insertion aux trompes utérines, aux ligaments ronds et aux ligaments propres de l'ovaire [6].

2- Caractères morphologiques de l'utérus gravide :

L'utérus gravide est un utérus contenant le conceptus. A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement : le

corps, le segment inférieur et le col. Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont :

- les ventres constitueraient le corps ;
- les tendons, le segment inférieur ;
- et les insertions, le col.

Comme tout tendon, le segment inférieur transmet et module les contractions du corps vers le col.

2.1-le corps utérin :

Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

2.1.1- Situation du fundus utérin

En début de grossesse, il est pelvien

A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8 cm, soit 3 travers de doigt au dessus du pubis, il devient nettement palpable.

A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4 cm :

- A 4 mois et demi, il répond à l'ombilic;
- A terme, il est à 32 cm du pubis.

2.1.2- Les dimensions:

Elles varient selon le terme de la grossesse

- A la fin du 3^{ème} mois : il mesure 10 à 13 cm de long pour 8-10 cm de large

A la fin du 6^{ème} mois : il mesure 17 à 18 cm de long pour 18 cm de large;

A terme : sa longueur est de 31 cm et sa largeur est de 23 cm

2.1.3- Forme

Au cours du 1er mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique.

Mais au 2^{ème} mois, il est sphérique, semblable à une " orange "

Au 3^{ème} mois, il est assimilable à un " pamplemousse ".

Après le 5^{ème} mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grosse extrémité supérieure.

En fait, la forme n'est pas toujours régulière surtout en fin de grossesse, où elle dépend de la présentation et de la parité qui diminue la tonicité de la paroi utérine. Il est asymétrique ou étalé transversalement dans certaines malformations (utérus cordiforme...).

2.1.4- Direction

Au début de la grossesse, l'utérus habituellement antéversé, peut tomber en rétroversion.

Mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2^{ème} ou 3^{ème} mois.

A terme :

- Sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale.
- Dans le plan frontal, l'utérus, légèrement incliné vers la droite, présente un mouvement de torsion vers la droite. Cette dextrorotation varie en fonction du degré d'engagement de la présentation et de tonicité de la paroi. Son importance peut entraîner une dysaxie.

2.1.5- Epaisseur de la paroi

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4^{ème} mois est de 3 cm.

Puis, elle s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît.

Au voisinage du terme, son épaisseur est d'environ 10 mm sur les faces latérales et de 4 mm au niveau du fundus.

2.1.6- Consistance

Elle est élastique et souple. Parfois, sa mollesse rend difficile la délimitation du fundus par le palper. Au cours du palper, il arrive qu'elle devienne dure sous l'influence d'une contraction.

2.1.7- Poids : A terme elle est de 800 à 1200 g.

2.1.8- Capacité : A terme, elle est de 4 à 5 l.

2.2- Le segment inférieur

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse, il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia.

2.2.1- Forme

C'est une calotte sphérique dont la convexité donne insertion au col. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

2.2.2 - Limites

La limite inférieure : correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col.

La limite supérieure : moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2 cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

2.2.3- Dimensions

A terme, le segment inférieur mesure environ : 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur. Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa minceur permet parfois de sentir le fœtus.

2.2.4- Formation

Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col, comme le confirme la présence, au niveau du col, de cicatrices de césariennes segmentaires. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6^{ème} mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

2. 3. Le col utérin :

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail.

2.3.1- Situation – Direction

A partir du 3^{ème} mois, le col se porte progressivement en haut et en arrière. Il est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

2.3.2- Aspect – Dimensions

Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé avec, dans l'endocol, un bouchon muqueux dense.

Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater :

Par le phénomène d'effacement, l'orifice interne perd de sa tonicité et le canal cervical, s'évasant progressivement, s'incorpore à la cavité utérine.

La dilatation se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe, comme le diaphragme d'un appareil photographique.

Si la succession des deux phénomènes est de règle chez la primipare, il n'en est pas de même chez la multipare, dont l'effacement et la dilatation du col évoluent souvent de pair.

2.3.3- Consistance

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesses le col devient très mou sur toute sa hauteur: on dit qu'il " mûrit.

2.3.4- Etat des orifices du col utérin :

L'orifice externe :

- Chez la primipare, il reste, en général, fermé jusqu'au début du travail.
- Chez la multipare, au contraire, il reste souvent perméable (C'est le col déhiscent de la multipare).

L'orifice interne : reste fermé jusqu'au début du travail.

3- Rapports anatomiques de l'utérus gravide

3.1- Les rapports anatomiques du corps utérin

L'utérus à terme est en rapport avec :

En avant :

La paroi abdominale antérieure: qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

Parfois, le grand omentum et plus rarement, des anses grêles s'y interposent.

En arrière :

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales. En décubitus dorsal:

- la compression de l'aorte ou de l'artère commune droite par l'utérus gravide se traduit par la diminution du pouls fémoral entre les contractions : effet dit Posol.

-la compression de la veine cave inférieure par l'utérus relâché provoque parfois un syndrome hypotensif grave : le choc postural ou syndrome de compression cave inférieure.

Les muscles grands psoas, croisés par les uretères.

En haut :

Le grand omentum et le colon transverse qui refoule plus ou moins :

* en arrière : l'estomac ;

* à droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;

* plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

A droite :

Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse. La palpation du cæcum appendice nécessite, chez la femme enceinte à terme, un DLG qui permet à l'utérus gravide de basculer et de libérer le cæcum appendice.

Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

A gauche :

Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant.

Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet.

3 .2- les rapports anatomiques du segment inférieur

3.2.1- La face antérieure :

La vessie est le rapport essentiel. Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haut de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel.

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu

cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).

La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue.

3.2.2- Face postérieure :

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto utérin devenu plus profond, au rectum.

3.2.3- Les faces latérales

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien. L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du for nix vaginal. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antérolatérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement segmento-vésical et le refoulement de la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire.

D. Vascularisation de l'utérus gravide

1. Les artères

1.1- l'artère utérine

- Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais.

Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique externe (Rouvier) [7]. C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son diamètre.

-Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire.

1.2-L'artère ovarienne

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

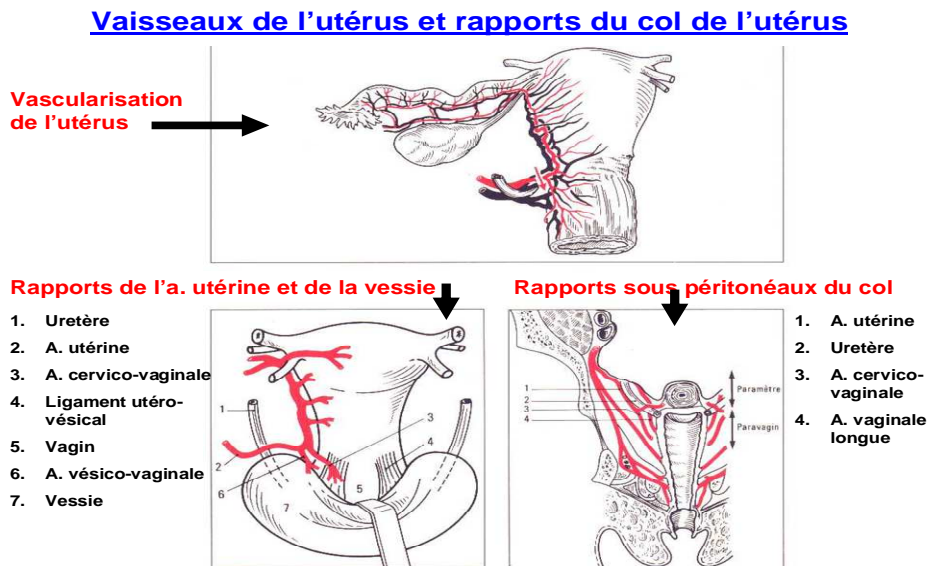
1.3- L'artère funiculaire :

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

2. Les veines utérines

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure I).

Figure 2 : vascularisation de l'utérus (Kamina P. – Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique. Eds Maloine, Paris, 2000, 326p) [9]



3. Les lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

D- Rappel anatomique du vagin

1. Définition

Le vagin est la partie distale des organes sexuels féminins. C'est l'organe de copulation, servant en même temps de voie d'accouchement.

2. Anatomie macroscopique

Le vagin est un conduit musculo-membraneux, étendu entre le col de l'utérus, et la vulve. Il est situé en avant du rectum, en arrière de la vessie. Il a la forme d'un tuyau d'écrivain une courbe concave en arrière quand la vessie est vide. Il est long de 7 à 9 cm, et sa paroi antérieure est accolée à sa paroi postérieure sauf à ses extrémités.

Les deux tiers supérieurs du vagin sont intra pelviens, et le reste est périnéal. L'extrémité supérieure s'évase en forme de cupule autour de la partie intra vaginale du col utérin (museau de tanche).

L'extrémité inférieure, s'ouvre dans une dépression appelée: vestibule, fermée chez la vierge par l'hymen, qui est un repli muqueux, semi-lunaire, où concave où conique, rétrécissant l'orifice. Au premier coït, l'hymen se déchire.

Configuration interne du vagin

Les plis transversaux sont des épaissements muqueux qui tapissent l'intérieur du vagin, ce sont des colonnes rouges, appelées rides vaginales. La paroi antérieure et postérieure ont chacune des plis muqueux, appelés colonnes vaginales, servant de friction pendant le coït, et des plis de réserve pour la dilatation du vagin pendant l'accouchement.

3. Anatomie microscopique

Le vagin a trois tuniques :

-La tunique externe conjonctive : sa texture varie d'un point à un autre. Elle est très dense aux extrémités inférieure et supérieure de la paroi antérieure, et à l'extrémité inférieure de la paroi postérieure, elle est beaucoup plus lâche ailleurs.

-La tunique moyenne: musculaire lisse, avec des fibres longitudinales en dehors, et circulaires en dedans. Elle est habillée à sa périphérie d'un réseau vasculaire, où les veines prédominent.

-La tunique interne la muqueuse : c'est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. Il renferme des cellules riches en glycogène, mais ne contient pas de glande. Pendant l'acte sexuel, la muqueuse lubrifie par transsudation le vagin, et pendant l'orgasme, c'est le un tiers distal de la musculaire qui fait des contractions rythmiques.

4. Les moyens de fixité du vagin

La fixité du vagin est due à ses connections avec les organes de voisinage. Il est maintenu en place par le système de soutien qui est celui du diaphragme pelvien, et du diaphragme uro- génital.

Mais le vagin possède également son propre système de suspension qui est celui du paracolpos.

5. Vascularisation et innervation du vagin

5.1 Artères :

Aux nombres de trois

- la branche de l'artère utérine ravitaille le 1/3 supérieur du vagin
- l'artère vaginale proprement dite est une des branches de l'artère iliaque interne. Elle irrigue les 2/3 (moyen et inférieur) du vagin
- la branche de l'artère rectale inférieure irrigue la face postérieure du vagin

5.2 Veines :

Les veines forment un plexus veineux de chaque côté du vagin.

5.3 Lymphatiques :

Suivent les artères (utérine et vaginale) et se déversent dans les nodules lymphatiques iliaques (interne et externe) et inguinaux superficiels

5.4 Nerfs :

Proviennent du plexus hypogastrique inférieur

E- Etude clinique

L'étude clinique doit être minutieuse de la part du praticien :

- un examen soigneux, méthodique et rigoureux ;
- un raisonnement médical permettant une approche du diagnostic ou la mise en route d'explorations complémentaires ;
- un traitement qui en dehors de l'urgence, doit être guidée par l'étiologie.

1. Interrogatoire :

Il recherchera :

- l'âge de la patiente ;

- la date des dernières règles ;
- la date d'apparition des saignements, leur évolution et leur abondance ;
- l'existence d'un traitement hormonal ou de prise d'anticoagulant, préciser une notion d'arrêt ou d'oubli.
- les antécédents familiaux : pathologie gynécologique et générale ;
- les antécédents personnels :
 - Les antécédents gynéco-obstétricaux : ménarche, durée du cycle, caractère du cycle, nombre de grossesses, les incidents et accidents gravidiques ;
 - Les antécédents chirurgicaux : surtout gynécologiques ;
 - Les antécédents médicaux : maladies générales, les maladies infectieuses ;
 - L'existence d'un moyen de contraception : contraceptif oral, stérilet, les implants, les moyens mécaniques (préservatifs ou diaphragme).

2. Examen physique :

Il est toujours général et complet mais doit insister sur la sphère gynécologique.

2.1. Examen général :

Il est le plus complet possible et méthodique appareil par appareil.

2.2. Examen gynécologique :

Il sera mené avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une bonne luminosité sur une malade entièrement dévêtue :

- Inspection des muqueuses ;
- Palpation des seins ;
- Examen des organes génitaux externes.

a-L'examen au spéculum :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à l'aide d'un spéculum vaginal adapté à l'anatomie de la patiente avec un éclairage suffisant. Il visualise le col et le vagin. Il faut :

- Bien visualiser le col : son aspect surtout, au cours du retrait du spéculum on peut légèrement pincer le col entre les deux lames de façon à voir un écoulement par l'orifice cervical ;

-Bien visualiser les parois vaginales, en retirant le spéculum qui sera légèrement entrouvert de façon à examiner les faces antérieure et postérieure du vagin. On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

b-Le toucher vaginal combiné au palper abdominal :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et à rectum vides. Il sera combiné au palper abdominal et au toucher rectal. Il permet l'appréciation de la taille de l'utérus, de ses contours, de sa sensibilité, de sa mobilité et de ses différents rapports. Combiné au toucher rectal il apprécie la souplesse des culs de sac et des paramètres. Le toucher bi digital permet d'apprécier la cloison recto-vaginale.

2.3. Les examens complémentaires : [9]

Ils seront demandés en fonction de l'âge de la patiente et de l'orientation diagnostique.

Les examens complémentaires à pratiquer sont : une échographie pelvienne, un frottis cervico vaginal, une biopsie du col, une biopsie de l'endomètre, un prélèvement vaginal, une hystérosalpingographie, voire une hystérocopie pratiquée en dehors des saignements ; la colposcopie, des dosages hormonaux, un bilan hématologique.

a. L'échographie pelvienne :

C'est une technique non agressive en plein développement. Elle peut être réalisée par voie abdominale vessie pleine ou par voie vaginale vessie vide. A l'heure actuelle, le consensus est fait sur l'examen de première intention devant des métrorragies : c'est l'échographie par voie vaginale. Elle doit être réalisée au cours de la première partie du cycle ; elle permet le diagnostic d'éventuelles pathologies ovariennes à l'origine des métrorragies et également d'apprécier le myomètre : fibromes interstitiels, signes d'adenomyose, qualité de la jonction endomètre-myomètre.

b. L'hystérosalpingographie (HSG) :

C'est un examen radiologique qui permet la visualisation du canal endocervical, de la cavité utérine, des trompes, par l'injection par voie endocervicale d'un produit radio opaque faiblement iodé sous faible pression.

La pratique d'une hystérographie exige des précautions avant l'examen :

- Elle doit être réalisée en phase folliculaire ;
- Éliminer une grossesse ;
- Éliminer une infection ;
- Arrêter les saignements ;
- Faire une couverture antibiotique.

Elle peut être demandée dans le diagnostic des métrorragies pour la recherche : d'un polype, d'un fibrome sous muqueux, d'un cancer de l'endomètre, d'une adénomyose utérine.

Il existe une variante : l'hystérosonographie qui consiste à injecter une solution saline stérile de 4 à 10 ml dans la cavité endométriale sous visualisation ultrasonographique directe. Une fois l'endomètre imprégnée la présence de polypes ou de myomes et l'épaisseur de l'endomètre est évaluée. Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [10] ; par ailleurs elle montre dans 41% des cas un myome saillant sous muqueux pour des myomes analysés comme strictement intra-muraux par l'échographie par voie vaginale [11].

c. L'hystéroscopie diagnostique :

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystéroscopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérographie et la hystérosonographie d'apprécier le canal endocervical (l'exploration de cette région est probablement l'échec principal des techniques par ultrasons), et une localisation plus précise des lésions. Elle permet également une biopsie guidée et l'obtention d'une histologie. Mais le caractère iatrogène de l'hystéroscopie en

regard de l'hystérosonographie est sujet à discussion : décontamination des hystérofibrosopes et description de quelques cas dans la littérature d'éventuelle greffe péritonéale de cellules néoplasiques [12].

De fait l'hystéroscopie a une excellente valeur prédictive négative et l'absence de lésion permet de proposer d'arrêter là les explorations.

Que ce soit l'hystérosonographie ou l'hystéroscopie : si une lésion focalisée est identifiée, l'exploration chirurgicale à visée diagnostique et thérapeutique est de mise [12].

d. La colposcopie :

C'est l'examen du col après mise en place du spéculum grâce à un appareil optique grossissant 10 à 20 fois et après badigeonnage du col à l'acide acétique à 3% ou au lugol.

Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimenteux et cylindrique, la zone de jonction entre ces deux revêtements, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous-jacent.

La colposcopie permet de repérer sur le col :

- Des lésions bénignes : polype, papillome, endométriose, condylomes ;
- Des lésions atypiques : leucoplasies, mosaïques, zones ponctuées, zones blanches ou rouges ;
- Des cancers invasifs.

Elle permet de diriger la biopsie sur la zone la plus suspecte en cas de frottis pathologique, si la zone de jonction est visible. Elle ne permet pas de voir les lésions situées dans l'endocol.

e. Le frottis cervico-vaginal :

C'est un geste de médecin praticien que tout médecin doit savoir faire. Il doit être pratiqué devant toute métrorragie même chez une femme dont le col est sain en période d'activité génitale. Il doit être fait en dehors des saignements et avant le toucher vaginal, alors que la patiente n'a pas fait de toilette vaginale dans les 24 heures précédents, pas de rapports sexuels dans les 48 heures précédentes.

f. Les frottis endométriaux :

Ils sont rarement positifs car l'endomètre desquame assez peu.

g. biopsie du col

Lorsqu'il existe une lésion néoplasique évidente du col, dure, friable, saignant au moindre contact, il est aisé d'en faire la biopsie, le prélèvement devant être fait en pleine tumeur.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion évidente, elle sera dirigée par le frottis de dépistage ou la colposcopie.

h. La biopsie de l'endomètre :

« C'est un prélèvement partiel qui n'a donc d'intérêt que dans la mesure où il s'adresse à une pathologie ou à un état de l'endomètre supposé être assez étendu pour que la biopsie ait un minimum de chance de recueillir un échantillon significatif » (ROMAN).

Elle est faite par la canule de Novak. Après avoir nettoyé le col, et pris celui-ci par une pince de Pozzi, la canule de Novak est introduite dans l'orifice cervical puis dans la cavité. On peut aussi, comme dans la technique originale, créer une dépression dans la sonde avec une seringue pour aspirer l'échantillon d'endomètre plus important. Si l'introduction de la canule est facile, on peut renouveler l'intervention 2 ou 3 fois afin de prélever des lambeaux d'endomètre à plusieurs niveaux.

Actuellement, on utilise souvent un matériel à usage unique en polyéthylène semi rigide : la pipette de Cormier. Cette biopsie peut être utile pour apprécier un trouble fonctionnel de l'endomètre.

Elle est intéressante pour faire le diagnostic d'un cancer de l'endomètre. Seule une biopsie positive permet d'affirmer le diagnostic, une biopsie négative impose bien sûr la poursuite des investigations.

I. Les dosages hormonaux :

Ils sont fonctions des constatations cliniques : Béta HCG plasmatique, les œstrogènes, la FSH, la LH et la prolactine.

j. Le bilan hématologique :

Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Will brand.

-Une numération formule sanguine : le taux d'hémoglobine est essentiel car il apprécie objectivement l'importance du saignement et sera ultérieurement le guide du schéma thérapeutique.

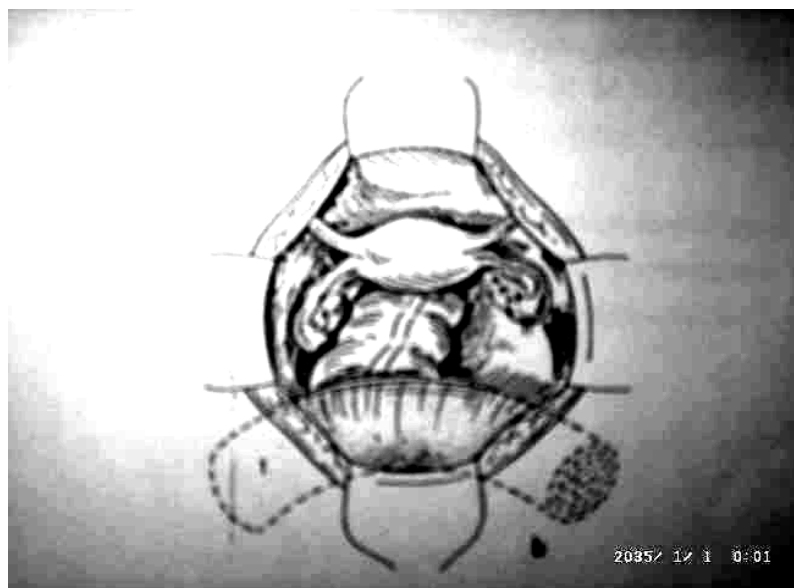
-Une crase sanguine est demandée dès la première consultation surtout en cas d'antécédent évocateur de troubles de l'hémostase, ou prescrite dans un deuxième temps si l'anémie nécessite un traitement en urgence remettant à plus tard les investigations.

-Un bilan d'hémostase simple comprend : numération des plaquettes, temps de Quick, temps de céphaline activée, fibrine et temps de saignement.

-Un bilan d'hémostase complet explorant tous les facteurs de coagulation doit être demandé en cas de suspicion de maladie de l'hémostase.

E. Techniques d'hystérectomie totale :

N° 1 : Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles d'après Lansac [2]



Après ouverture de la paroi abdominale l'utérus est saisi par un hystérolabe ou un fil transfixiant et attiré en arrière du côté gauche pour lier le ligament rond droit. Le péritoine après coagulation est ouvert de part et d'autre du ligament rond. Celui-ci est sectionné entre deux pinces de Bengoléa puis ligaturé au fil de vicryl 2/0. Le fil du côté pariétal est gardé long pour pouvoir être fixé à une pince en avant et en dehors facilitant l'exposition.

La même manœuvre est réalisée du côté opposé.

L'utérus étant attiré vers l'arrière, le péritoine vésico-utérin est incisé entre les deux ligatures des ligaments ronds. Les espaces vésico-utérin puis vésico-vaginal peuvent être libérés. Le péritoine vésico-utérin est saisi par une pince à disséquer et les ciseaux, pointe tournée vers l'arrière, refoulent la paroi vésicale, tandis que l'hémostase de petits tractus fibreux est effectuée. Le lambeau péritonéal est suspendu à l'aide d'un fil pour faciliter le reste de la dissection.

Une des annexes est saisie par une pince de Duval. Utérus et annexe sont attirés en dedans, l'utérus vers l'avant et l'annexe vers l'arrière. Le péritoine peut être ouvert à partir de la section du ligament rond et la face antérieure du large est dégagée en dessous de la trompe et du pédicule annexiels. Ce dégagement est poursuivi plus ou moins en bas permettant de repérer l'uretère et de le refouler.

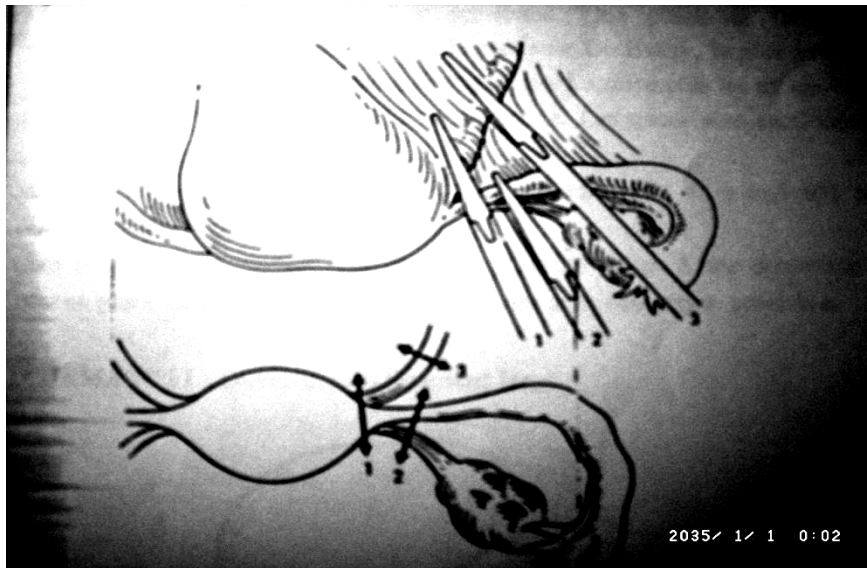
La ligature du pédicule lombo-ovarien ne pose pas de difficultés si l'ouverture et la libération du péritoine vésico-utérin est bien faite. Le péritoine pelvien est coagulé puis ouvert en pédicule lombo-ovarien qui est sectionné entre deux pinces et ligaturé au vicryl 2/0. La section du feuillet postérieur du péritoine du ligament large est poursuivie jusqu'au contact de l'utérus. Une pince de Kocher longue prend le ligament rond et le pédicule annexiels de chaque côté de l'utérus permettant de supprimer l'hystérolabe.

SCHEMA N° 2 : Mise en place des pinces sur le ligament large d'après Lansac J [2]

1=Pince de Rochester prenant la trompe, le ligament utéro-ovarien et le ligament rond ;

2=Pince de Rochester prenant la trompe et le ligament utéro-ovarien ;

3=Pince de Kocher prenant le ligament rond.



Les faces antérieures de l'utérus et du vagin étant dégagées, latéralement le bord de l'utérus est libéré en effondrant le tissu cellulaire lâche du ligament large ; le pédicule utérin peut être lié.

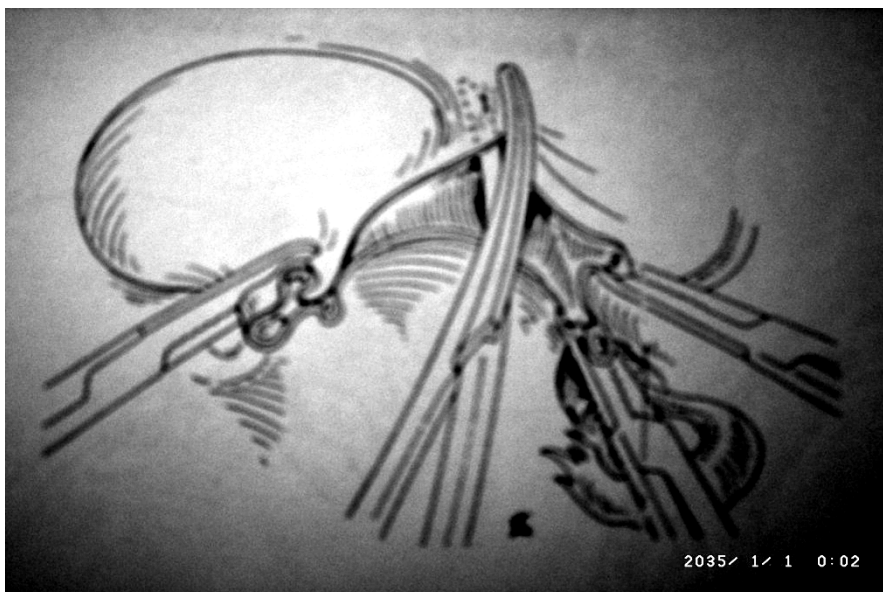
Pour ce faire, le péritoine de la face postérieure du ligament large contre l'utérus est décollé puis sectionné jusqu'au ligament utéro-sacré. Le pédicule utérin est ainsi dégagé en avant et en arrière à la hauteur de l'isthme. Pour lier le pédicule utérin droit, l'utérus est attiré en arrière et à gauche et l'opérateur repère le bord droit de l'utérus. IL place les doigts de sa main gauche en avant de l'isthme,

introduit les ciseaux, d'arrière en avant, le long du bord utérin à la hauteur de l'isthme en passant en arrière du pédicule. La pointe de ciseaux dirigée d'abord vers l'utérus puis se retournant pour effondrer en avant le tissu fibreux de la face antérieure sous péritonéale de l'utérus. Deux pinces de De Bakey, la plus externe afin de prendre la partie haute des vaisseaux cervico-vaginaux. La mise plus ou moins basse de la pince de Bengoléa conditionne la fin de l'hystérectomie. Les tissus sont sectionnés en dedans de la pince jusqu'à la pointe de celle-ci.

Une ligature appuyée du pédicule utérin est effectuée au vicryl n°1 puis les vaisseaux cervico-vaginaux sont liés au vicryl 2/0.

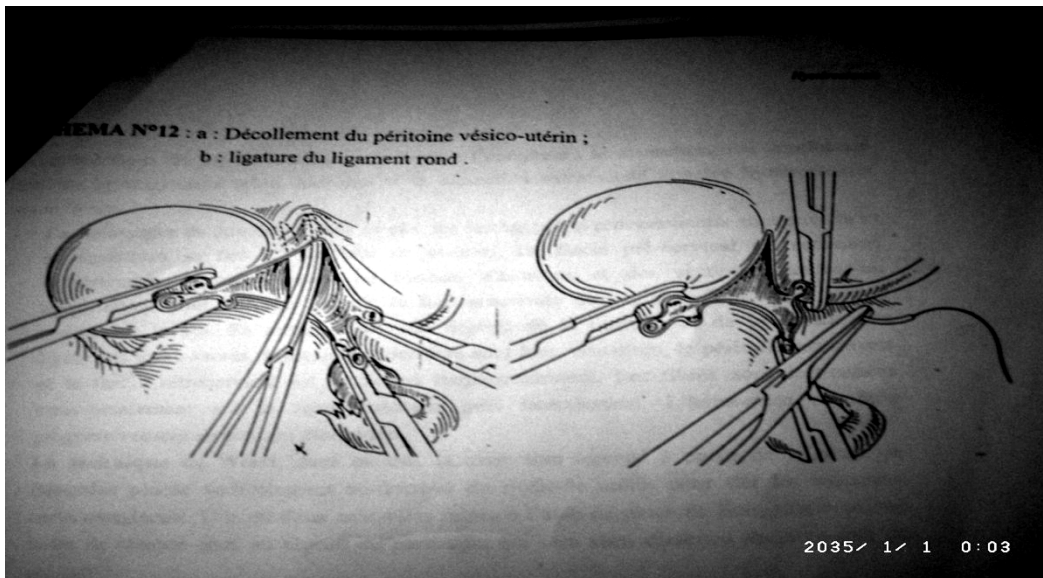
Cette technique de ligature des pédicules utérins oblige à une dissection précise et évite la mise en place de la pince de Jean-Louis Faure sans dissection préa

SCHEMA N°3 : Ouverture du ligament large



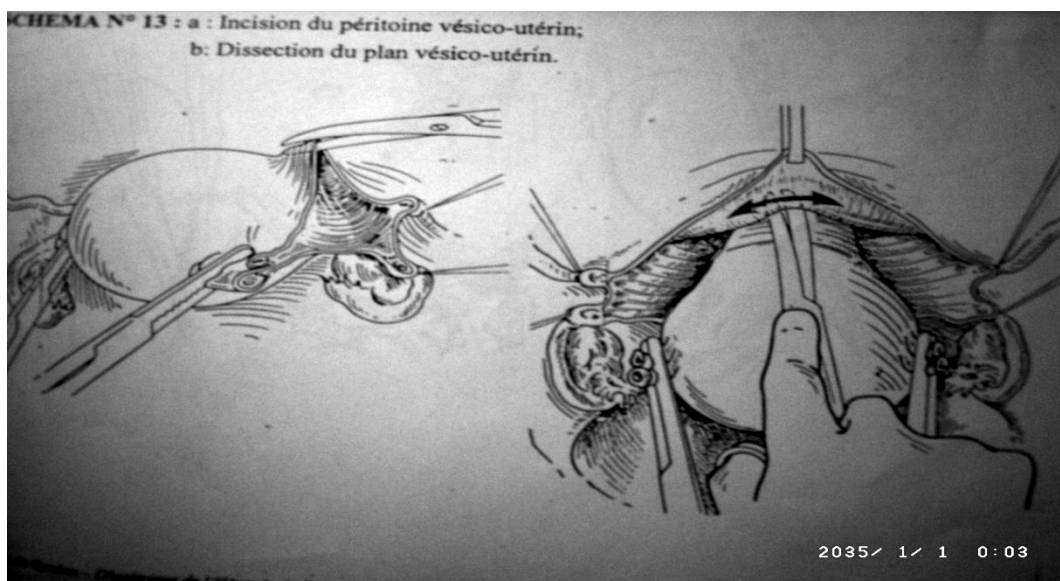
SCHEMA N° 4 : a : Décollement du péritoine vésico-utérin ;

b : Ligature du ligament rond. [2]



SCHEMA N°5 : a : Incision du péritoine vésico-utérin ;

b : Dissection du plan vésico-utérin [2]



Deux solutions de fin de dissection s'offrent à l'opérateur : la dissection dite intra faciale appelée hystérectomie selon Aldridge et la dissection extra faciale appelée hystérectomie selon Wiart.

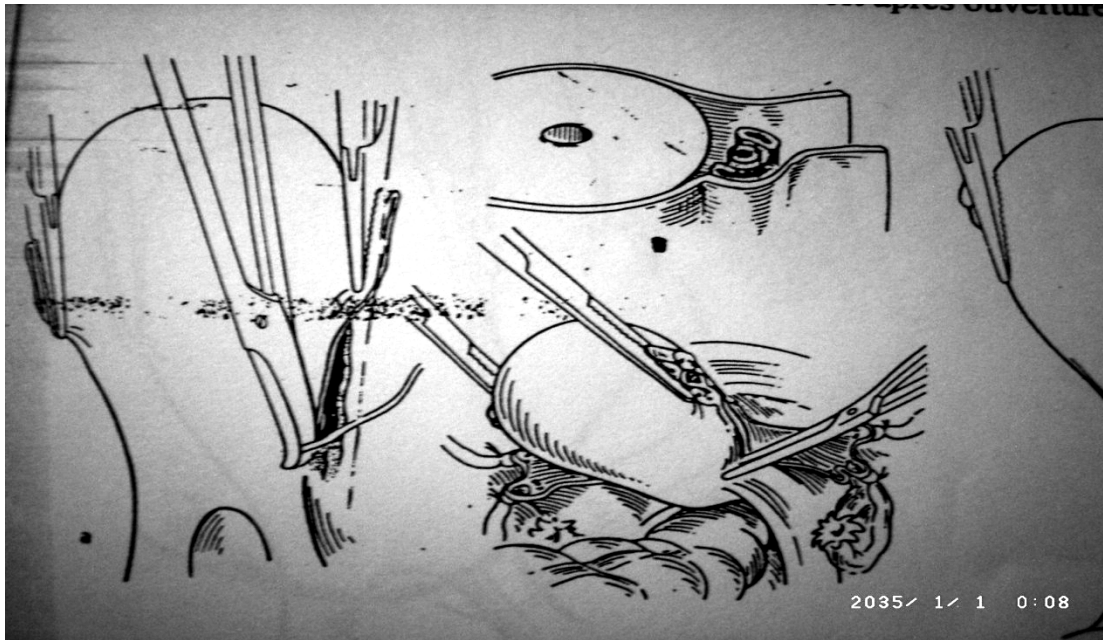
- La technique d'Aldridge, dans ce cas, les fascias pré et rétro cervicaux sont ouverts et la dissection se fait à l'intérieur de ceux-ci. Le fascia pré cervical est sectionné transversalement aux ciseaux ou bistouri électrique et des sections ligatures ou coagulations sont réalisées jusqu'à la face antérieure du vagin au-delà de la portion recouvrant le col.

En arrière, l'attitude dépend de la position et de la densité des ligaments utéro-sacrés. Lorsque ces derniers sont bien visualisés, le péritoine est ouvert et le fascia rétro cervical est sectionné transversalement sur la ligne médiane puis latéralement. L'hémostase est faite progressivement au bistouri électrique.

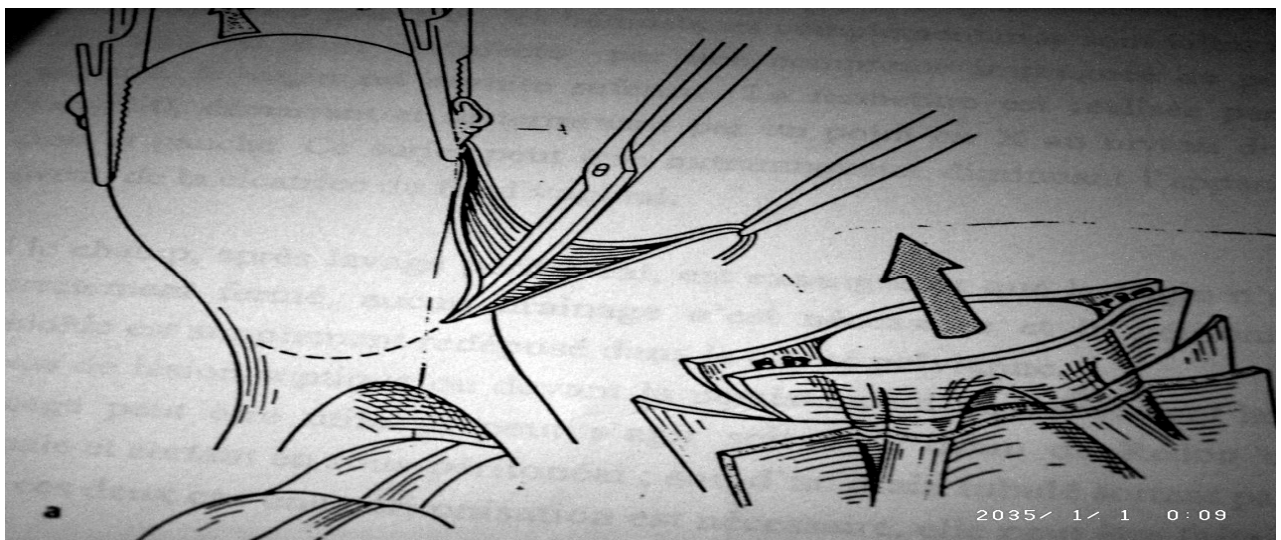
- La technique de Wiart, dans ce cas, la dissection reprend à partir de la pince de Bengoléa placée verticalement au-dessous du pédicule utérin pour lier les vaisseaux cervicovaginaux. Une ou deux nouvelles prises à l'aide de pince de Bengoléa vont être faites de chaque côté, au niveau du para vagin qui sera ainsi disséqué jusqu'au-delà du col utérin.

SCHEMA N°6 :

a, incision du péritoine postérieur, vue opératoire montrant le dégagement du pédicule ; b, dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large.[2]

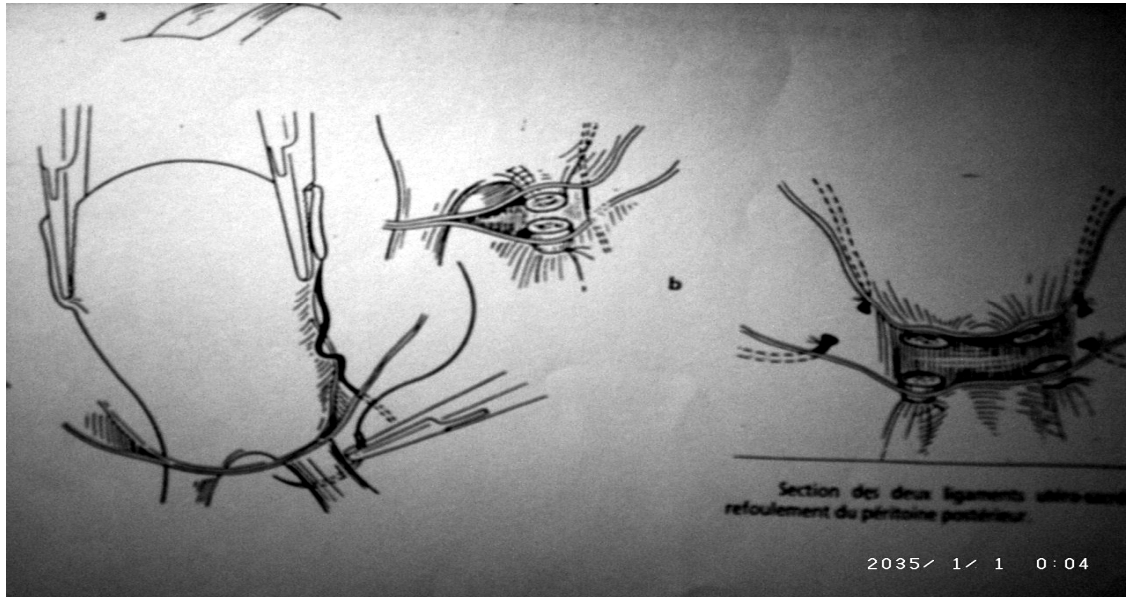


SCHEMA N°7 : à, incision du péritoine après mise en tension des utéro-sacrés ;
b, ligature du ligament utéro-sacrés droit.[2]



SCHEMA N°8: Ligature du ligament utéro-sacré

a-Aiguillage utéro-sacré droit, b- Section et ligature du ligament utéro-sacré droit, c- Section des deux ligaments utéro-sacrés et refoulement du péritoine postérieur



Après la dissection, le col monte facilement et l'opérateur vérifie, que celle-ci est suffisante, en palpant le col d'avant en arrière à travers les parois vaginales. Le vagin est alors sectionné au bistouri en débutant sur la face antérieure. La tranche vaginale est badigeonnée avec de la polyvidone iodée. Au fur et à mesure de la section, les berges vaginales sont saisies dans les pinces et, les hémostases complémentaires sont faites au bistouri électrique. Le vagin est alors désinfecté par une compresse imprégnée de polyvidone iodée. Très souvent, le vagin est ensuite refermé. La fermeture est réalisée par un surjet unique de vicryl 2/0, démarré et se terminant par un point en X au niveau des tissus para vaginaux droit et gauche. Ce surjet peut être extra muqueux diminuant l'apparition de granulome au niveau de la cicatrice du fond vaginal.

Si le champ, après lavage péritonéal, est exsangue et que le vagin n'a pas été ouvert, voire correctement fermé, aucun drainage n'est nécessaire et la péritonisation est inutile. Le sigmoïde est simplement redéposé dans la cavité pelvienne.

En cas de lésion septique ou devant la persistance d'un suintement hémorragique diffus, un drainage peut être utile. IL peut s'agir soit d'un drain de Redon couché sur la tranche vaginale et sortant en sous péritonéal ; soit d'un drain tubulé sortant par le vagin.

Dans ces deux cas une péritonisation est nécessaire, elle peut être faite au fil résorbable.

SCHEMA N°9 :

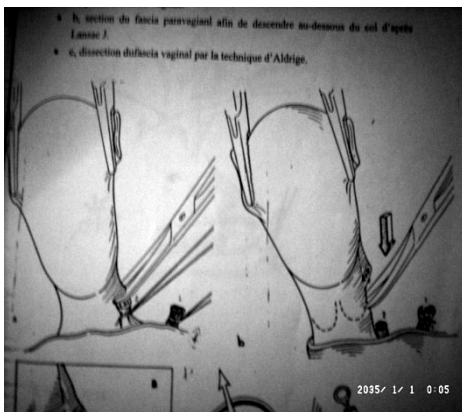
□ a, section du para vagin et des artères cervico-vaginales : 1=pédicule utérin,

2=pédicule vésico-vaginal.

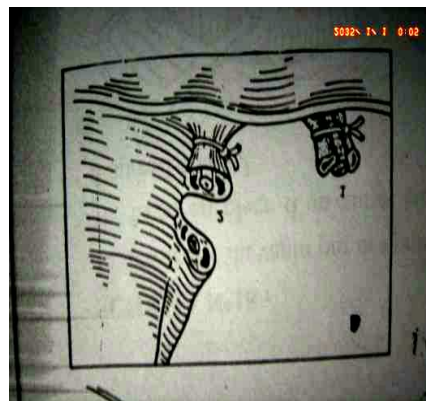
□ b, section du fascia para vaginal afin de descendre au-dessous du col d'après Lansac J.

□ c, dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge.[2]

a



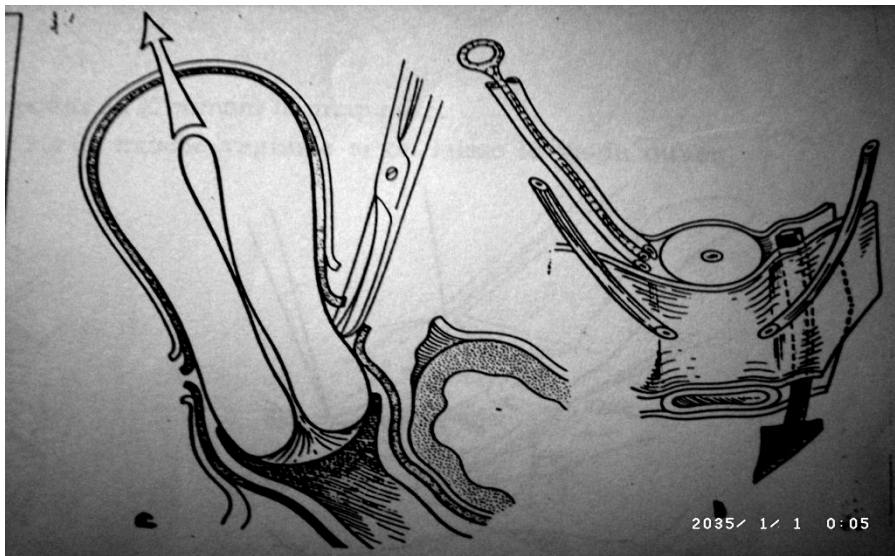
b



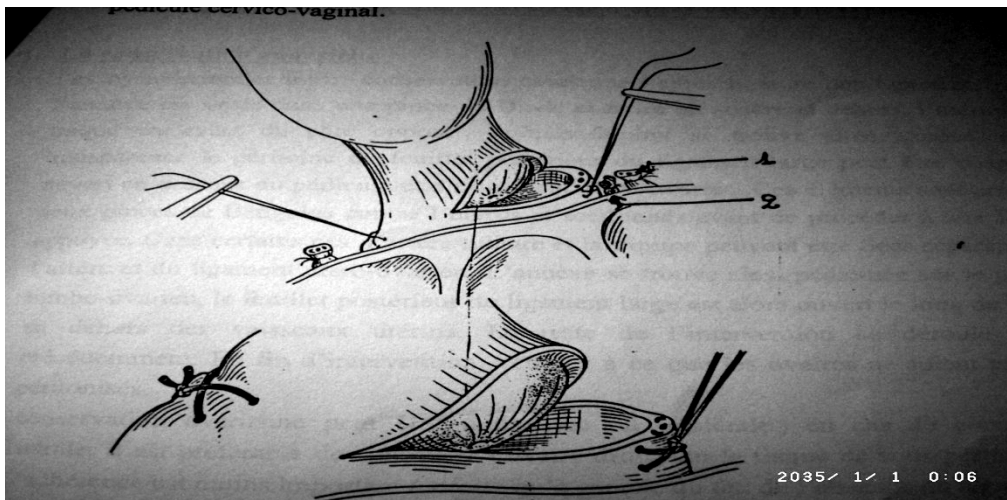
SCHEMAN° 10

Dissection du fascia vaginal par la technique de'Aldrige.

a. Coupe sagittale , b. Schemamontrant comment la technique d'Aldrige protège l'urètre. Les ciseaux passent dans le plan matérialisé par la flèche. L'urètre est en avant, séparé par le fascia.[2]



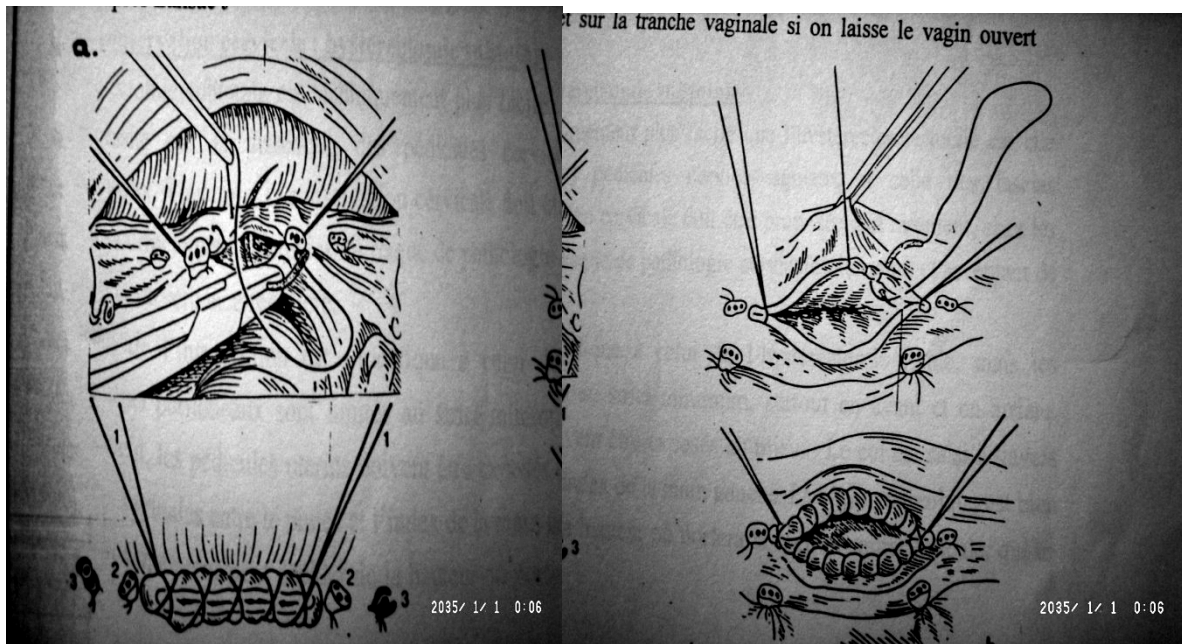
SCHEMA N°11 : section du vagin après ligature de l'angle. 1= pédicule utérin, 2= pédicule cervico-vaginal.[2]



SCHEMA N°12 :

*a, fermeture du vagin par des points en X prenant la muqueuse.

*b, mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert d'après Lansac J.[2]



- Les modifications en fonction de l'exérèse VILLET R [13]

La conservation annexielle

Les hystérectomies avec conservation ovarienne : après ligature des ligaments ronds, l'annexe est saisie dans une pince de Duval et attiré en arrière et dehors, l'utérus étant traqué en avant du côté opposé ; le mésosalpinx se trouve ainsi exposé, et par transparence le péritoine du feuillet postérieur du ligament large peut être coagulé et ouvert en dessous du pédicule et du ligament utéro-ovarien. Ces éléments sont pris entre deux pinces de Bengoléa contre l'utérus et sectionnés avant de procéder à leur ligature appuyée.

Dans certains cas l'artère tubaire et la trompe peuvent être liées séparément de l'artère et du ligament utéro-ovarien. L'annexe se trouve ainsi pédiculée sur le pédicule lombo-ovarien, le feuillet postérieur du ligament large est alors ouvert le long de l'utérus en dehors des vaisseaux utérins.

Le reste de l'intervention se déroule comme précédemment. En fin d'intervention, veuillez à ce que les ovaires ne soient pas sous-péritonisés.

La conservation ovarienne peut être unilatérale ou bilatérale ; en cas de conservation unilatérale, il est préférable de conserver l'ovaire droit car le risque de sous péritonisation ou d'adhérence est moins important à droite qu'à gauche du fait de l'absence du sigmoïde.

Exceptionnellement, on peut effectuer une conservation ovarienne sous conservation tubaire. Dans ce cas, l'exérèse de la trompe malade avec conservation de l'ovaire sous-jacent doit être faite de façon très méticuleuse pour préserver au mieux la vascularisation ovarienne. La trompe est saisie avec une pince de Duval, le plus près possible du pavillon et traction douce permet d'exposer au mieux les deux faces du mésosalpinx. Le péritoine est ouvert et on lie successivement de dehors en dedans les rameaux vasculaires de l'arcade infra tubaire. Le péritoine peut être fermé par un surjet de vicryl 4/0 enfouissant les moignons vasculaires

2. Technique de l'hystérectomie subtotale

Après césarienne segmentaire

L'hystérotomie est fermée par une suture grossière et rapide qui évite un saignement gênant des berges utérines. L'incision du péritoine viscéral est prolongée jusqu'aux ligaments ronds, à quelques centimètres des cornes utérines. Les ligaments ronds sont sectionnés entre deux pinces à hémostase, puis ligaturés avec du fil à résorption lent type Vicryl n° 1. Le ligament large est

ensuite ouvert en avant. Le temps suivant est la ligature des pédicules annexiels (ligaments utéro-ovariens et trompes) après section sur une pince de Faure. En raison du calibre des vaisseaux, une ligature doublée au Vicryl n° 2 est préférable. La mise en place d'une pince de Kocher longue, verticalement sur la corne utérine assure l'indispensable hémostase de retour. Le feuillet postérieur du ligament large est aisément incisé verticalement et décollé. Ce geste permet d'éloigner l'uretère de l'artère utérine.

La vessie est complètement réclinée par une valve à 90°. La traction vers le haut de l'utérus donne accès au pédicule utérin. Celui-ci est saisi par une pince de Faure, légèrement au-dessous du niveau de l'hystérotomie, puis ligaturé au Vicryl n° 2. L'hystérectomie est terminée en prolongeant l'hystérotomie latéralement et en arrière. La section est ainsi strictement segmentaire. L'hémostase de la tranche cervicale est assurée par des points en X ou deux hémi surjets. La fin de l'intervention ne présente pas de particularité : vérification de la qualité de l'hémostase, toilette péritonéale, drainage et fermeture pariétale.

Après césarienne corporéale ou après accouchement par voie basse

Dans ces deux circonstances, le segment inférieur est intègre. En cas de césarienne corporéale, un rapprochement rapide des berges de l'hystérotomie est recommandé. Le début de l'intervention ne diffère pas de ce qui a été décrit ci-dessus. Les pédicules utérins sont sectionnés sur pinces de Faure, puis ligaturés. La section de l'utérus se fait sur le segment inférieur, en adoptant un trajet légèrement oblique en bas et en dedans. Le segment inférieur restant est suturé par des points en X ou par un surjet.

Après césarienne segmentaire verticale

Une section horizontale du segment inférieur passant sous l'extrémité inférieure de l'hystérotomie peut être impossible car celle-ci descend souvent très bas. On

réalise alors une incision en V, dont la pointe rejoint l'angle inférieur de l'hystérotomie.

Après rupture utérine

La technique opératoire est tributaire de la nature de la rupture utérine. Toutes les situations sont possibles, de la rupture sous péritonéale sur un trajet d'hystérotomie antérieure à l'éclatement de l'utérus au niveau du segment inférieur ou du corps utérin. Si la rupture utérine survient sur utérus cicatriciel, elle intéresse de façon plus ou moins régulière la topographie de l'hystérotomie antérieure et la technique d'hystérectomie peut se calquer sur celle décrite par ailleurs après césarienne. Toutefois, la rupture est souvent atypique, touchant les pédicules vasculaires latéraux, voire les organes de voisinage (vessie, dôme vaginal) ; l'infiltration hématique des tissus modifie les rapports anatomiques et toute systématisation de l'intervention dans ces cas est impossible.

Technique de l'hystérectomie totale

Les temps initiaux de l'hystérectomie totale sont les mêmes que ceux décrits précédemment : section et hémostase des ligaments ronds et utéro-ovariens, dissection des ligaments larges, section et hémostase des artères utérines.

La dissection de la vessie doit être plus poussée que pour une hystérectomie subtotale, jusque sur la face antérieure du vagin. Les ligaments utéro-sacrés sont coupés, sur pinces, au ras de l'utérus. L'hémostase des artères cervico-vaginales se fait en plaçant une pince de Faure verticalement au contact direct du col. La pince ne doit pas être placée plus en dehors, où elle risquerait de blesser l'uretère. La vessie refoulée en permanence par une valve, l'ouverture du vagin sera faite sur la face antérieure. Le repère de la jonction col vagin se fait par la palpation si le col n'est pas dilaté. Si la dilatation a été importante, voire complète, la zone de section peut être très difficile à déterminer. Il faut alors inciser verticalement le segment inférieur sur la ligne médiane, puis le col,

jusqu'à ce que le vagin soit atteint : la section circulaire du vagin est complétée latéralement, puis en arrière. L'hémostase de la tranche vaginale est assurée par deux hémi surjets et quelques points en X au niveau des angles. La péritonisation est inutile ; un drainage de la cavité est laissé en place pendant 48 heures.

Dans la majorité des cas, la patiente est transférée temporairement en service de réanimation en raison des troubles de coagulation, des transfusions et des anomalies de la diurèse.

F. Indication de l'hystérectomie

1. Gynécologique :

- Prolapsus utérin:

C'est une entité anatomoclinique correspondant à une défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme, qui font issue à l'orifice vulvovaginal

- Myome utérin:

Est une tumeur bénigne, formé par une prolifération des tissus conjonctifs et musculaires auxquels s'adjoignent des fibres collagènes qui sont des protéines

- Néoplasies: utérine, de l'ovaire :

Ces tumeurs malignes sont des indications d'hystérectomie au stade avant les métastases.

- Métrorragie rebelle et algies pelviennes chroniques :

Après l'échec des traitements médicaux, on a recourt à une hystérectomie

2 .Obstétricale : [15-16-17-18]

2.1- La rupture Utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous les segments de l'utérus.

Urgence obstétricale des plus graves, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays hautement médicalisés grâce aux moyens de surveillance obstétricale de plus en plus perfectionnés et des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiée.

Dans les pays en voie de développement et dans les pays Africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio sanitaire.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux actes thérapeutiques ou ruptures provoquées : emploi des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus formé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine au cours du travail est l'un des facteurs étiologique le plus fréquent en Europe.

Toute rupture utérine reconnue doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par le choc hypovolémique et par celui de l'infection. Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention :

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue accompagné de lésions

vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (conservation des ovaires).

La suture utérine : Cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions de voisinage. Intervient aussi dans la décision : l'âge de la femme, la parité le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle.

2.2- L'hématome retro-placentaire :

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement inséré alors que le fœtus est encore dans l'utérus.

C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail caractérisé anatomiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'aux raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser la cause de l'hématome retro-placentaire n'est pas connue avec précision. Classiquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, en fait la diminution de la fréquence de la toxémie gravidique ne s'est pas accompagnée d'une diminution parallèle de l'H R P et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'H R P.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'H R P, les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta prævia.

Les formes qui débutent par une hémorragie extra génitale dont le premier signe est soit une hématurie soit une hématoméso. Les signes de la maladie utéro-placentaire n'apparaissent que secondairement.

Les formes moyennes : fréquences, dans les quelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

Les formes latentes : peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

Les formes traumatiques : versions par manœuvres externes ou accidents, les plus souvent de la voie publique.

L'H R P peut se compliquer de :

*Troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par définition moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

*La nécrose corticale du rein : sur le plan hemo-vasculaire on assiste à une forte coagulation du sang, localisé dans la zone utéro-placentaire.

Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches.

Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

*Thrombophlébites des suites de couches.

En présence de l'H R P il faut :

Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide.

Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.

Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications : en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

2. Les hémorragies après accouchement :

Les hémorragies du post partum immédiat :

Les hémorragies obstétricales graves conduisent à une hystérectomie d'hémostase après échec des traitements médicaux : révision utérine, massage utérin, injection syntocinon ou de prostaglandines, tamponnement utérin voire embolisation et des gestes chirurgicaux : la ligature élective selon Tsirulnikow, la ligature des vaisseaux hypogastriques.

Celles de la délivrance ont une partie du sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormale par leur abondance (plus de 500ml) et leur retentissement sur l'état général.

Toutes ces causes d'hémorragie provoquent une spoliation sanguine avec des complications générales et hématologiques.

La conduite à tenir est basée sur la correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier de soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec service de réanimation.

G. Suites opératoires et complications des hystérectomies :

Après une hystérectomie programmée, les suites opératoires sont simples en général.

Cependant, comme pour toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir.

1. Les complications per opératoires :

1.1. Les hémorragies doivent être appréciées par l'anesthésiste et l'opérateur par la mesure du volume aspiré et le pesage systématique des compresses. Une étude faite sur 340 hystérectomies au CHU de Tours note 2.4% d'hémorragie, Rème en rapporte 3.7%. La transfusion en préopératoire sera décidée en fonction du taux de l'hémoglobine de départ.

1.2. Les complications urologiques :

- **Les plaies vésicales** représentent 1à 3% des hystérectomies. Elles doivent être suturées immédiatement en deux plans au vicryl 3 serti. En cas de doute, il faut faire injecter du bleu de méthylène dans la vessie par la sonde de Foley. La sonde vésicale est laissée 6à 8jours.

-**Les blessures urétérales** sont rares. Elles se voient en deux endroits, au niveau de la ligature des ligaments lombo-ovariens et au niveau de la ligature des artères utérines.

L'essentiel devant une plaie urétérale est de s'en apercevoir. Le champ est en général envahi par les urines, facile à reconnaître. L'uretère blessé devient flasque, et ne répète plus. Il suffit de le suivre pour repérer la plaie ou la section. En cas de doute, il faut ouvrir la vessie pour monter une sonde urétérale et repérer l'uretère plus facilement ou faire injecter en intraveineuse de l'indigo carmin qui colore rapidement la fuite.

-En cas de ligature, il faut bien examiner l'uretère. Une zone contuse ou ischémie doit être réséquée.

-En cas de section, il faut soit faire une suture termino-terminale sur sonde double J si on est au niveau du détroit supérieur et si les deux extrémités une fois libérées sont bien vascularisées et viennent au contact sous traction, soit faire une réimplantation si on est situé bas vers le croisement avec l'artère utérine.

Si la réparation immédiate s'avère trop difficile ou trop risquée, il est préférable de réaliser une dérivation provisoire par urétérostomie cutanée.

Une plaie réparée n'est rien, la méconnaître est grave. Il ne faut pas hésiter en cas de besoin de demander aide à un collègue urologue.

2- Les complications postopératoires :

Elles représentent 5% environ si on exclut les infections urinaires.

2.1- Les complications infectieuses :

2.1.1-Les complications urinaires :

Sont de loin les plus fréquentes puisqu'en moyenne elles touchent une femme sur trois et sont dues au sondage. La prévention par le respect des règles d'asepsie lors de la pose doit être rappelée, de même que l'ablation de la sonde le soir même de l'opération.

2.1.2-Les abcès de parois :

Représentent 6 à 7, 8% des complications (De Meeus). Le risque augmente avec la durée de l'intervention (RR= 1.25 si la paroi fait plus de 30mm d'épaisseur), mais diminue si on utilise une antibioprophylaxie (Shapiro). Là encore la prévention reste une asepsie et hémostase correcte

2.1.3-L'hématome profond infecté :

Il s'agit d'un hématome qui se constitue au niveau de la cicatrice vaginale, sous la péritonisation qui s'infecte. Cette complication se rencontre dans 1,4% des hystérectomies. L'hématome infecté se manifeste par la fièvre au quatrième cinquième jour de l'intervention à 38.5 ou 39°C avec des décharges.

Cette fièvre s'accompagne de douleurs pelviennes associées parfois à des signes rectaux type ténésme, épreintes.

Au toucher vaginal, il existe une masse située au dessus du vagin, douloureuse ; on la sent mieux au toucher rectal. L'échographie pelvienne montre une collection remplie d'un liquide épais échogène. Le traitement est simple. Il se fait sous anesthésie générale et consiste à ouvrir avec le doigt ou la pointe du ciseau, la cicatrice vaginale. Il s'écoule du pus franc que l'on prélèvera pour examen bactériologique. Les logettes de l'abcès sont effondrées avec le doigt et la cavité lavée avec du sérum bétadiné

2.2- Les complications hémorragiques :

2.2.1- Les hématomes pariétaux :

Sont les complications les plus fréquentes dans les incisions de Pfannenstiel, allant jusqu'à 4% (Rème, 1988). L'héparinothérapie n'a aucune influence sur la survenue de ces hématomes.

Une reprise n'est nécessaire que si leur volume soit important (supérieur à 6cm). Ils favorisent l'apparition d'abcès de parois.

2.2.2- Les hémorragies vaginales :

Sont rares (0.9%). Elles cèdent en général au tamponnement vaginal. Il s'agit en général d'une artériole vaginale qui n'a pas été prise dans les points de fermeture de l'angle du vagin et s'est invaginée dans la cavité vaginale sous le nœud.

L'importance du saignement est appréciée par le dosage de l'hémoglobine. Le plus souvent un traitement martial suffit. La transfusion n'est nécessaire que pour des taux d'hémoglobines inférieurs à 7ml supportés. Le taux de transfusion est de l'ordre de 10% (Rème, 1988).

3- Les complications thromboemboliques :

Elles sont rares (moins de 1% et 0.2% pour les embolies, Dicher) si on met les patients à risque sous héparine de bas poids moléculaire.

4- La paralysie du nerf crural :

Elle est due à une compression du nerf crural par les valves trop longues ou à un hématome du psoas survenant après traitement anticoagulant. La paralysie régresse en général spontanément en quelques semaines (moins d'un mois dans la moitié des cas). Un traitement physiothérapeute (électrocoagulation) peut raccourcir le délai d'évolution.

IV –

METHODOLOGIE

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de MOPTI

1-1 caractéristique générale de la région de MOPTI:

La Région de Mopti située au centre du pays avec une superficie de 79 017km² est la 5^{ème} région administrative du pays. Elle est limitée au Nord par la région de Tombouctou (cercle de Rharous et de Niafunké), au Sud par la république du BURKINA-FASO (sous préfectures de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercles de Tominian, San et Macina), à l'Ouest aussi par la région de Ségou (cercles de Niono et Macina), à l'Est par la république du BURKINA-FASO (sous préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous).

La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

Elle est divisée en deux grandes zones agro écologiques, qui sont :

- La zone exondée située en grande partie à l'Est et comprend les cercles de Bankass, Bandiagara, et Koro et une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et la plaine.
- La zone inondée ou delta intérieur du Niger est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve Niger et son affluent le Bani. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La population s'élève à 1 865 297 habitants.

La plupart des ethnies du Mali y sont représentées : Bambara 26% ; Peulh et Rimaibe 23% ; Sonrhai 18% ; Bozo 11% ; Dogon 09%.

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,2%. Près de 50% de la population de cette région à moins de quinze ans et la majorité vit en zone rurale.

Les habitats de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du fleuve Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région est en croissance grâce au tourisme. La région dispose en effet des sites touristiques les plus visités au Mali qui sont : Djenné (la grande Mosquée), pays Dogon et la ville de Mopti.

1-2 L'HOPITAL DE MOPTI

Il a été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuel pavillon de médecine et de pédiatrie).

Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment l'hôpital régional à partir de 1969 et bénéficia de nouvelles constructions. C'est en 1969 qu'il fut baptisé <<l'hôpital Sominé Dolo>>. Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la Santé, natif de la Région.

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2^{ème} référence pour toute la région.

Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public Hospitalier (E P H) avec une autonomie de gestion.

1-3 Le service de Gynécologie et d'obstétrique :

Comporte deux bureaux servant en même temps de box de consultation ;

Une salle de garde des sages femmes, deux salles d'hospitalisation ventilée comportant 11 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à 2 lits.

La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire et comporte deux tables d'accouchements et trois lits de suites de couches immédiates ; le bloc opératoire comporte deux salles opératoires et le service de Gynécologie et d'obstétrique partage ces salles opératoires avec la chirurgie.

La garde est assurée par un Gynécologue, un Médecin Généraliste, une Sage-Femme, un faisant fonction d'interne, une Infirmière obstétricienne et le technicien de surface. Les Gynécologues assurent la garde physique.

2- Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et prospective s'étendant sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011.

3- Population d'étude :

Notre population d'étude regroupait toutes les patientes quelque soit la provenance, le statut matrimonial, le mode de suivi, admises au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti et qui ont subi une intervention chirurgicale pendant la période de l'étude.

4-Echantillonnage :

Critère d'inclusion :

Toutes les patientes qui ont subi une hystérectomie obstétricale ou gynécologique dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti pendant la période de l'étude.

Critère de non inclusion :

-Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti

- Toutes interventions différentes d'une hystérectomie au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital régional Sominé Dolo de Mopti

5- Déroulement de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011 et l'enquête a été réalisée par nous même.

6- Collecte des données :

Un questionnaire a servi de support à la collecte ; les éléments du questionnaire étaient relatifs au profil socio démographique des patientes, aux données de l'examen clinique, des examens para cliniques et des suites opératoires.

Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes, par l'interview des patientes, le registre de compte rendu opératoire, le registre d'accouchement et celui de l'hospitalisation.

-Aspects éthiques : l'étude a été réalisée après l'obtention du consentement éclairé des femmes.

- Variables

VARIABLES	NATURE	ECHELLE DE MESURE	TECHNIQUE COLLECTE
Age	Quantitative	Année	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative	-	Lecture
Profession	Qualitative	-	Lecture
Ethnie	Qualitative	-	Lecture
Provenance	Qualitative	-	Lecture
Parité	Quantitative	-	Lecture
Ménopause	Qualitative	-	Lecture
Antécédents chirurgicaux	Qualitative	-	Lecture
Indications	Qualitative	-	Examen clinique
Complications	Qualitative	-	Examen clinique
Durée d'hospitalisation	Quantitative	Jours	Lecture

7- Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info3.5.3. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2007.

8- Contraintes et limites :

Nous avons été, au cours de notre étude, confrontés à des difficultés telles que, le manque de renseignement sur les évacuations, l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires n'est pas réalisé, certaines patientes ne reviennent pas après l'hystérectomie, le dépistage des lésions précancéreuses n'a pas été réalisé chez la majorité de nos patientes pour faute de réactifs.

9- Définitions opératoires

La définition de certains concepts est utile à l'étude de l'hystérectomie, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

L'accouchement :

Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.

L'avortement : il s'agit des produits de conception dont le poids est inférieur à 500g et l'âge de la grossesse inférieur à 28 SA

Naissance vivante :

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [18].

Mort-né:

On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.

Accouchement par voie basse :

Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres obstétricales.

Venue d'elle-même :

Patientes admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

Référée :

Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

Evacuée :

Toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

Age obstétrical élevé :

Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans à l'admission

Adolescente :

Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 18 ans à l'admission

HTA :

La tension artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et ou diastolique supérieur ou égal à 90 mm Hg

.Primigeste :

Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse

nullipare = aucun accouchement.

Paucigeste :

Il s'agit d'une femme qui a entre 2 et 3 grossesses

Multigeste :

Il s'agit d'une femme qui a entre 4 et 6 grossesses

Grande multigeste :

Il s'agit d'une femme qui a fait plus de 6 grossesses

Primipare:

Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement

Paucipare :

Une femme qui a fait 2 ou 3 accouchements

Multipare :

Une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements

Grande multipare :

Une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

L'anémie : Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjunctivo-palmo-plantaire, associée ou non à une altération de la pression artérielle avec un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g / dl

HRP : Le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Placent prævia : C'est l'insertion du placenta soit en totalité soit en partie sur le segment inférieur.

Placenta accreta : C'est la prolifération du placenta dans le myomètre.

Prolapsus génital : Toute saillie permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci de toute ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum, ou des culs de sac péritonéaux adjacents ainsi que du fond vaginal solide

Fibrome utérin : Tumeur bénigne du muscle lisse, arrondie dure, élastique limitée par un pseudo capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est la myomectomie).

Polype : Fibromes endocavitaires pédiculés ou glandulaires dystrophiques localisés de l'endomètre (uniques ou multiples). .

Rupture utérine : Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine

V - Résultats

Elle a concerné toutes les hystérectomies réalisées dans le service de gynéco-obstétrique. Durant la période de l'étude 57 hystérectomies ont été pratiquées sur 522 interventions chirurgicales soit une fréquence de 9,16.

La proportion des hystérectomies obstétricales était de 1,61% sur l'ensemble des accouchements. Cette étude nous a permis d'aboutir aux résultats suivants :

Tableau I

Répartition des patientes selon les tranches d'Age

Age	Effectifs	Fréquence %
18-30	14	24,6
31-40	22	38,6
41-50	11	19,3
51-60	7	12,3
61-70	2	3,5
71-80	1	1,8
Total	57	100

Les patientes dont l'âge est compris entre 31 à 40 étaient les plus représentées soit une fréquence de 38,6%

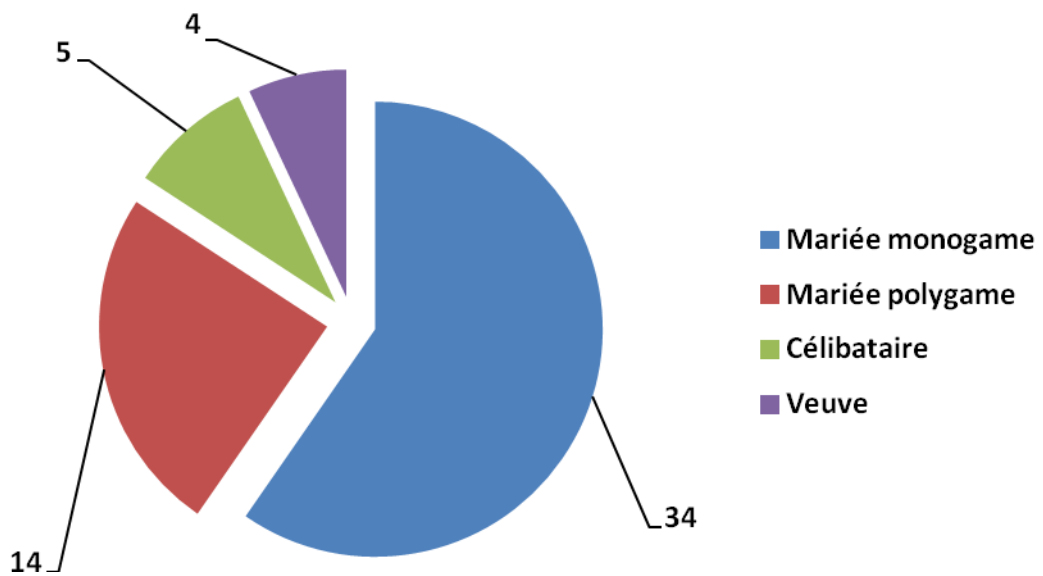


Figure 1: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

84% de nos patientes étaient mariées contre 8,8% de célibataire, 7% de veuve

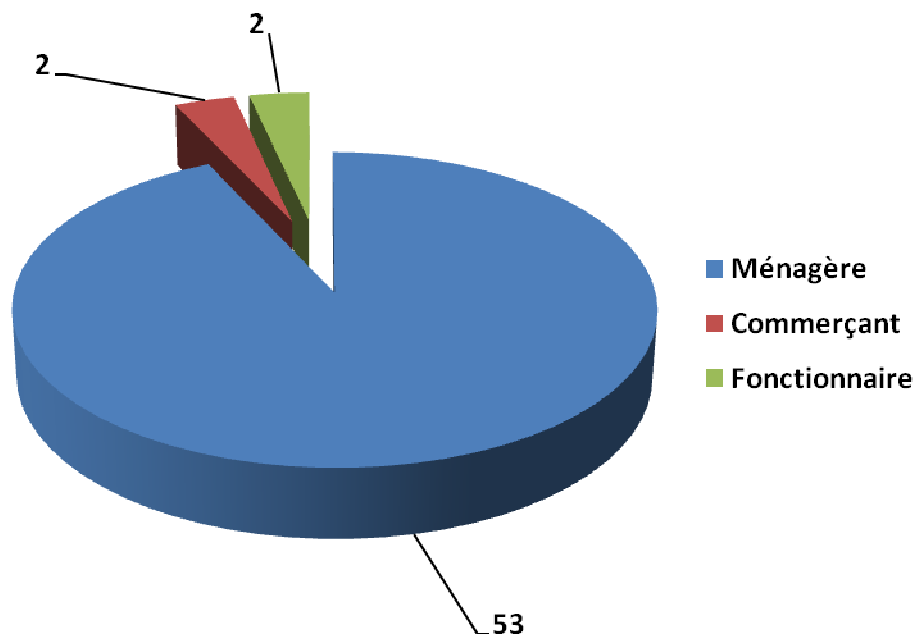


Figure 2: Répartition des patientes selon la Profession

93% de nos patientes étaient des ménagères

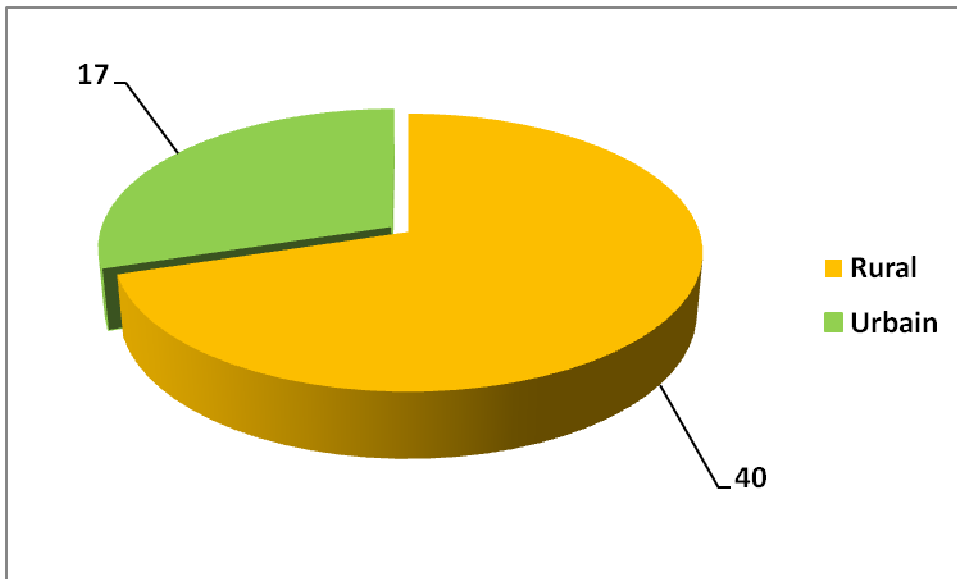


Figure 3: Répartition des patientes selon la provenance

70,2% des patientes provenaient du milieu rural

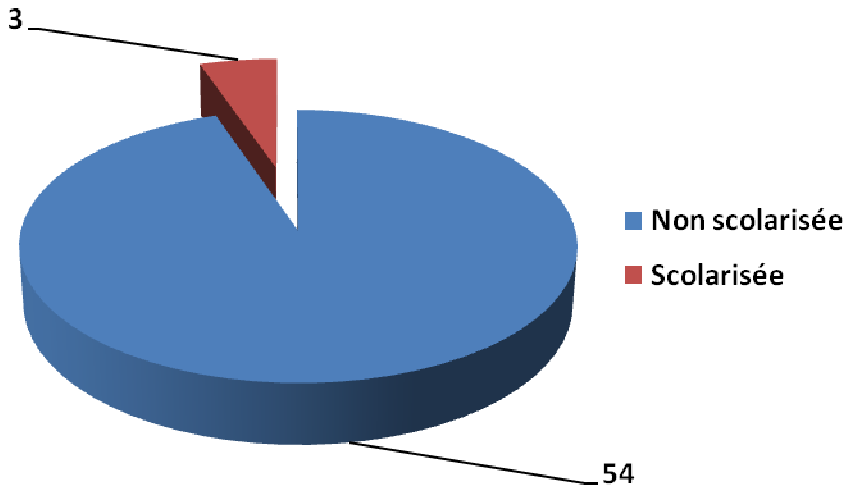


Figure 4: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

94,7% des patientes n'étaient pas scolarisées

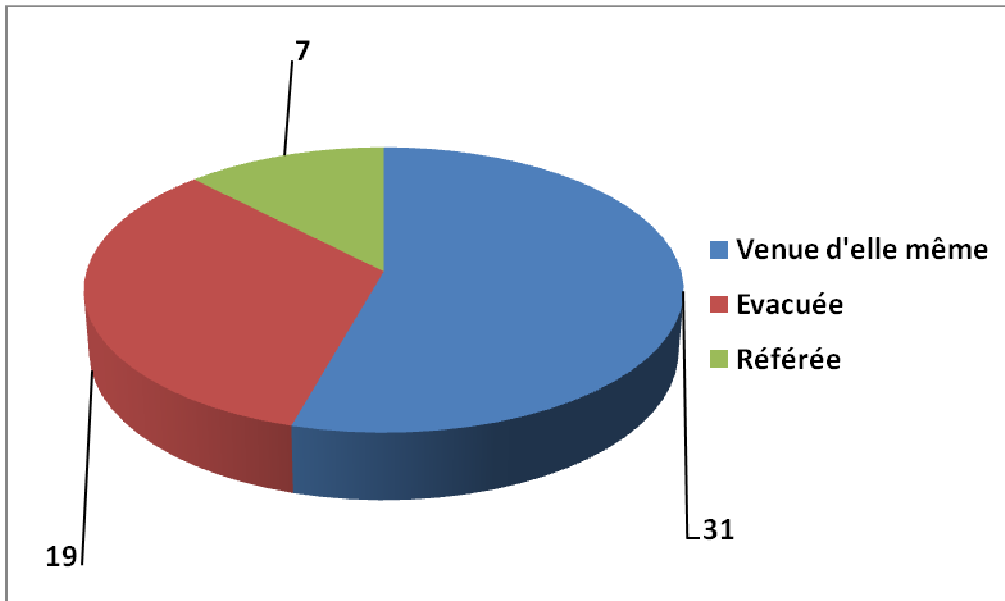


Figure 5: Répartition des patientes selon le mode d'admission

La majorité des patientes est venue d'elle-même soit une fréquence de 54,4%



Figure 6: Répartition des patientes selon la référence / évacuation

54,4% de nos patientes ont quitté le domicile

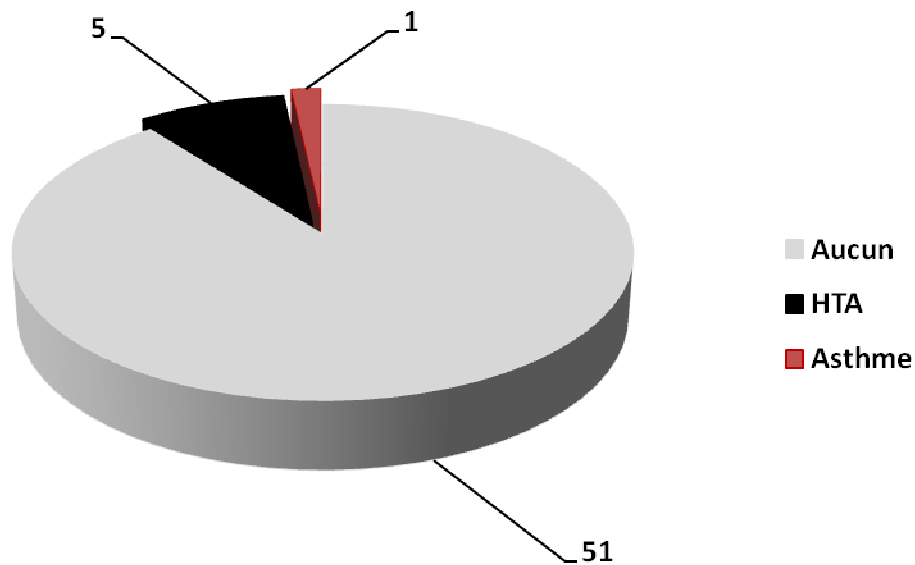


Figure 7: Répartition des patientes selon les ATCD Médicaux

L'hypertension artérielle était l'ATCD médical le plus présenté avec 8,8%

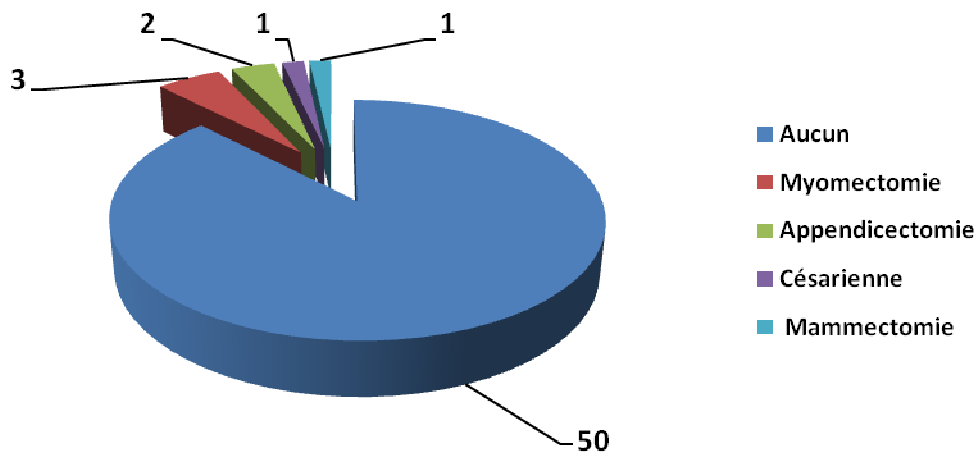


Figure 8: Répartition des patientes selon les ATCD Chirurgicaux

La myomectomie était l'ATCD chirurgical plus rencontré soit 5,3%

Tableau II

Répartition des patientes selon les ATCD d'avortement

Avortement	Effectifs	Fréquence%
Aucun	45	78,9
Avortement	12	21,1
Total	57	100

21,1% des patientes avaient un ATCD d'avortement

Tableau III

Répartition des patientes selon qu'elle soit ménopausée ou non

Ménopause	Effectifs	Fréquence%
Non	41	71,9
Oui	16	28,1
Total	57	100

71,9% des femmes qui ont subi une hystérectomie étaient des femmes en ménopause

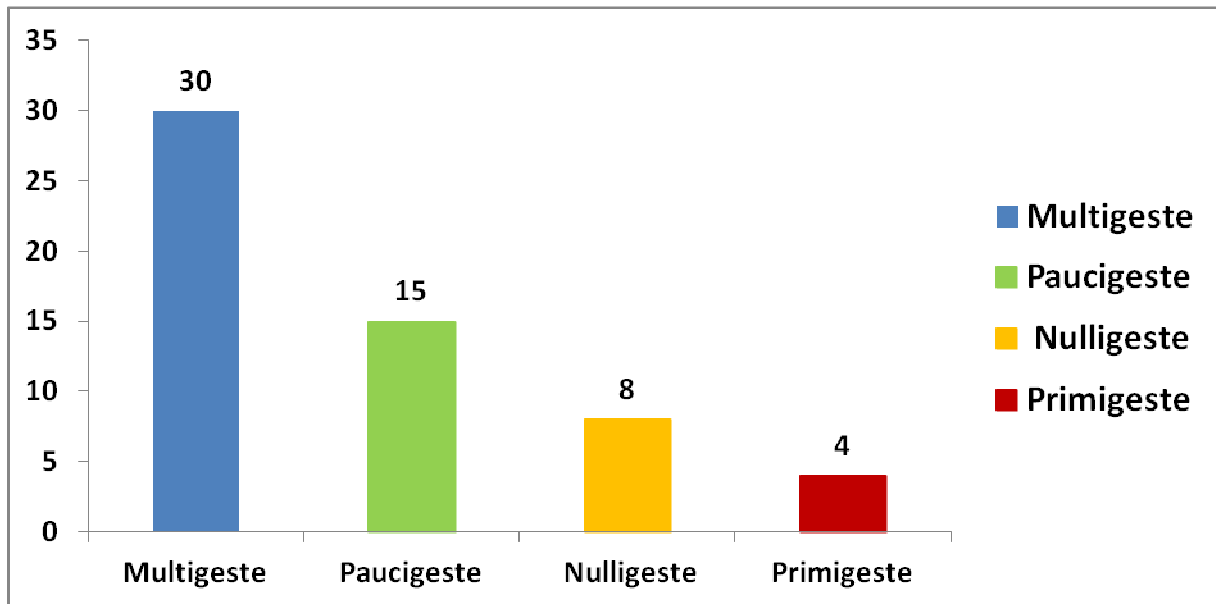


Figure 9: Répartition des patientes selon la gestité

52,6% des patientes étaient des multigestes

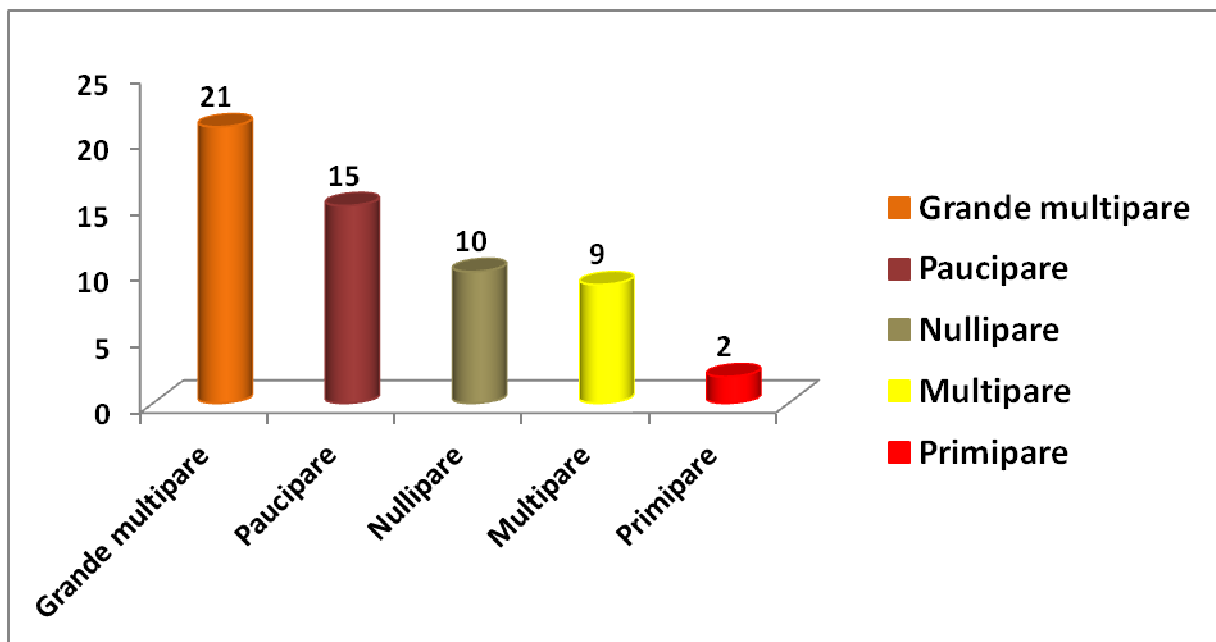


Figure 10 : Répartition des patientes selon la parité

36,8% des patientes étaient des grandes multipares

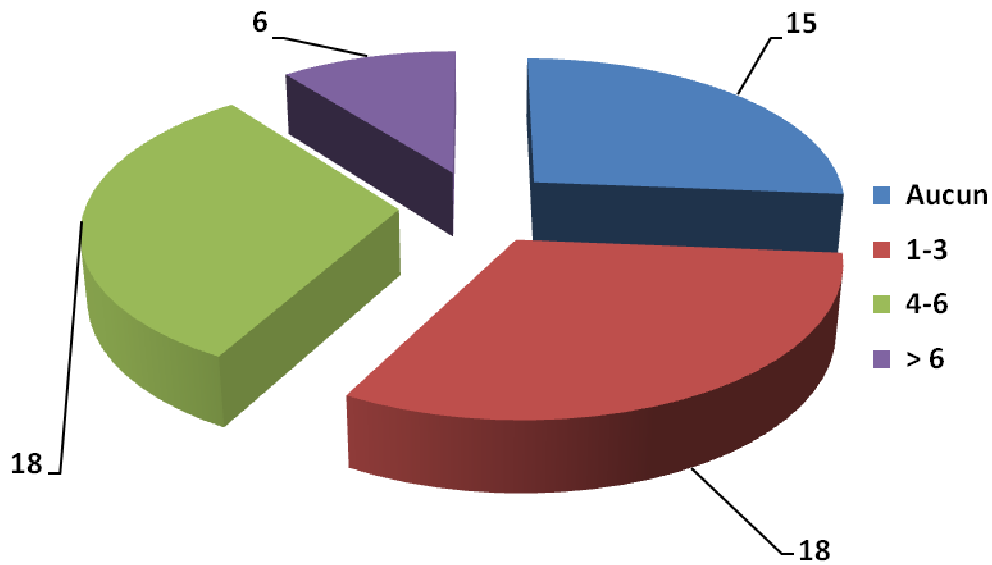


Figure 11: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant

26,4% des patientes n'avaient aucun enfant

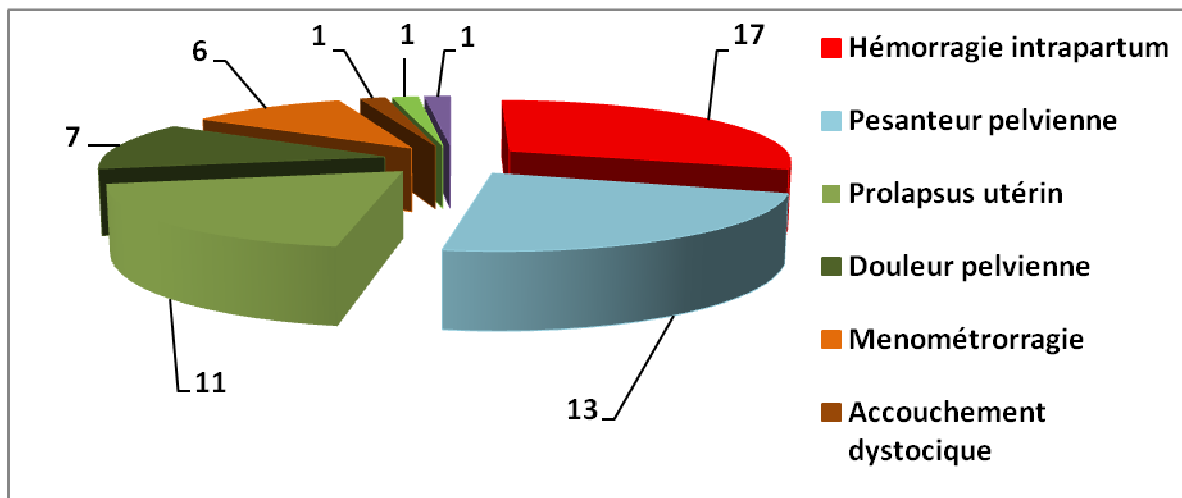


Figure12: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Hémorragie intrapartum était le motif de consultation le plus fréquent

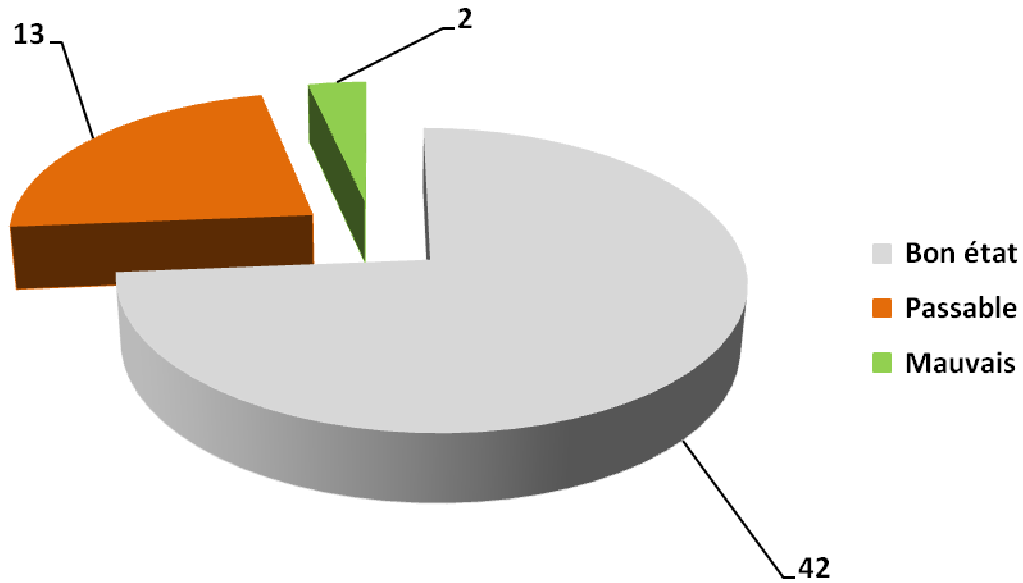


Figure 13: Répartition des patientes selon l'état général à l'admission

73,7% des patientes avaient un bon état à l'admission

Tableau IV

Répartition des patientes selon l'indication

Diagnostic	Effectifs	Fréquence%
Fibrome utérin	23	40,3
Rupture utérine	19	33,3
Prolapsus utérin	12	21
Menométrorragie rebelle	1	1,8
hémorragie de la délivrance	1	1,8
Néo du col	1	1,8
Total	57	100

Le fibrome utérin était l'indication la plus fréquente suivi de la rupture utérine, soient les fréquences respectives de 40,3% et 33,3%

Tableau V

Répartition des patientes selon le résultat de la NFS

NFS	Effectifs	Fréquence%
Hb <6	6	10,5
Hb 6-7	4	7
Hb > 7	47	82,5
Total	57	100

La majorité des patientes avait un taux d'hémoglobine >7g /l soit 82,5%

Tableau VI

Répartition des patientes selon le résultat dépistage du cancer du col utérin

Dépistage du cancer du col utérin	Effectifs	Fréquence%
Non fait	56	98,2
Positif	1	1,8
Total	57	100

Un cas de cancer de col a été dépisté soit 1,8%

Tableau VII

Répartition des patientes selon la réalisation de l'échographie pelvienne

Echo pelvienne	Effectifs	Fréquence%
Oui	32	56,1
Non	25	43,9
Total	57	100

56,1% des cas avaient fait l'échographie

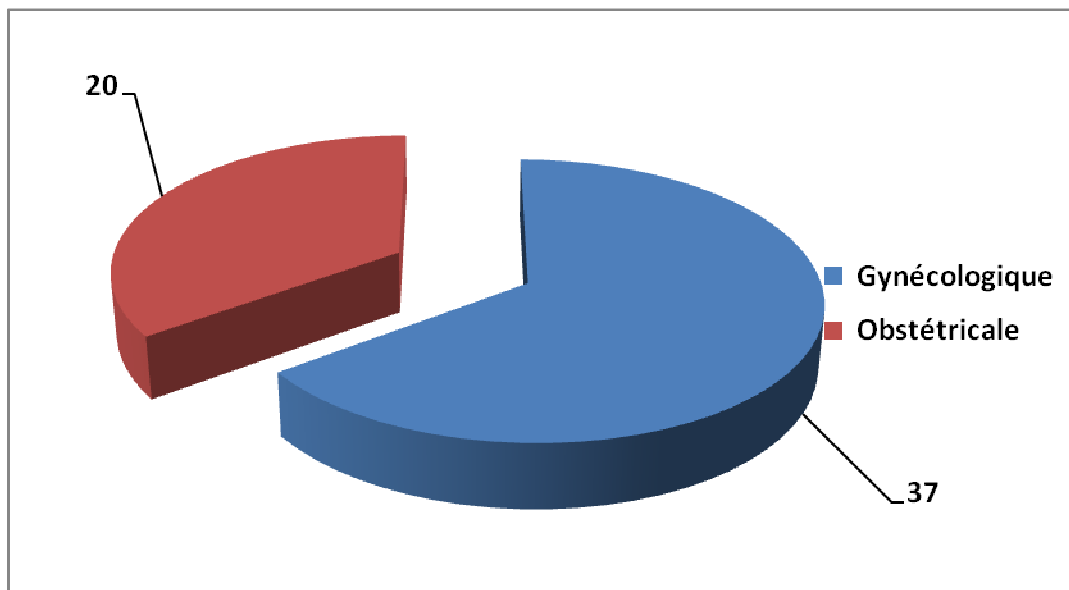


Figure 14: Répartition des patientes selon que l'hystérectomie soit obstétricale ou gynécologique.

La majorité des hystérectomies était gynécologique soit une fréquence de 71,9%

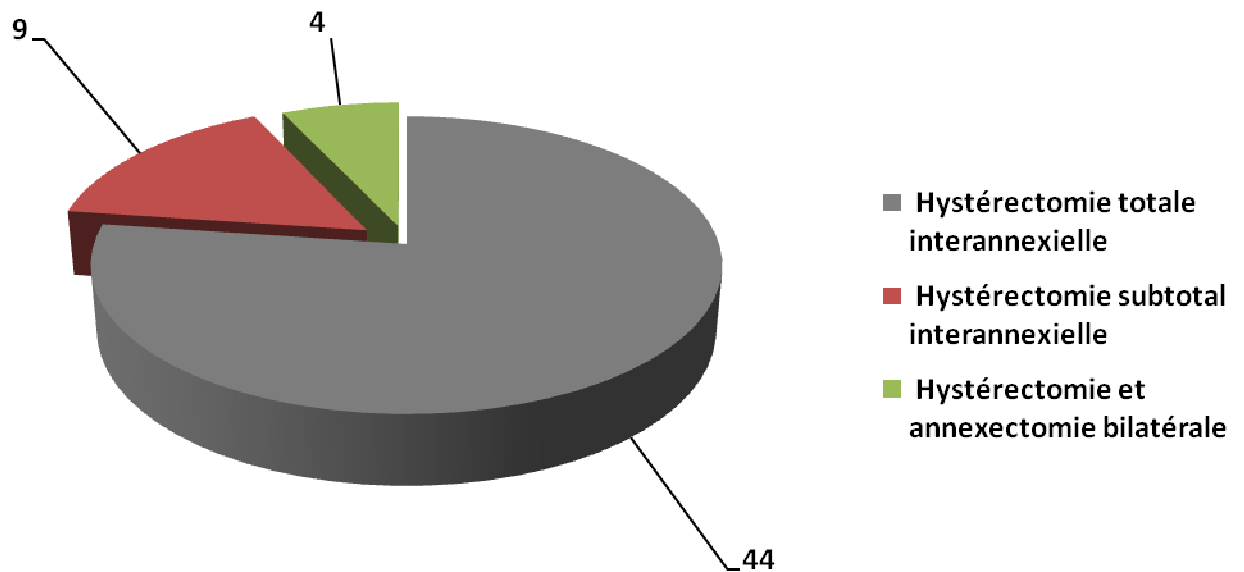


Figure 15: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie

77,2% des patientes ont subi une hystérectomie totale interannexielle

Tableau VIII

Répartition des patientes selon les Gestes associés

Gestes associés	Effectifs	Fréquence%
Aucun	54	94,7
TOP	3	5,3
Total	57	100

5,3% des patientes ont subi une TOP

Tableau IX

Répartition des patientes selon le type d'Anesthésie

Anesthésie	Effectifs	Fréquence%
Locorégionale	32	56,1
Générale	25	43,9
Total	57	100

56,1% des patientes ont subi une anesthésie locorégionale

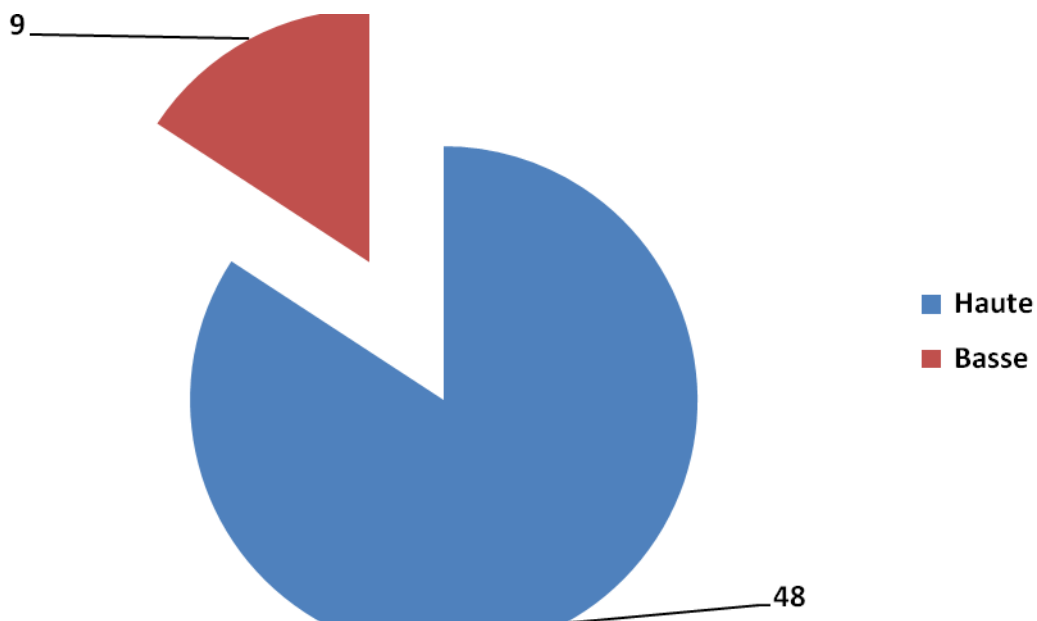


Figure 16: Répartition des patientes selon la voie d'abord

La voie haute était la plus pratiquée avec une fréquence de 84,2%

Tableau X

Répartition des patientes selon la concordance diagnostique

Diagnostic Peropératoire	Effectifs	Fréquence%
Idem	56	98,2
Autre	1	1,8
Total	57	100

Dans 98,2% le diagnostic peropératoire est idem de celui préopératoire

Tableau XI

Répartition des patientes selon la durée de l'intervention

Durée de l'intervention	Effectifs	Fréquence%
1h-2h	53	93
Non marquée	4	7
Total	57	100

La durée de l'intervention était comprise entre 2 heures chez 53 cas des patientes

Tableau XII

Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates

Suites immédiates	Effectifs	Fréquence%
Simple	55	96,5
Décédée	2	3,5
Total	57	100

La suite immédiate a été marquée par 2 cas de décès soit une fréquence de 3,5%

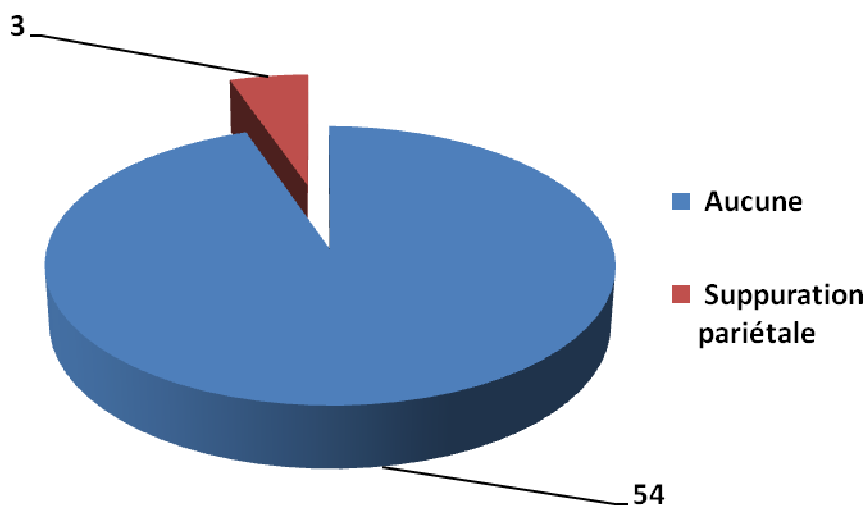


Figure 17: Répartition des patientes selon les complications secondaires

3 cas de suppuration ont enregistré soit une fréquence de 3,5%

Tableau XIII

Répartition des patientes selon l'utilisation des macromolécules

macromolécules	Effectifs	Fréquence%
Oui	35	61,4
Non	22	38,6
Total	57	100

61,4% des patientes avaient bénéficié de macromolécule

Tableau XIV

Répartition de patientes transfusées

Transfusion	Effectifs	Fréquence%
Oui	42	73,7
Non	15	26,3
Total	57	100

73,7% des patientes ont été transfusées

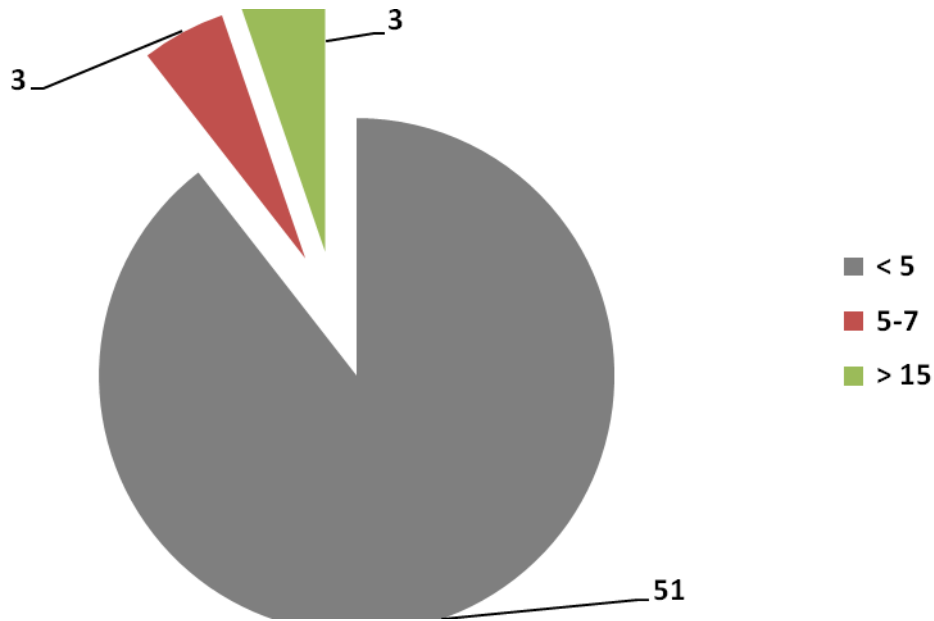


Figure 18: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation en jour

89,5 des patientes ont fait moins de 5 jours d'hospitalisation

Tableau XV

Répartition des patientes selon l'état à la sortie

Etat à la sortie	Effectifs	Fréquence
Bon	55	96,5
Décédé	2	3,5
Total	57	100

En dehors des 2 décès, la majorité des patientes avait un bon état à la sortie soit une fréquence de 96,5%

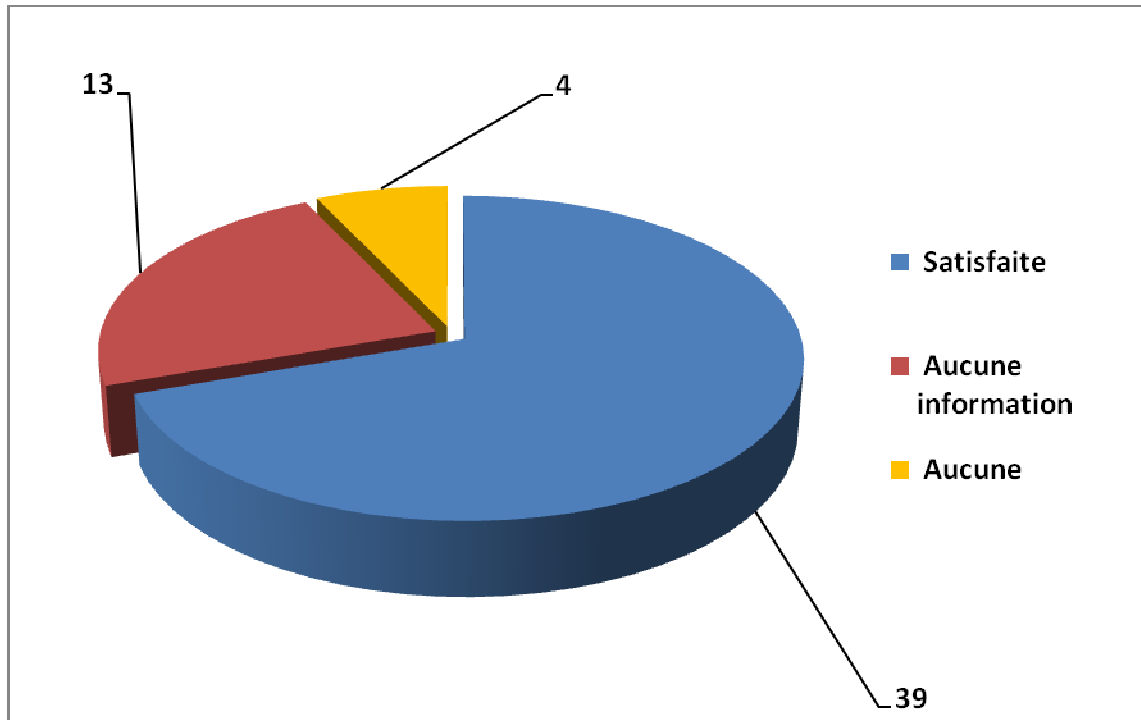


Figure 19: Répartition des patientes selon les répercussions sur l'état psychique

68,4% des patientes étaient satisfaites après l'hystérectomie

Tableau XVI

Répartition des patientes selon le vécu sexuel après l'hystérectomie

Vécu sexuel	Effectifs	Fréquence%
Satisfaite	41	71,9
Inconnu	16	28,1
Total	57	100

71,9% des patientes avaient un vécu sexuel satisfaisant

Tableau XVII

Répartition des patientes selon les causes de décès

Causes	Effectifs	Fréquence%
Choc septique	2	100
Total	2	100

100% des décès étaient liés à l'infection

VI-

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

Les résultats obtenus dans notre étude ont permis de faire les commentaires et discussion ci-après :

L'hystérectomie est une des activités chirurgicales la plus pratiquée à l'HSDM.

Au cours de la période d'étude, nous avons pratiqué 57 hystérectomies sur 522 interventions chirurgicales soit une fréquence de 9,16 % de l'ensemble des interventions chirurgicales dans le service.

L'hystérectomie est la seule solution alternative du praticien pour sauvegarder la vie de la patiente, singulièrement les hystérectomies d'urgence qui représentent une proportion non négligeable dans les pays en voie de développement.

Kouma A. et Niarga M. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 11,7% au Point G de 1990 à 1999 [8] et 1,33% en 2008 [12].

Cette différence pourrait être due à la durée d'étude et à la taille de l'échantillon.

Niarga M. [12] a étudié seulement les hystérectomies d'urgence sur une année, alors que Kouma A. a fait une étude portant sur une période de 10 ans. Dans leurs études l'échantillon d'étude était respectivement de 53 cas et 315 cas contre 57 cas pour la nôtre.

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre.

Elle est de 0,53% pour Muteganya et al. [4] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [6] au Sénégal, de 0,07% pour Sosthène Magi-Tsonga et al. au Gabon [4], est de 0,11% pour Ozumba et al. au Nigeria [23].

Notre taux d'hystérectomie d'urgence est nettement différent de ceux des autres pays africains ; 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. Cela

pourrait expliquer aussi la différence avec les pays de l'occident : Racinet et coll. [3], l'évaluent entre 0,013% et 0,72%.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

Age :

L'âge moyen est de 46,5 ans dans notre étude avec les extrêmes de 18 et 75 ans. Kouma A. [8] a trouvé 41,8 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 16 et 75 ans.

La tranche d'âge de 31 à 40 ans a été la plus touchée : 22 cas, soit 38,6%. Kouma A. [8] a trouvé un taux de 26,3%.

La tranche d'âge 31 à 40 ans correspond à la période de fécondité où le désir de grossesse est souvent exprimé.

Niveau socioprofessionnel :

Nous n'avons enregistré que 5 cas de célibataire soit 8,8%. 53 patientes étaient des ménagères soit 93%, 2 fonctionnaires et 2 commerçantes soit une fréquence de 3,5% chacun.

La parité :

Dans notre étude les grandes multipares représentaient 36,8% contre 37,8% chez Kouma A. [8]. Par contre Niarga M. [12] a trouvé une proportion élevée de multipare soit 44,20%. Nous avons trouvé 15,8% de nullipares. Ce taux est le double de celui de Kouma A. [8] : 8,2%. Cette différence serait liée au fait au niveau de référence.

Caractéristique de la référence :

Les patientes venues d'elles mêmes représentaient 54,4%, 22,8% avaient été évacuées, 22,8% référées.

Ce résultat montre que la majorité des hystérectomies est réalisée à froid surtout pour fibrome utérin et prolapsus génital.

Motif de consultation:

La métrorragie a été le principal motif de consultation soit 40,5%. Kouma A. [8] a trouvé un taux de 16,1%.

Antécédents chirurgicaux:

La majorité de nos patientes n'avait aucun ATACD soit 89,53%. Kouma A. [8] a pratiquement trouvé le même résultat soit 83,8%.

L'examen général:

Deux de nos patientes avaient un mauvais état général soit 3,5%. Par contre Niarga M. au Point G [12] a rapporté 35,8%. Cette discordance de fréquence pourrait non seulement être liée à la taille de l'échantillon mais aussi au niveau III de référence du Point-G recevant les cas compliqués.

Le diagnostic: Le fibrome utérin était la pathologie la plus représentée avec 40,3% soit 23 cas.

Dans l'étude de Niarga M. la rupture utérine représentait 30,2%.

Tous les cas de prolapsus étaient des multipares.

Traitement :

Traitement chirurgical : L'hystérectomie

Nous avons pratiqué 20 cas d'hystérectomies obstétricales, 37 cas d'hystérectomie gynécologique et 48 d'entre elles ont été effectuée par voie

abdominale contre 9 par voie basse. La voie haute était la plus utilisée cela serait lié au fait que le fibrome utérin et la rupture utérine représentaient les principales indications d'hystérectomie dans notre étude.

Toutes les hystérectomies dans cette étude ont été effectuées par les gynécologues et ont été réalisées après le consentement éclairé des couples dans les hystérectomies de principe.

Traitement médical :

42 de nos patientes ont été transfusées soit 73,7% par du sang total contre 84,9% chez Niarga M. [12]. Aucune patiente n'a reçu du PFC car non disponible à l'HSDM. Dans Certains cas les macromolécules ont été utilisées dans le protocole thérapeutique à défaut de sang ou en complément soit 61,4%. Aucune réaction au produit sanguin n'a été enregistrée.

Une antibiothérapie systématique per et post opératoire, un antalgique ont été administrés chez chaque cas. Les patientes à risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

Le type d'hystérectomie :

Les hystérectomies inter-annexielles représentaient 77,2%, les hystérectomies subtotaux 15,8%, les hystérectomies avec annexectomie bilatérales 7%. Aucun cas d'hystérectomie avec annexectomie unilatérale n'a été réalisé.

Chez Kouma A. 33,3% des patientes ont aussi subi d'hystérectomie inter-annexielle.

Dans l'étude de Niarga M. les hystérectomies inter-annexielles subtotaux étaient plus représentées (52,8%).

Cette technique 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.

Le type d'anesthésie :

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 56,1% et 43,9% sous anesthésie générale.

Tous les anesthésistes étaient des infirmiers d'état. Tous les opérateurs étaient des gynéco-obstétriciens dans notre étude.

Les suites opératoires immédiates:

La suite immédiate a été simple chez 55 patientes soit une fréquence de 96,5%. Nous déplorons deux cas de décès soit une fréquence de 3,5% et qui étaient des décès maternels liés à la rupture utérine.

Les complications secondaires étaient marquées par les infections de la plaie opératoire chez 3 cas soit une fréquence de 5,3%. Dans 94,7% les suites opératoires secondaires ont été simples.

Etat à la sortie :

Pendant la période d'étude nous avons enregistré un taux de décès maternel (3,5%) tandis que Niarga M. rapportait (20,8%) [12]. Chez Kouma A. le taux de décès maternel était (4,5 %) [8] proche du nôtre.

Répercussions psychologiques.

La majorité de nos patientes était satisfaite après l'hystérectomie soit une fréquence de 71,9%. Par contre 28,1% d'entre elles ne sont pas revenues pour le rendez-vous post opératoire. Un cas de désir d'enfant a été manifesté.

PRONOSTIC :

Dans notre étude 37 cas d'hystérectomie gynécologique ont eu une suite simple soit 71,9%.

Un cas de suppuration pariétale a été enregistré.

Par contre, 20 cas d'hystérectomie obstétricale soit 28,1% ont eu un pronostic plus sombre. Nous avons observé deux décès et deux suppurations pariétales.

Les 2 décès étaient liés à la rupture utérine, cela explique le meilleur pronostic des hystérectomies gynécologiques par rapport aux hystérectomies obstétricales.

Notre taux de décès est de (5,4%) largement en deçà de celui rapporté par Niarga M. (20,75%) [12].

Osfo [20], Diouf [6], Ferchiou et coll. [16], Muteganya [4] ont trouvé respectivement 29,8%, 20%, 12,5% et 11%.

Le taux de décès varie entre 0,8% et 16% dans la littérature [3-19].

Dans les hystérectomies obstétricales les nouveaux nés étaient des mort-nés. Ce taux très élevé de mortinaissance est dû au retard dans la prise en charge.

Le niveau éducationnel bas de la population a contribué à la survenue des ruptures utérines.

VII-CONCLUSION

ET

RECOMADATIONS

Conclusion

Durant la période d'étude 57 cas hystérectomie sur 522 interventions soit une fréquence de 9,16%. Les hystérectomies d'urgence posent souvent des problèmes d'ordre social, psychotique vu la suppression des menstrues, la stérilité iatrogène définitive qu'elles entraînent. Elles seraient en partie la cause d'instabilité du couple. Les indications liées aux ruptures utérines sont rares voire exceptionnelles dans les pays développés mais restent d'actualité dans les pays en développement et au Mali en particulier.

Dans les hystérectomies de principe le consentement éclairé du couple ou des parents a été obtenu avant l'acte chirurgical. Elle a représenté 64,9% dans notre étude.

Recommandation

A l'échéance de cette étude, nous avons formulé les recommandations ci dessous:

Aux personnels de santé:

- Education, information des populations à fin de mieux fréquenter les centres de santé pour le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses;
- Faire le dépistage des lésions précancéreuses et leur prise en charge correcte, et traiter les cervicites pouvant évoluer vers les dysplasies cervicales;
- Faire l'antibioprophylaxie afin de réduire le risque infectieux des patientes ayant subi une hystérectomie;
- Rendre le sang disponible pour minimiser la morbidité et mortalité liées à l'anémie;

-Surveiller correctement le travail d'accouchement avec un partographe

Aux Autorités :

-Doter les districts sanitaires de médecins pouvant réaliser correctement la césarienne et l'hystérectomie;

-Faire du désenclavement des zones inondées de la région de Mopti une priorité nationale;

-Mettre à la disposition des districts sanitaires de la région de Mopti un nombre suffisant de sage femme et d'infirmières obstétriciennes afin que tous les accouchements soient assistés par du personnel qualifié, ce qui permet de prévenir un grand nombre de rupture utérine.

Aux populations

Consultation prénatale régulière et l'accouchement dans les structures sanitaires car beaucoup de nos hystérectomies obstétricales ont fait leur travail d'accouchement à domicile.

VIII-

REFERENCES

- 1 Cissé C.T., Faye E.O., L. Debernis, F. Diadhiou.** Rupture utérine au Sénégal, Epidémiologie et qualité de la prise en charge .Med. trop.2002; 62 :619-622
- 2 Lansac J., G. Body, G. Magnin.** La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; PARIS 1998. Page 23 à 48; 227 à 242.
- 3 Racinet C., Berthet J., Henry YS., Allouch JM.** Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl Méd Chir Tech Chir Urologie-Gynécologie 41905 1991 ; 10 p
- 4 Mayi-Tsonga S., Pither S.** Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier de Libreville, BP 2758 Libreville, Gabon, L'hystérectomie obstétricale d'urgence À propos de 58 cas au Centre hospitalier de Libreville.
- 5 Muteganya D., Sindayirwana JB., Ntandikiye C., Ntunda B., Rufyikiri Th.** Les hystérectomies Obstétricales au CHU de Kamenge. Une Série de 36 cas. Med AF Noire 1998; 45: 11-4.
- 6 Diouf A. et coll.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence, Contraception fertilité, sexualité 1998. 26 (2) 167-172
- 7 Diakité M.** Les Hystérectomies au service de Gynéco-obstétrique à l'hôpital régional F. DAOU de Kayes A propos de 37 cas
- 8 Diarra O.** Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétriques de l'hôpital du Point-G.Thèse Med. Bamako 2000 n ° 177, 81P.

- 9 Kouma A.** les hystérectomies dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital National du Point- G à propos de 315 cas. Thèse Med. Bamako 2000.n ° 98,84p.
- 10 Kamina P.** Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique: Eds Maloine, Paris, 2000, 326p
- 11 Langer R.D., Pierce JJ., O'hanlan KA., Johnson SR.** Transvaginal ultrasonography compared with endometrial disease. Postmenopausal estrogen/ Progestin interventions.
- 12 Keiti Num S. et coll.** Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère Paris 25 Mars 1994, colloque National.
- 13 Keita M. N.** les hystérectomies d'urgence au service de gynéco-obstétrique au CHU du Point G à propos de 53 cas. Thèse Med. Bamako 2009.n° 15-80.
- 14 Villet R. et Salet L.** Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes) Encycl.Méd chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie 41.600.1995, 16P. Paris : SIMEP ; 1994
- 15 Drabo A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant pronostic materno foetal et mesures prophylactiques. A Propos de 25 casThèse Med. Bamako 2000 n° 17. 132P
- 16 DEZH F.** Hémorragies graves en obstétrique : 35ème congrès National D'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation Paris Masson 1993 : 511-529
- 17 Ferchiou M. et coll.** L'éclampsie, une urgence obstétricale toujours d'actualitéMaghreb médical 1995.
- 18 Kamina P.** Dictionnaire d'anatomie (ATLAS) P-Z
- 19 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.

- 20 Stanco L. M., Shimmer DB., Paul RH., Michel DR.** Emergency péripartum hysterectomy and associated Risk factors. Amr S Obstet Gynécol. 1996; 168: 879-83.
- 21 Osefo J.** Caesarean and postpartum hysterectomy in Enugn, 1973-1986. In J Gynécol. Obst 1989; 30: 93-7
- 22 Barclay D.L.** caesarean hysterectomy at the charity hospital in New Orleans. Clin obstet gynecol 1969, 12: 635-651
- 23 Ozumba BC., Mbagwu MD.** Emergency obstetric hysterectomy in Eastern Nigeria. Int Surg 1991 ; 76 : 109-11
- 24 Merger R. et Coll.** Précis d'obstétriques 6 éditions Masson Paris 1995
- 25 Keita S. I.** L'hystérectomie dans le service de gynecologie obstétrique du CSRef de la CV du District de Bamako à propos de 150 cas, de 2004 à 2008
- 26 Lansac J., Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien, 4^{ème} Edition. Mars 1994, page 14 à 56.
- 27 Lansac J., Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien 3^{ème} Edition. Novembre 1988, page 13 à 42.
- 28 Akotionga M. et Coll.** Les ruptures utérines à la maternité CHN-YO aspect épidémiologique et clinique.) Med. D'Afrique Noire 1998.45 (8-9) 508-51.
- 29 Bayo A.** Les ruptures utérines à propos de 58 cas récentes à l'Hôpital GabrieTouré. Thèse Med. Bamako 1991 n °4
- 30 Bloc M.** Hystérectomies après césarienne: contribution a l'établissement d'un score infectieux. Thèse, Abidjan, 1980,423p. Thèse Med. Abidjan 1986 n ° 714.151P.

- 31 . Dembélé B.T.** Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas. Thèse de Med. Bamako 2002. 87 P n° 28 **33**
- 32 Diallo A.O.** Contribution a l'étude des hémorragies de la délivrance l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Med. Bamako 1990. n° 38
- 33 Dicko S.** Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes. A propos de 160 cas. Thèse Med. Bamako 2001, n° 101. 65P.
- 34 Dolo A., Keita B., Diabaté F.S., Maiga B.** Les ruptures utérines au cours du travail à propos de 21 cas observés au service de gynéco obstétrique de l'hôpital National du Point-G. Med D'Afrique Noire 1991 ; 38(2)= 133-
- 35 Kosary CL., Reis LAG, Miller BA, Hankey BF., Harras A., Edwards UK.** SEER cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs, Md: National Cancer Institut. 1995; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789)
- 36 Merger R., Levy Z., Melchior S.** Intervention par voie haute: Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979-618-27

IX- ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : GUIROU

Prénom: Abdramane

Titre de thèse : Les Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital régional de Mopti à propos de 57 cas.

Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Tel. : 66 62 21 36

Email : guirouabdramane@yahoo.fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011 dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Cette étude avait pour objectif:

Etudier les aspects épidémio-cliniques, pronostic et psychique de l'hystérectomie dans le service de gynéco-obstétrique à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Au terme de cette étude 57 cas d'hystérectomie ont été enregistrés sur 522 interventions chirurgicales, soit une fréquence de **9,16%**.

La tranche d'âge **31-40** ans soit **38,6%** a été la plus représentée.

Les âges extrêmes étaient 18 ans et 75 ans avec l'âge moyen à 46,5ans.

Le diagnostic le plus fréquent était le fibrome utérin avec 40,3% soit 23 cas suivi de la rupture utérine avec 33,4% soit 19 cas.

La majorité des hystérectomisées était en âge d'activité génitale soit 71,9%.

Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 36,8%.

Il ya eu deux cas de décès soit 3,5%, tous liés à la rupture utérine.

Sur les 57 hystérectomies, 15 cas n'avaient pas d'enfant soit 26,3%.

Comme complications secondaires, nous avons constaté trois cas de suppuration pariétale.

Un cas de désir d'enfant a été manifesté après l'hystérectomie.

Les hystérectomies, surtout celles d'urgence représentent une proportion non négligeable dans notre étude et le pronostic a été plus sombre par rapport aux hystérectomies de principe

.

Mots clés : Hystérectomie, indications Pronostic, psychiques.

FICHE D'ENQUETE

N° d'ordre.....

Caractéristique sociodémographique

Q1 Nom et Prénom

Q2 Age /____/

1. < 20 ans 2.30-40 ans 3.20-40 ans 4.40-50 ans 5. >50 ans

Q3 Ethnie /____/

1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Sénoufo 5. Kassonké 6.Maure 7.
Sarakolé 8. Dogon 9. Sonrhäï 10.Autres

Q4 Statut matrimonial:/____/

1. Mariée polygame 2. Mariée monogame 3. Célibataire. 4. Veuves

Q5 Profession /____/

1. Ménagère 2. Commerçante 3. Elève/Etudiante 4. Fonctionnaire 5.
Autres

Q6 Niveau d'instruction : /____/

1. Scolarisée 2. Non scolarisée

Q7 Provenance /____/

1. Urbain 2.rural

Etude clinique :

Q8 Mode d'admission /____/

1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Evacuée

Q9 Si référée ou évacuée provenance /_____/

1. CSCOM. 2 CSRef 3 Structure privée

Q10 Motif de consultation /_____/

1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital

4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie intrapartum 6. Hémorragie post partum immédiat 7. Saignements post-coïtaux 8. Autres

Q11 Antécédents médicaux /_____/

1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Asthme 5. Autre 6. Aucun

Q12 Les antécédents chirurgicaux : /_____/

1. GEU 2. Kystectomie 3. Appendicectomie 4. Césarienne 5. Myomectomie
6. Autres 7. Aucun

Q13 Les antécédents obstétricaux :

a-Gestité /_____/

1. Nulligeste 2. Primigeste 3 pauci-geste 4. Multi geste

b- La parité : /_____/

1. Nullipare 2. Primipare 3. Pauci pare 4. Multipare 5. Grande multipare

c- Nombre d'enfants vivants : /_____/

1. 1 Enfant vivant 2. 2 Enfants vivants 3. 3 Enfants vivants 4. 4 à 6 Enfants vivants

5. Plus de 6 enfants vivants 6. Aucun

Q14 Est-elle ménopausée ? /_____/

1. Oui 2. Non

Q15 Depuis combien de temps la patiente est-elle ménopausée ?/_____/

Q16 Examen général /_____/

1. Bon état général 2. état général passable 3. Mauvais état général

Q17 Le Diagnostic : /_____/

1. Rupture utérine 2. Fibromes utérins 3. Prolapsus utérins
4. Meno-métrorragies rebelles 5. Placenta accreta 6. HRP 7. Tumeur de l'ovaire
8. Autres

C - Les examens complémentaires

a) La biologie :

Q18 La NFS /_____/

1. Taux d'Hb ≤ 5 g/dl 2. Taux d'Hb 7g/dl 3. Taux d'Hb 8g/dl 4. Taux d'hb entre 9-12g/dl

Q20 VS /_____/

1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q21 Glycémie /_____/

- 1 Normale Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q22 Groupe Sanguin rhésus /_____/

Q23 TCK /_____/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q24 TS /_____/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q25 Azotémie / _____/

1. Normal 2. Elevée 4.Non fait

Q26 Test de dépistage du cancer du col / _____/

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q27 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie / _____/

1. Cancer in situ 2. Invasif 3. Non fait

b) Imagerie

Q28 Echographie pelvienne/ _____/

1. Oui 2 .Non

Q29 Hystérosalpingographie/ _____/

1. Oui 2. Non

Q30 Radiographie du thorax

1. Oui 2.Non

Q31 Consultation pré anesthésique / _____/

1. Oui 2. Non

Traitement : Hystérectomie

I –traitement chirurgical :

Q32 Hystérectomie / _____/

1. Obstétrical 2.Gynécologique

Q33 Type d'hystérectomie / _____/

1. Hystérectomie totale inter annexielle
2 Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale
3 Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale

- 4 Hystérectomie subtotale inter annexielle
- 5 Hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale
- 6 Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale

Q34 Gestes secondaires/_____/

- 1. Appendicectomie 2. Périnéorrhaphie 3. Aucun

Q35 Qualification de l'opérateur /_____/

- 1. Gynéco obstétricien 2. Chirurgien

Q36 Anesthésie /_____/

- 1. Loco régionale 2. Générale 3. AG +ALR

Q37 Voie utilisé /_____/

- 1. Abdominale 2. Vaginale 3. Mixte

Q38 Diagnostic per- opératoire /_____/

- 1. Idem 2. Autres

Q39 Complications immédiates /_____/

- 1. Lésion vésicale 2. Lésion digestive 3. Lésion Urétérale 4. Hémorragie
- 5. Anesthésique 6. Choc anaphylactique au sang 7. Aucun

Q40 Complications secondaires /_____/

- 1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite 4. Eventration
- 5. Anémie 6. Septicémie 7. Autres 8. Aucun

Q41 Complications tardives/_____/

- 1. Dyspareunie 2. Algie pelvienne chronique 3. Autres 4. Aucun

Q42 Durée de l'intervention /_____/

Traitement Médical

Q43 Macromolécules /_____/

1. Oui 2. Non

Q44 Transfusion /_____/

1. Oui 2. Non

Q45 PFC /_____/

1. Oui 2. Non

Q46 Antibio prophylaxie per opératoire /_____/

1 Oui 2. Non

Q47 Antibio prophylaxie postopératoire /_____/

1 Oui 2. Non

Q48 Si Oui Durée /_____/

Q49 Autre traitement reçu à préciser : -----

Q50 Durée d'hospitalisation /_____/

1. <à 4 jours 2. 5 à 7 jours 3. 8 à 15 jours 4. > à 15 jours

Q51 Etat à la sortie /_____/

1. Bon 2 Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée

Q52 Répercussion psychologique /_____/

1. Satisfaite 2. Désire de grossesse 3. Inconfort 4. Aucun

Q53 Vécu sexuel /_____/

1. Satisfaite 2. Répercussion sur la vie sexuelle 3. inconnu

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je jure, au nom de l'**Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !