

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



**Université des Sciences  
des Techniques et des Technologies  
de Bamako**

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



**Faculté de Médecine  
et d'Odonto-Stomatologie**

**FMOS**

Année universitaire 2021-2022

**THEME**

Thèse N° : ..... /

# **HYSTERECTOMIES DANS LE SERVICE GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL DE SIKASSO**

Présenté et Soutenu publiquement le 09/ 06/2022

devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Sékou MALLE**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président : Pr. Bakary Tientigui DEMBELE**

**Membre : Dr. Amadou BOCOUM**

**Co-Directeur : Dr. Soumaïla Alama TRAORE**

**Directeur : Pr. Youssouf TRAORE**

# DEDICACES ET REMMERCIEMENTS

Au nom d'**ALLAH**, le Tout Puissant ; le Miséricordieux, le Très Miséricordieux, l'Omnipotent.

Je rends grâce au Seigneur, Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici-bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du destin, de nous avoir donné une longue vie pleine de succès, de santé, de prospérité et de nous guider sur le bon chemin. **AMEN**

- **Au nom du Prophète Mohammed** (Paix et Bénédiction sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent.), le plus sage des êtres.

### **DEDICACES**

Je dédie ce travail :

- **A mon père : Tahirou MALLE** à qui je dois ce que je suis et ce que je serai. Tu as toujours été là pour mes sœurs, mes frères et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu as un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions m'ont toujours accompagné, ainsi que tes soutiens moral, affectif et matériel. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et que tu feras encore pour nous. Sache papa que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Au nom de tous mes frères et sœurs, je te dis encore merci, merci pour tout.

Papa, qu'ALLAH te bénisse et te garde aussi longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits murs dont tu as tant souffert pour l'entretien. Que le Paradis soit ton dernier refuge.

- **A ma mère Feue Mariam KEITA, femme noire, femme africaine.** Aucun mot voire qualificatif ne pourra exprimer mes sentiments envers toi.

Maman, ce travail est le fruit de ton endurance. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours soutenus, rassurés et réconfortés. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que vous souhaitiez incha Allah. Et surtout pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causée. Tu es notre fierté de tout le temps.

Je serai plus heureux de présenter ce travail à ta présence mais Dieu en a voulu autrement, dormez en paix que la terre te soit légère maman et qu'ALLAH t'accueille dans son paradis firdaws. Amen

- **A ma mère Salimata KONE**, merci pour tes soutiens et tes bénédictions. Longue vie à toi.

- **A mes frères et sœurs : Lassina MALLE, Drissa MALLE, Bourama TRAORE, Dramane MALLE, Nouhoum MALLE, Adama MALLE, Korotoum MALLE, Abibatou MALLE, Bintou MALLE, Awa MALLE surtout Aicha MALLE ...** Courageux, très compréhensifs, c'est une fierté de vous avoir à mes cotes car vous êtes tout simplement formidables. Puisse ALLAH vous donner tout le bonheur possible, Qu'il exauce tous vos vœux. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN.

- **A mon Tonton Kalilou MALLE et sa femme Kadiatou MARICO :** Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis le lycée jusqu'à la réalisation de cette thèse. J'en serai toujours reconnaissant, que la Grace du Seigneur vous accompagne, qu'il resserre nos liens de fraternité. AMEN

- **A mon logeur Tiassé TRAORE et sa femme Oumou KONARE :** Il serait ingrat de méconnaître tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonté, générosité, souci de la réussite, esprit de compassion durant tant d'années au Point G m'ont permis de réaliser aisément ce travail. Que Dieu vous prête longue vie.

**- A ma chère épouse, la future maman de mes enfants : *Diaratou KANE***

Merci pour ton amour, ta gentillesse, ta générosité, ton accompagnement (physique, financier et psychologique). Merci pour tout ce que tu as fait et continues de faire pour moi. Femme courageuse, dévouée, croyante et respectueuse. C'est le lieu aujourd'hui pour moi de te témoigner la bonne éducation reçue de tes parents. Tu m'exprimes confiance et amour. Je suis persuadé que tu seras pour moi l'épouse dont j'ai tant rêvé d'avoir. Que DIEU nous donne la chance d'être unis pour toujours ; qu'il nous donne longue vie couronnée de bonheur, de santé avec de beaux enfants bénis. Amen

**- A mon ami : Dr Moussa DIABATE**

Sache que tu as un grand cœur, sympathique et toujours disponible pour aider les autres. Que DIEU te récompense de la meilleure manière avec ta belle épouse souriante **Awa TOGOLA**.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus cordiaux et sincères :

- **Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maitres de la FMOS et FAPH de Bamako**, trouvez dans ce travail cher Maitres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié. Trouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

- **A tout le personnel de l'ASACOBABA et du CSCOM de DOMBILA**, merci à tous.

- **A mon DTC du CSCOM de DOMBILA M. Fadio KONARE**, merci de m'avoir appris la base de la médecine et la manière d'accueillir les patients. J'en suis et serai reconnaissant.

- **Aux Gynécologues-obstétriciens : Dr COULIBALY Moussa, Dr Oumou TOURE, Dr CISSE Amara**, c'était un privilège de travailler avec vous, merci de nous avoir transmis votre connaissance, recevez ma profonde gratitude. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

- **Aux médecins généralistes bénévoles : Dr DIARRA Elisabeth, Dr DIARRA Bakary**, veuillez recevoir chers maitres ma profonde gratitude pour votre disponibilité et votre dévouement pour notre encadrement.

- **A mes aînés de l'AESARDS : Dr Mory COULIBALI, Dr Daouda SANGARE, Dr Mahamadou BAMBA, Dr Issa FOMBA, Dr Soumaila COUMARE, Dr Seydou SANGARE et Dr Hamidou L DEMBELE**, merci tous pour vos conseils, vos disponibilités et vos contributions...

- **A mes aînés du service : Dr DIARRA Bakary, Dr DIALLO Amadou et Dr Aissata Adja GUINDO**, grâce à vous mon intégration a été facile dans le service.

- **A tous mes camarades : Ismaël T DIARRA, Sissouro SOGOBA, Bréhima SANGARE, Dr Mouminy DIARRA, Dr Maliki SAMAKE, Dr Djamayiri SAMAKE, Lassine TOGOLA, Abdou SAMAKE, Bakara SIBY** : merci

pour tous et soyez courageux, compréhensibles, disponibles. La vie n'est pas facile. Que DIEU vous garde et exauce vos vœux. Amen

- **A tous mes collègues internes et cadets du service de gynéco-obstétrique : Younoussa DIABATE, Lassina COULIBALY, Oumar SANOGO, Sarata DIAKITE, merci** pour la confiance, les échanges de connaissance. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

- **Aux sages-femmes du service : Aïssata BAH, Fatoumata CAMARA, Aichatou BALLO, Fatoumata KANE, Raïssa THERA, Meba OUELEGUEM, Mariam BADA, Fatoumata KONE, Anchata BERTHE, Adiaratou BALLO, Oumou DOUMBIA, Mariam DIALLO, Bissa DIARRA, Ramata KEÏTA, Mariétou DEMBELE, Saoudatou TANGARA, Bintou DIARRA, Safiatou TRAORE, Safoura SANOGO Fatoumata z DICKO,** merci à vous pour toutes les considérations et soutiens tout au long de l'élaboration de ce travail.

- **Aux infirmières obstétriciennes et stagiaires du service : Oumou DAOU, Bintou KONE, Rokia DOUMBIA, M'Bamakan KEÏTA, Djariata BENGALY, Fanta SANOGO, Wassa TRAORE, Salimata Toumani COULIBALY,** merci à vous pour la bonne collaboration et pour votre humanisme durant l'élaboration de ce travail.

- **A toute la onzième promotion du numéris clausus (promotion feu Pr Gangaly DIALLO) ainsi que les étudiants de la FMOS :** 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 tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit à l'élaboration de ce modeste travail.**

- **A toute personne** qui utilisera un jour ce document pour ses recherches, qu'il l'apporte ce dont il a besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**



## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Bakary Tientigui DEMBELE**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE**
- **Chargé de cours à l'institut national de formation science de la santé**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- **Membre de la société africaine de chirurgie.**

#### **Cher Maître,**

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Votre sympathie, votre disponibilité surtout votre abord facile font de vous un grand Maître admiré par tout le monde.*

*Permettez-nous ici de vous réitérer nos sincères reconnaissances. Qu'Allah vous accorde une longue vie.*

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Docteur Amadou BOCOUM**

- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE,**
- **Titulaire d'un diplôme inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de coelioscopie en gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'université paris Descartes**
- **Secrétaire général adjoint de la SO.MA. G.O.**

### **Cher Maître,**

*Vos qualités d'encadreur nous ont laissé sans mot. Durant la réalisation de ce travail, votre simplicité, votre courtoisie, votre amour pour le travail bien fait nous ont profondément marqués.*

*Gardez ici cher Maître, notre admiration sans condition.*

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Soumaïla Alama TRAORE**

- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Sikasso**
- **Secrétaire général de la SO.MA. GO-Sikasso**
- **Secrétaire général du CROM-Sikasso**
- **Membre de la Société africaine de gynécologie obstétrique (SAGO)-  
Sikasso**
- **Chargé de recherche au ministère de l'enseignement supérieur et de  
la recherche scientifique**
- **Président de la commission médicale de l'hôpital de Sikasso**

**Cher Maître,**

*Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.*

*Nous avons beaucoup apprécié votre attachement au travail bien fait, au respect de la déontologie et surtout ce sentiment d'amélioration de la qualité du travail au sein du service qui vous anime.*

*C'est le lieu et le moment pour nous de vous témoigner notre profonde gratitude.*

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Youssouf TRAORE**

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine d'Odonto-Stomatologie,**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au MALI,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire de Méthodologie de Recherche Clinique Bordeaux II**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique,**
- **Vice-Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali,**
- **Enseignant-chercheur.**

### **Cher Maître,**

*C'est un immense honneur pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse.*

*Vous êtes une référence en matière de rigueur scientifique. Votre immense expérience, vos qualités pédagogiques, votre accueil toujours courtois et affectif font de vous un Maître respecté et admirable.*

*Recevez ici cher Maître, nos sincères considérations.*

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

WPKFATVITOM2

## **SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

<b>AG</b>	= Anesthésie générale
<b>AINS</b>	= Anti-inflammatoire non stéroïdien
<b>ALR</b>	= Anesthésie loco-régionale
<b>ATCD</b>	= Antécédent
<b>Cm</b>	= Centimètre
<b>CSCom</b>	= Centre de santé communautaire
<b>CROM</b>	= Conseil régional de l'ordre des médecins
<b>CSRef</b>	= Centre de santé de référence
<b>DLG</b>	= Décubitus latéral gauche
<b>FMOS</b>	= Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie
<b>FSH</b>	= Folliculine stimuline hormone
<b>GEU</b>	= Grossesse extra-utérine
<b>HBPM</b>	= Héparine de bas poids moléculaire
<b>HRP</b>	= Hématome rétro placentaire
<b>HTA</b>	= Hypertension artérielle
<b>Km<sup>2</sup></b>	= Kilomètre carré
<b>Mm</b>	= Millimètre
<b>Mm hg</b>	= Millimètre de mercure
<b>N.F. S</b>	= Numération formule sanguine.
<b>SOCHIMA</b>	= Société de chirurgie du Mali
<b>SOMAGO</b>	= Société malienne de gynécologie obstétrique
<b>T.C. K</b>	= Temps céphalin kaolin
<b>T.O. P</b>	= Triple opération périnéale.
<b>T. S</b>	= Temps de saignement

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Répartition des patientes selon les tranches d'âge .....	44
Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	46
Tableau III: Répartition des patientes selon le motif de consultation .....	47
Tableau IV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	47
Tableau V: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants .....	49
Tableau VI: Répartition des patientes selon les résultats du test de dépistage du cancer du col de l'utérus (IVA/IVL).....	50
Tableau VII: Répartition des patientes selon les résultats de l'anatomie pathologie de la biopsie du col utérin .....	50
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu .....	51
Tableau IX: Répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie.....	51
Tableau X: Répartition des patientes selon la transfusion.....	54
Tableau XI : Répartition selon les traitements médicamenteux reçus.....	54
Tableau XII: Répartition des patientes selon les complications per-opératoires	55
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les complications post opératoires .....	55
Tableau XIV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	56
Tableau XV: Relation entre le type d'hystérectomies et les complications per-opératoires .....	57
Tableau XVI: Relation entre le type d'hystérectomies et les complications post-opératoires .....	58
Tableau XVII: Relation entre la voie d'abord et les complications per-opératoires .....	58
Tableau XVIII: Relation entre la voie d'abord et les complications post-opératoires .....	59

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Schéma des organes génitaux internes rappel anatomique .....	9
Figure 2: Vascularisation de l'utérus .....	18
Figure 3: Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles.....	22
Figure 4: Ouverture du ligament large.....	24
Figure 5: a : incision du péritoine postérieur, b : dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large, c : vue opératoire montrant le dégagement du pédicule utérin. ....	24
Figure 6: Technique d'hystérectomie par voie vaginale, table opératoire et l'installation de la patiente sur la table .....	27
Figure 7: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	45
Figure 8: Répartition des patientes selon la profession .....	45
Figure 9: Répartition des patientes selon le mode d'admission .....	46
Figure 10: Répartition des patientes selon la gestité .....	48
Figure 11: Répartition des patientes selon la parité.....	48
Figure 12: Répartition des patientes selon le statut ménopausique .....	49
Figure 13: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie .....	52
Figure 14: Répartition des patientes selon la nature l'hystérectomie .....	52
Figure 15: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie .....	53
Figure 16: Répartition des patientes selon la voie d'abord.....	53



## Table des matières

I. INTRODUCTION .....	2
OBJECTIFS .....	4
1. Objectif général .....	5
2. Objectifs spécifiques .....	5
II. GÉNÉRALITÉS .....	7
2.1. Définitions .....	7
2.2. Historique .....	7
2.3. Rappels anatomiques .....	8
2.3.1. Utérus non gravide .....	8
2.3.2. Utérus gravide .....	10
2.4. Indications de l'hystérectomie [9-10-11-12] .....	18
2.4.1. Gynécologiques : .....	18
2.4.2. Obstétricales .....	19
2.5. Techniques d'hystérectomies .....	21
2.5.1. Technique d'hystérectomie haute .....	21
2.5.2. Technique d'hystérectomie par voie vaginale .....	27
2.6. Complications des hystérectomies .....	32
2.6.1. Les complications per opératoires .....	32
2.6.2. Complications post opératoires .....	33
2.7. Surveillance .....	35
2.7.1. Per opératoire .....	35
2.7.2. Post opératoire .....	35
III.METHODOLOGIE.....	37
3.1. Cadre de l'étude.....	37
3.2. Présentation du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital.....	37
3.3. Personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso .....	38
3.4. Organisation des activités.....	38
3.5. Type et période d'étude .....	39

3.6. Population d'étude .....	39
3.7. Échantillonnage .....	39
3.7.1. Critère d'inclusion.....	39
3.7.2. Critère de non inclusion .....	39
3.8. Collecte des données .....	40
3.9. Aspects éthiques .....	40
3.10. Saisie et analyse des données .....	40
3.11. Contraintes et limites .....	40
3.12. Définitions opératoires .....	40
3.13. Variables étudiées.....	42
IV.RESULTATS.....	43
4.1. Fréquence.....	44
4.2. Caractéristiques sociodémographiques .....	44
4.3. Données relatives à l'hystérectomie.....	50
4.4. Pronostic .....	55
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	61
5.1. Approche Méthodologique .....	61
5.2. Fréquence.....	61
5.3. Caractéristiques sociodémographiques .....	62
5.4. Données relatives à l'hystérectomie.....	63
5.5. Pronostic .....	64
VI. CONCLUSION ET RECOMADATIONS .....	67
6.1. Conclusion .....	67
6.2. Recommandations .....	68
VII. REFERENCES .....	70
VIII. ANNEXES .....	XVI

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus [1].

Elle peut être accompagnée avec l'ablation des trompes de Fallope et les ovaires (annexectomies). Cette ablation de l'utérus peut se faire par voie abdominale classique ou par voie vaginale et, actuellement, elle peut se faire par la cœliochirurgie [2].

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix-sept siècles.

Elle est de pratique courante dans le traitement des lésions bénignes ou malignes de l'utérus et de ses annexes mais aussi dans celui de la rupture utérine qui, de nos jours, devenue exceptionnelle, ne survient que sur un utérus cicatriciel dans les pays développés. Elle reste fréquente dans les pays en développement dont le Mali. Le choix de l'hystérectomie est une décision lourde à prendre tant pour le chirurgien que pour la patiente surtout quand elle est faite chez les femmes jeunes n'ayant fait aucune maternité, ou n'ayant pas eu d'enfants.

L'hystérectomie représente l'activité chirurgicale de plus en plus fréquente après la césarienne en chirurgie gynéco-obstétricale [3].

Le pourcentage des femmes de 60 ans ayant subi une hystérectomie est de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France [4].

En 2014 en Guinée Conakry, Baldé I S. et al ont trouvé une fréquence de 4,4% d'hystérectomies toutes confondues sur l'ensemble des interventions gynécologiques obstétricales [5].

A Yaoundé au Cameroun 31 cas d'hystérectomies obstétricales d'urgence ont été pratiquées pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4%. A Dakar une étude menée par Diouf et coll. [6] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas d'hystérectomies d'urgence avait une fréquence de 0,45%.

Au Mali, la fréquence des hystérectomies toutes confondues réalisées de 2017-2018 à l'hôpital du Mali était de 20,77% sur l'ensemble des interventions gynécologies obstétricales [7].

Cependant, l'hystérectomie est une intervention ultime pour garantir la survie maternelle. Elle s'impose surtout dans l'urgence (obstétricale) si l'état hémodynamique est instable, ou si l'utérus ne peut être conservé en cas de : placenta accréta, rupture utérine, perforation utérine, atonie utérine et en dehors de toute urgence : prolapsus génital, métrorragie rebelle, cancer du col et de l'endomètre opérable.

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

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

- Étudier les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des hystérectomies à l'hôpital de Sikasso,
- Décrire le profil sociodémographique des patientes,
- Identifier les indications des hystérectomies,
- Déterminer les types d'hystérectomies réalisées dans le service,
- Analyser le pronostic des patientes.

# GENERALITES



## **II. GÉNÉRALITÉS**

### **2.1. Définitions**

-Hystérectomie : est l'ablation chirurgicale de l'utérus [1]. Elle peut être accompagnée avec l'ablation des trompes de Fallope et les ovaires(annexectomies).

-Hystérectomie subtotale : est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus, le col utérin et les annexes intacts.

-Hystérectomie totale : est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus et le col utérin, les annexes intactes.

-Hystérectomie d'urgence : est toute hystérectomie réalisée dans le but de sauvetage maternel ou le pronostic vital maternel est mis en jeu.

-Hystérectomie d'hémostase : est une ablation chirurgicale de l'utérus afin d'assurer l'hémostase en cas de l'hémorragie du post partum.

-Hystérectomie obstétricale : toute hystérectomie réalisée dans la période gravido-puerpérale.

-Hystérectomie gynécologique : toute hystérectomie réalisée en dehors de toutes notions de grossesse.

### **2.2. 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, 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 accréta), 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 XVIIème siècles, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarius da Capri à Bologne en 1507). Langenbek [13] 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.

### **2.3. Rappels anatomiques**

Organe de la gestation, l'utérus est un muscle creux lisse dont la cavité est tapissée d'une muqueuse ; l'endomètre.

#### **2.3.1. Utérus non gravide**

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

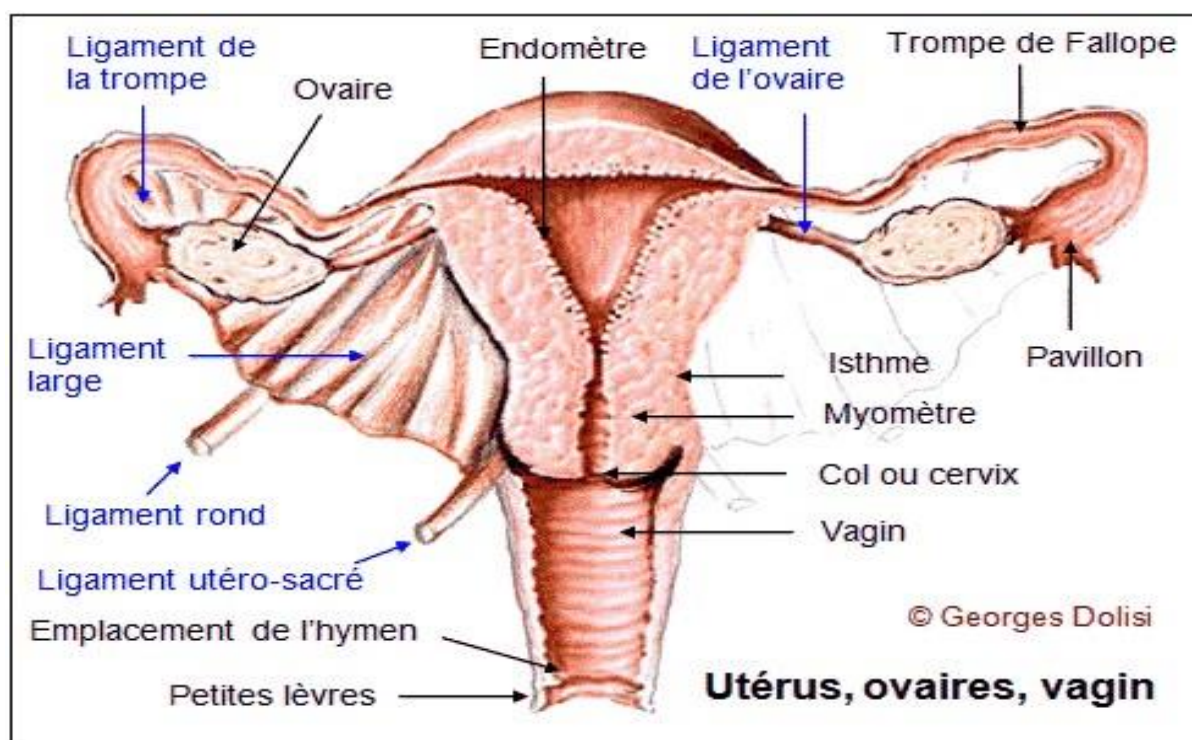
Chez la nullipare, à peu près à égale distance de la base et du sommet, un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les côtés : l'isthme utérin sépare l'utérus en 2 parties :

- 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-inferieure 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.



**Figure 1: Schéma des organes génitaux internes rappel anatomique [8]**

### **2.3.2. 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.

#### **2.3.2.1. 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.

##### **a. Situation du fundus utérin**

En début de grossesse, il est pelvien

A la fin du 2<sup>-ème</sup> mois, il déborde le bord supérieur du pubis.

A la fin du 3<sup>-ème</sup> 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.

##### **b. Dimensions**

Elles varient selon le terme de la grossesse

A la fin du 3<sup>-ème</sup> mois : il mesure 10 à 13 cm de long pour 8-10 cm de large

A la fin du 6<sup>-ème</sup> 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

##### **c. Forme**

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

Mais au 2<sup>-ème</sup> mois, il est sphérique, semblable à une " orange " Au 3<sup>-ème</sup> mois, il est assimilable à un " pamplemousse ".

Après le 5<sup>-ème</sup> 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...).

#### **d. 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<sup>-ème</sup> ou 3<sup>-ème</sup> 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.

#### **e. Épaisseur de la paroi**

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4<sup>-ème</sup> 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.

#### **f. 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.

#### **g. Poids**

A terme elle est de 800 à 1200 g.

#### **h. Capacité**

A terme, elle est de 4 à 5 l.

### **2.3.2.2. 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.

#### **a. Forme**

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

#### **b. 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.

#### **c. 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.

#### **d. 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<sup>ème</sup> mois chez la primipare.

Chez la multipare, son développement est plus tardif.

#### **2.3.2.3. Col utérin**

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

##### **a. Situation – Direction**

A partir du 3<sup>ème</sup> mois, le col se porte progressivement en haut et en arrière. Il est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

##### **b. 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.

##### **c. 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.

#### **d. État 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.

#### **2.3.2.4. Rapports anatomiques de l'utérus gravide**

##### **a. 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<sup>ème</sup> 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.

✓ **À 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.

## **b. Rapports anatomiques du segment inférieur**

### **b.1. 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.

### **b.2. Face postérieure**

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

### **b.3. 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.

### **2.3.2.5. Vascularisation de l'utérus gravide [8]**

#### **a. Artères**

##### **a.1. 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). 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.

### **a.2. 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.

### **a.3. Artère funiculaire**

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

### **b. 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.

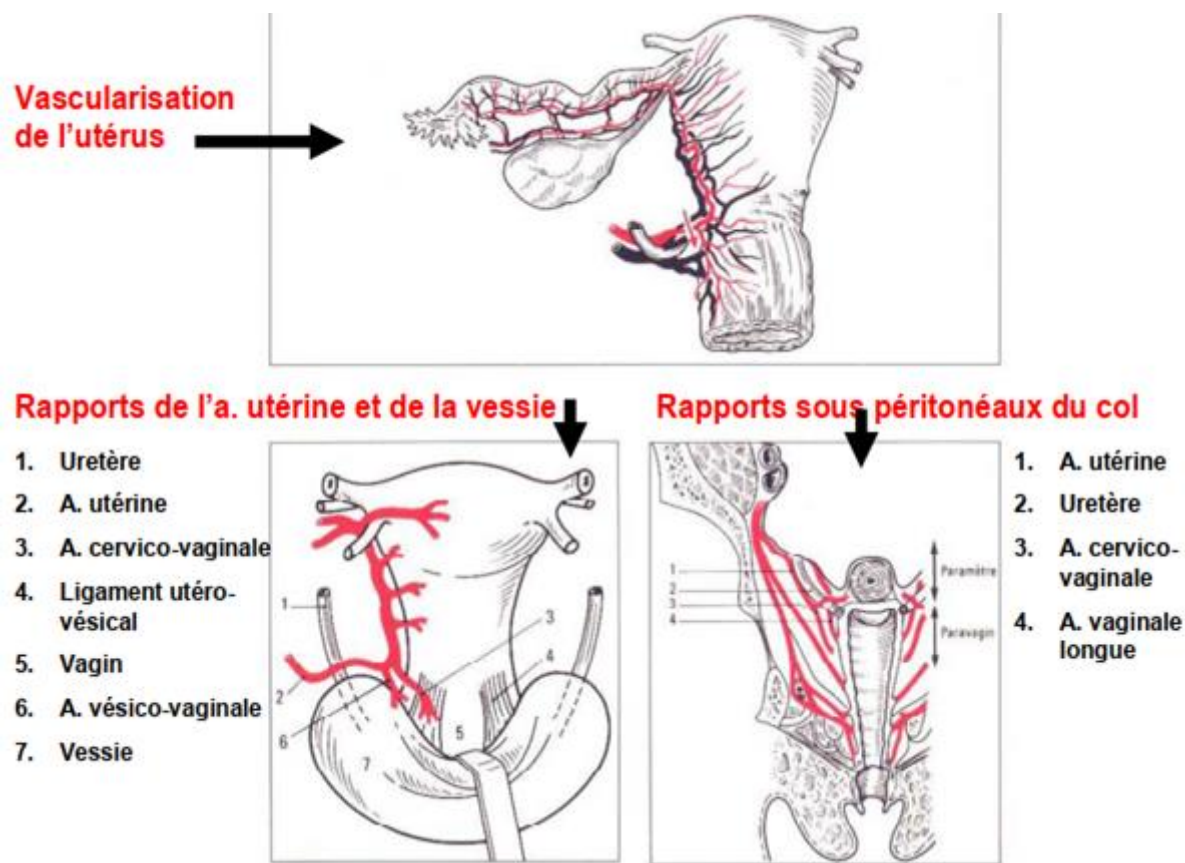


Figure 2: Vascularisation de l'utérus [8]

### c. Lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

## 2.4. Indications de l'hystérectomie [9-10-11-12]

### 2.4.1. Gynécologiques :

- ✚ **Prolapsus génital** : 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 fait recourir à une hystérectomie

✚ **Endométriose ...**

#### 2.4.2. Obstétricales

✚ **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.

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 accompagnée 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 inter annexielle (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.

### **Hématome rétro-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'HRP et on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'HRP.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'HRP, 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 hématomèse. Les signes de la maladie utéroplacentaire n'apparaissent que secondairement.

***Les formes moyennes*** : fréquences, dans lesquelles 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'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rares indications : en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

## **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.

## **2.5. Techniques d'hystérectomies**

### **2.5.1. Technique d'hystérectomie haute**

#### **2.5.1.1. Technique d'hystérectomie totale**

Les temps initiaux de l'hystérectomie totale sont les mêmes que ceux décrits dans l'hystérectomie subtotale : 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. Il faut 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.

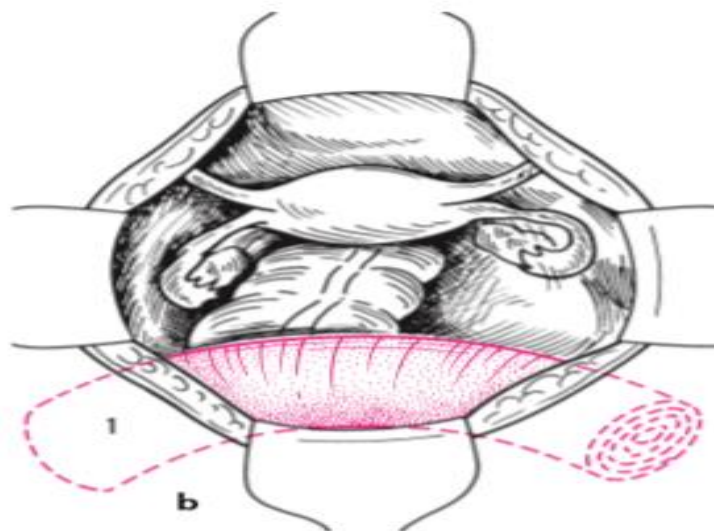


Figure 3: Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles [1]

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. 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.



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.

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.

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. 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.

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 préalable

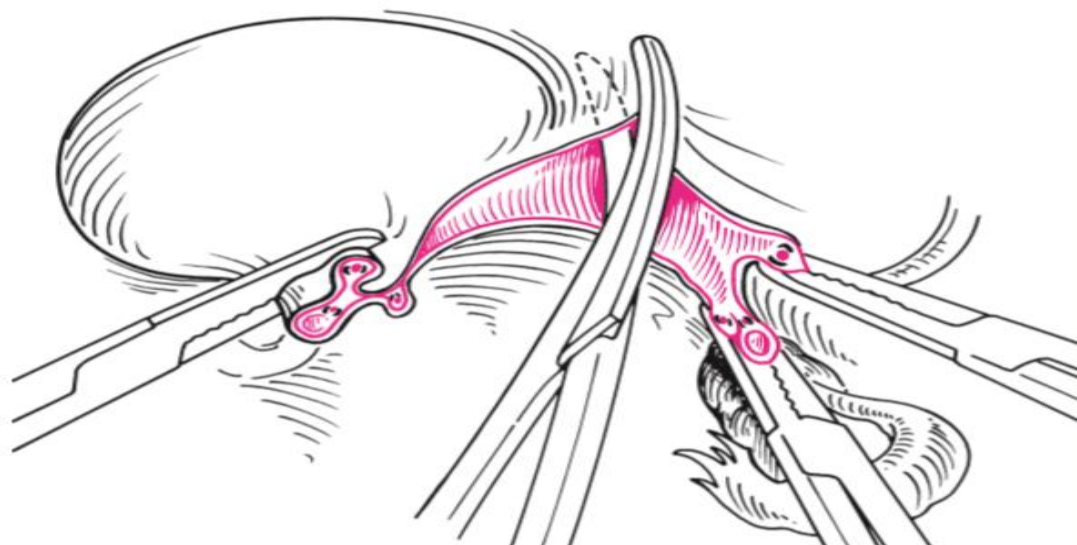


Figure 4: Ouverture du ligament large [1]

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.

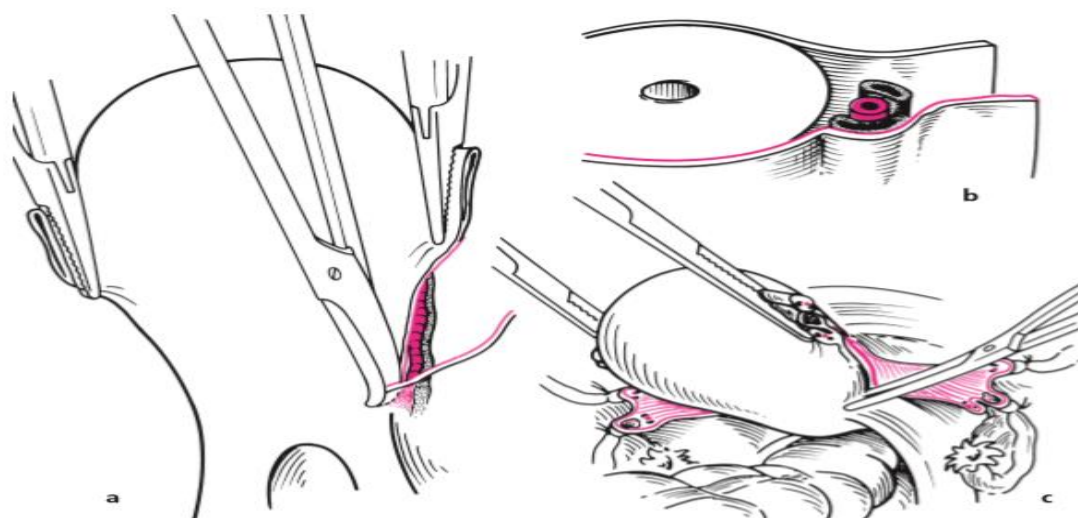


Figure 5: a : incision du péritoine postérieur, b : dissection du pédicule utérin droit après ouverture du ligament large, c : vue opératoire montrant le dégagement du pédicule utérin. [1]

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/O, 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.

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.

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.

### **2.5.1.2. 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 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.

### 2.5.2. Technique d'hystérectomie par voie vaginale

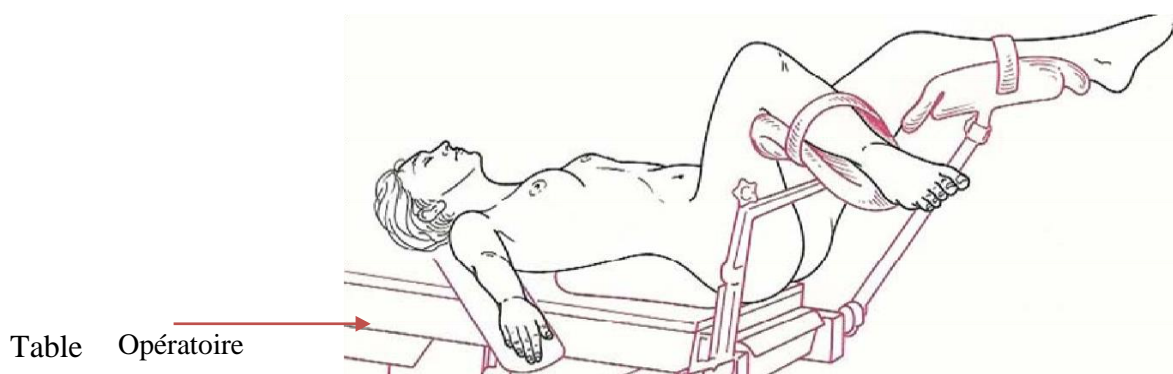


Figure 6: Technique d'hystérectomie par voie vaginale, table opératoire et l'installation de la patiente sur la table [1]

L'installation de la malade sur la table conditionne le confort de l'opérateur, qui certes, n'a pas d'importance en lui-même mais qui concourt grandement au succès de l'opérateur et sert finalement les intérêts de l'opérée. Cette installation se fait dans la classique position de la taille.

Le siège de l'opérée doit être installé tout à fait à l'extrémité de la table. Il doit même, quand les cuisses sont fléchies sur le bassin, déborder légèrement le bord de la table. C'est une condition impérative pour pouvoir manœuvrer correctement la valve qui déprime le périnée.

Les membres inférieurs doivent être fléchis fortement sur le bassin. La solution des portes cuisses est la moins bonne. Les cuisses sont fléchies à 90° au maximum et ne peuvent être écartées suffisamment. L'opérateur, seul, peut se tenir en face du champ opératoire. Les aides n'ont aucun espace. L'instrumentiste ne voit rien. La solution adoptée dans des nombreux pays germaniques où les membres inférieurs de l'opérée sont suspendus sous tension puis portés par les aides (creux poplité de l'opérée sur l'épaule de l'aide) est la meilleure. Mais elle fatigue. Nous avons recours à un procédé plus simple nous avons pour habitude de suspendre les membres inférieurs par l'intermédiaire d'une double lanière. L'anneau est amarré à l'extrémité des tiges métalliques verticales appliquées à la table après que la malade ait été étendue. Ces tiges métalliques dont les extrémités sont recourbées en épingle à cheveux, sont légèrement curvilignes, ce qui permet d'éviter le contact direct entre la face interne du membre et le support. Les tiges métalliques qu'elles soient adaptées de façon rigide aux glissières latérales de la table où qu'on puisse les manœuvrer à volonté comme avec la table "Doderlein". Elles doivent être disposées de telle façon que les cuisses soient en flexion extrême (120 à 130° par rapport à horizontal) et les jambes verticales.

Il arrive également qu'il soit possible, du fait de ces désordres, d'installer la patiente. Il vaut mieux dans ces cas renoncer et opérer par la voie abdominale. L'hyper flexion des cuisses entraîne par ailleurs, une hyper pression abdominale qui combinée à l'hyper pression thoracique imputable à la ventilation artificielle, risque de diminuer le retour veineux au cœur droit et de retentir sur le débit cardiaque.

#### **2.5.2.1. Matériel pour l'hystérectomie vaginale et la façon de s'en servir**

Un chirurgien vaginaliste expérimenté peut opérer avec l'instrumentation la plus sommaire. En plus des instruments utilisés pour la chirurgie gynécologique abdominale, un certain nombre d'instruments spécialement conçus pour la chirurgie vaginale et qui facilite l'exécution de cette chirurgie.

Voici la composition d'une boîte qui comporte tous les instruments nécessaires pour la réalisation de toutes les interventions vaginales, les hystérectomies élargies comprises :

- ❖ **La valve de Mangiagalli** : est un instrument à double courbure Elle est creuse et convexe. Le manche dessine avec la valve un angle arrondi de l'ordre de 90°. L'instrument est utilisé pour déprimer le périnée. On peut faire moduler la pression en fonction des besoins et c'est un avantage par rapport à la valve à poids utilisée par certains.
- ❖ **Les valves de Breisky** : sont des valves en baïonnette. On se sert de ces valves comme de levier du premier genre. On peut à l'aide de ces valves écarter d'une façon rationnelle et présenter la zone opératoire sans rétrécir l'accès. Le champ opératoire se présente comme un cratère centré sur le point où a lieu l'action. L'opérateur est à l'aise. Alors qu'avec des valves à angle droit, on refoule plutôt vers la profondeur. Le jeu complet des valves de Breisky comporte douze unités. Pour les hystérectomies simples, il suffit de posséder deux valves moyennes. Il faut détenir aussi, absolument, la valve la plus longue, cette valve est indispensable pour refouler les anses intestinales au cours des temps intra péritonéaux.
- ❖ **La valve à angle droit de grande longueur** : a son utilité chez les obèses pour lesquelles les valves de Mangiagalli ne sont pas suffisamment longues pour permettre la réalisation facile des temps intra péritonéaux. L'instrument utilisé est la classique valve de Segond qui existe en plusieurs dimensions.
- ❖ **Les pinces de Museux et les pinces de pozzi** : sont bien connues : les prévoir en nombre suffisant si on décide de s'attaquer aux fibromes volumineux et de recourir à l'hémisection et / ou au morcellement.
- ❖ **Les pinces à lambeaux de Gaston Cotte et les pinces d'Allis** : sont nécessaires pour la triple opération périnéale avec hystérectomie. Les pinces de Gaston Cotte sont des pinces à plateaux terminés par des petites dents. Elles sont d'une remarquable force de préhension.

Les pinces d'Allis sont moins fortes mais plus précises. Nous utilisons les premières pour les lambeaux épais et les secondes pour les lambeaux plus fins.

- ❖ **Les pinces de Chrobak** : ou pinces à dent de souris ce sont des pinces assez semblables aux pinces de Gaston Cotte mais plus grosses et plus puissantes. Elles permettent de saisir, en même temps, les parois antérieure et postérieure de la machette vaginale.
- ❖ **Les bistouris à lames jetables** : sont parfaitement adaptés à la l'hystérectomie vaginale. Il n'est pas indispensable de s'armer de bistouris plus forts, même si on doit faire des morcellements. Il est utile par contre de posséder, en plus du manche standard sur lequel s'adaptent les lames n° 4 un manche sur lequel s'adaptent les lames n°11 et un manche sur lequel s'adaptent les lames recourbées.
- ❖ **Les pinces à disséquer** : sont à choisir spécialement. Elles ne doivent pas être ni trop courtes ni trop longues (20cm pour la chirurgie habituelle, 30cm pour certains temps d'hystérectomies élargies). Celles d'entre elles qui sont utilisées pour mobiliser la paroi vaginale doivent être suffisamment fortes et armées de trois griffes.
- ❖ **Le jeu de ciseaux doit comporter** :
  - Une paire de ciseaux forts courbes aux bouts ronds (ciseaux de Percy) : pour la section des ligaments si.
  - Une paire de ciseaux dissecteurs (ciseaux de Mayo légers de 17 cm).
  - Une paire de ciseaux forts droits à bouts ronds : hémisection. En plus des ciseaux " standards " il est utile, quand on s'attaque aux opérations élargies de posséder également des ciseaux de grandes dimensions type ciseaux de Santy (24 cm de long). Ces instruments, font partie de toutes les boîtes de chirurgie pelvienne, où on doit travailler en profondeur.
  - **Les pinces de Jean Louis Faure sans griffes** : on se sert comme dissecteur pour libérer la boucle de l'artère utérine.



- **Les pinces Jean Louis Faure à griffes et les pinces de Leibinger** : sont utilisées pour clamper les ligaments. L'avantage de la pince de Jean Louis Faure est dans ces griffes qui ne laissent subsister aucun intervalle entre les mors, une fois l'instrument serré.
- **Les pinces de Leibinger** : sont plus fortes et moins traumatisantes à la fois.
- **Les pinces de Bengoléa** : sont utilisées uniquement pour conduire les fils de ligatures autour de la pince hémostatique ou dans les mors du dissecteur passe fil.
- **Les pinces hémostatiques à angle droit** : très utiles, il en faut trois dans la boîte de longueurs différentes. On peut se servir également de ces pinces comme dissecteur.
- **L'aiguille de Deschamps** : nécessaire pour la réalisation de l'hystérectomie vaginale. Il existe deux modèles : les droitiers se servent toujours de l'aiguille "gauche" et les gauchers de l'aiguille "droite".
- **Les portes aiguilles** qu'on utilise dans la chirurgie vaginale sont des porte-aiguilles courants. Les modèles coudés ne sont pas nécessaires, y compris pour l'exécution des sutures profondes. Plusieurs dimensions sont à prévoir.
- **Les aiguilles** qu'on utilise peuvent être à enfiler, ou sertis, les sertis plus coûteuses, ont l'avantage de simplifier le travail de l'instrumentiste. Les aiguilles demi-cercle 26 mm qui sont généralement utilisées.

#### **2.5.2.2. Technique d'hystérectomie vaginale proprement dite [13]**

- Colpotomie antérieure - décollement vésico-utérin
- Colpotomie postérieure et ouverture du Douglas
- Incision vaginale latérale
- Traitement des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines
- Extraction de l'utérus
- Section et ligature des ligaments utéro-ovariens
- Vérification de l'hémostase des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines

- Godronnage de la tranche vaginale postérieure
- Péritonisation
- Godronnage de la tranche vaginale antérieure

## **2.6. Complications des hystérectomies**

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

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

### **2.6.1. Les complications per opératoires**

#### **2.6.1.1. 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.

#### **2.6.1.2. Les plaies vésicales**

Elles représentent 1 à 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 6 à 8 jours.

#### **2.6.1.3. 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.

#### **2.6.1.4. La blessure des organes voisins (les anses).**

Ce sont en général des plaies du grêle faites lors de la dissection en cas d'accolement. Le diagnostic est facile, le liquide digestif s'écoule par la brèche. Il faut suturer en un plan extra muqueux avec une aiguille ronde de Vicryl® D3

#### **2.6.1.5. Les réactions transfusionnelles en cas de transfusion.**

Bien qu'elles ne puissent être attribuées directement à l'acte opératoire, elles font partie des complications liées à l'hystérectomie quand celle-ci entraîne le recours à une compensation transfusionnelle des pertes.

### **2.6.2. Complications post opératoires**

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

#### **2.6.2.1. Complications infectieuses**

##### **✚ 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.

### **✚ Absès 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.

### **✚ 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.

## **2.6.2.2. Complications hémorragiques**

### **✚ 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.

### **✚ 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).

### **2.6.2.3. Complications thromboemboliques**

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

### **2.6.2.4. 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.

## **2.7. Surveillance**

### **2.7.1. Per opératoire**

Les paramètres à surveiller sont la pression artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire, la spoliation sanguine...

### **2.7.2. Post opératoire**

Plus les éléments du per opératoire à surveiller, nous suivons avec attention la diurèse et le saignement.

# METHODOLOGIE

### III.METHODOLOGIE

#### 3.1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

#### 3.2. Présentation du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital

Le service de la gynécologie-obstétrique est divisé en trois grands blocs qui sont :

- Le bloc obstétrical ;
- L'hospitalisation ;
- Les consultations externes.

##### **Le bloc obstétrical comprend :**

- **L'accueil :**

Cet espace est disposé de trois salles : une salle d'échographie, une salle de tri et une salle pour les soins après avortement.

Un ascenseur de service servant de transport des malades hospitalisés à l'étage.

- **Le secteur d'accouchement comprend trois salles distinctes :**

La salle d'accouchement ; la salle opératoire ou sont prise en charge toutes les urgences gynéco-obstétricales et la salle de réveil avec trois lits.

- **La zone accouchement comprend :**

1 salle de travail avec 3 lits, 1 salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement, 1 lit d'accouchement et 1 coin de réanimation des nouveau-nés de 2 postes constitué d'un appareil d'aspiration et de 2 lampes chauffantes ; 1 salle de suites de couches de 6 lits ;

Cette entité est sous la surveillance de trois sages-femmes et deux infirmières obstétriciennes.

##### **Le bloc opératoire comprend**

1 salle d'opération pour toutes les urgences gynéco-obstétriques et une salle de réveil avec 3 lits surveillés par deux infirmières.

### L'hospitalisation

- L'hospitalisation de la gynécologie obstétrique regroupe les suites de couches, les césarisées, les grossesses pathologiques et les pathologies gynécologiques médicales et chirurgicales.
- La consultation externe est disposée en salle de consultation gynécologique (CPN de référence, et grossesses à risque) ; une salle de CPN (pour grossesse normale et planification familiale) ; une salle de dépistage du cancer du col et une salle de préparation à l'accouchement (École des mères).

### 3.3. Personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso

Le personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso est composé de :

- ✓ Quatre gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
- ✓ Trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
- ✓ Dix-sept sages-femmes ;
- ✓ Sept infirmières obstétriciennes ;
- ✓ Huit filles de salle ;
- ✓ Quatre brancardiers.

### 3.4. Organisation des activités

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées tous les jours au box de consultation par les gynécologues obstétriciens sauf les mercredis (jour de bloc opératoire à froid). La prise en charge des urgences est effective 24heures/24 aussi bien que les consultations prénatales, post natales et l'échographie gynéco-obstétricale. Une réunion (staff) unissant tout le personnel se tient tous les jours ouvrables à 8h 00 mn sauf Vendredi (jour de staff général). Lundi 07H45min pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par un gynécologue. La visite est journalière et elle est dirigée par un gynécologue.

Il existe une permanence qui est assurée par une équipe composée d'un



gynécologue, d'un interne, de 3 sages-femmes, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, deux infirmières, une fille de salle et deux brancardiers. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre en salle d'accouchement sous la supervision d'un gynécologue obstétricien. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de trois sages-femmes, d'un étudiant faisant fonction d'interne, de deux infirmières, de 2 brancardiers, un technicien supérieur en anesthésie, d'un aide de bloc et de deux filles de salle.

Le service de gynécologie obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales et gynécologiques évacuées par d'autres structures sanitaires des districts sanitaires de Sikasso, Kignan, Nièna, Kadiolo, Koutiala, Kolondiéba et très rarement des autres districts sanitaires de la région.

Chaque Vendredi a lieu le staff général de l'hôpital ou tout le personnel se retrouve pour statuer sur un sujet donné.

### **3.5. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective s'étendant sur une période de 4 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020.

### **3.6. Population d'étude**

Elle a concerné toutes les patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique pour intervention chirurgicale pendant la période de l'étude.

### **3.7. Échantillonnage**

#### **3.7.1. Critères d'inclusion**

Toutes les patientes qui ont subi d'une hystérectomie d'indication obstétricale ou gynécologique dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso pendant la période d'étude.

#### **3.7.2. Critères de non inclusion**

Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

### **3.8. Collecte des données**

Un questionnaire a servi de support à la collecte.

Les données ont été collectées de façon rétrospective et prospective à partir des supports suivants :

- Dossier gynécologique,
- Dossier obstétrical,
- Registre de compte rendu opératoire,
- Registre d'accouchement,
- Registre d'hospitalisation

### **3.9. Aspects éthiques**

L'étude a été réalisée après l'obtention du consentement éclairé des femmes pendant la période étude.

### **3.10. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS Statistics Version 22. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2016 Version 16.0.13231.20262.

Le test de Fischer a été utilisé pour l'analyse des comparaisons des tableaux. Les valeurs de  $p < 0,05$  sont considérées statistiquement significatives.

### **3.11. Contraintes et limites**

Nous avons été confrontés, au cours de notre étude, à des difficultés telles que, absence de certaines informations dans les dossiers et le non-respect des rendez-vous post opératoire.

### **3.12. 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.

**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.

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

**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 11g / dl.

**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 solidaire

**Rupture utérine** : Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus siégeant entre le fond utérin et le segment inférieur.

**Hystérectomie d'hémostase** : est une ablation chirurgicale de l'utérus afin d'assurer l'hémostase en cas de l'hémorragie du post partum.

**Hystérectomie totale** : est l'ablation de l'ensemble du corps et du col de l'utérus.

**Hystérectomie d'urgence** : est toute hystérectomie réalisée dans le but de sauvetage maternel ou le pronostic vital maternel est mis en jeu.

**Hystérectomie obstétricale** : toute hystérectomie réalisée dans la période gravido-puerpérale.

**Hystérectomie gynécologique** : toute hystérectomie réalisée en dehors de toutes notions de grossesse.

### 3.13. Variables étudiées

Les variables étudiées sont dans le tableau ci-dessous :

Variables quantitatives	Age, Gestité, Parité, Durée d'hospitalisation.
Variables qualitatives	Sexe, Profession, Ethnie, Statut matrimonial, Ménopause, Antécédants chirurgicaux, Provenance, Mode d'admission, Indications, Type d'hystérectomies, Complications, Etat à la sortie.

# RESULTATS

## IV.RESULTATS

#### 4.1. Fréquence

Elle a concerné toutes les hystérectomies réalisées dans le service de gynécologie obstétrique. Durant la période d'étude 86 hystérectomies ont été pratiquées sur 2853 interventions chirurgicales soit une fréquence de 3,01%.

La fréquence des hystérectomies gynécologiques (64) sur l'ensemble des 2853 interventions au cours de la période d'étude était de 2,24% et celle des hystérectomies obstétricales (22) était de 0,77%.

La proportion des hystérectomies obstétricales était de 0,30% sur l'ensemble des accouchements (7515).

#### 4.2. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau I: Répartition des patientes selon les tranches d'âge**

Age	Effectifs	Pourcentage (%)
Inférieur ou égal 19 ans	1	1,2
20-29 ans	11	12,8
30-39 ans	22	25,6
<b>40-49 ans</b>	<b>26</b>	<b>30,2</b>
<b>Supérieur ou égal 50 ans</b>	<b>26</b>	<b>30,2</b>
Total	86	100,0

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

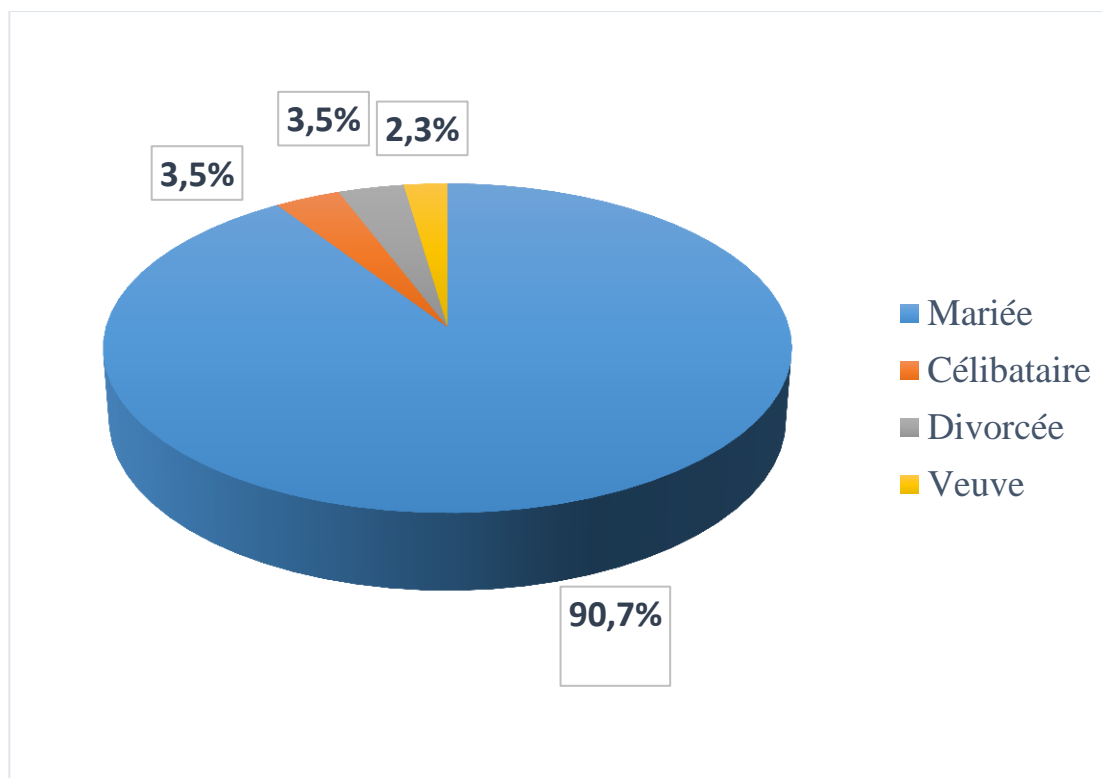


Figure 7: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les patientes mariées étaient les plus représentées soit un taux de 90,7%.

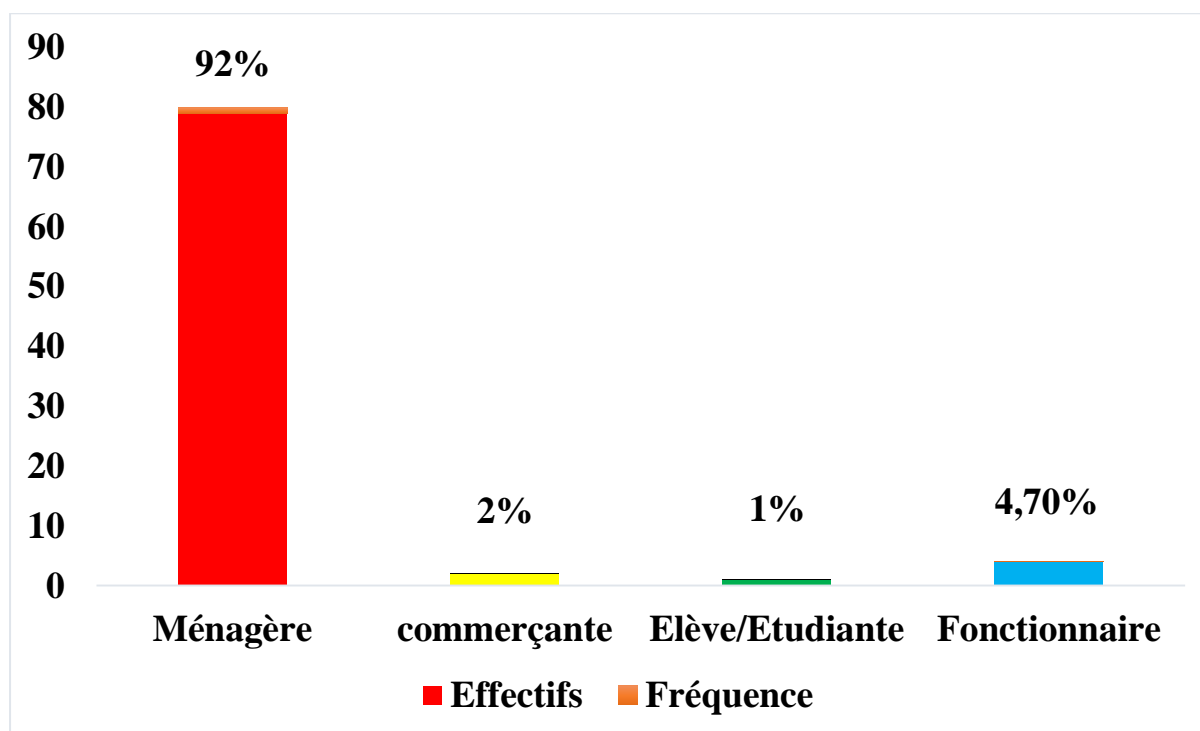
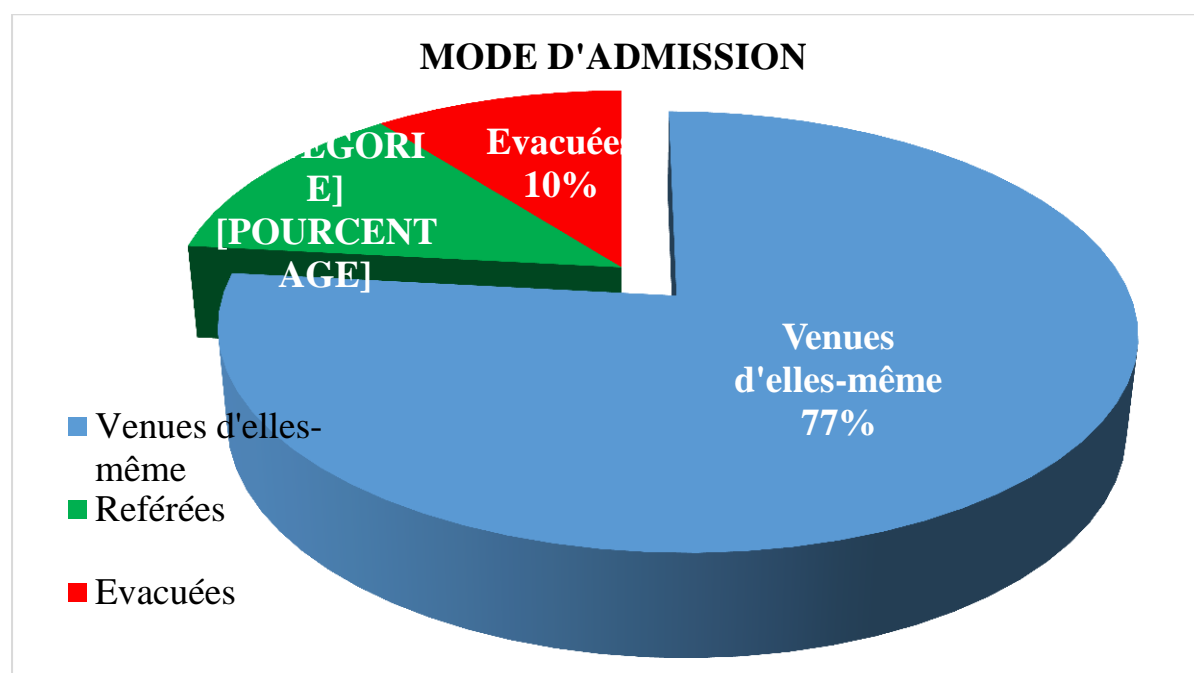


Figure 8: Répartition des patientes selon la profession

**Tableau II: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage (%)
Non scolarisée	75	87,2
Primaire	5	5,8
Secondaire	4	4,7
Supérieur	2	2,3
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

La majorité de nos patientes étaient non scolarisées dans 87,2% des cas.



**Figure 9: Répartition des patientes selon le mode d'admission**

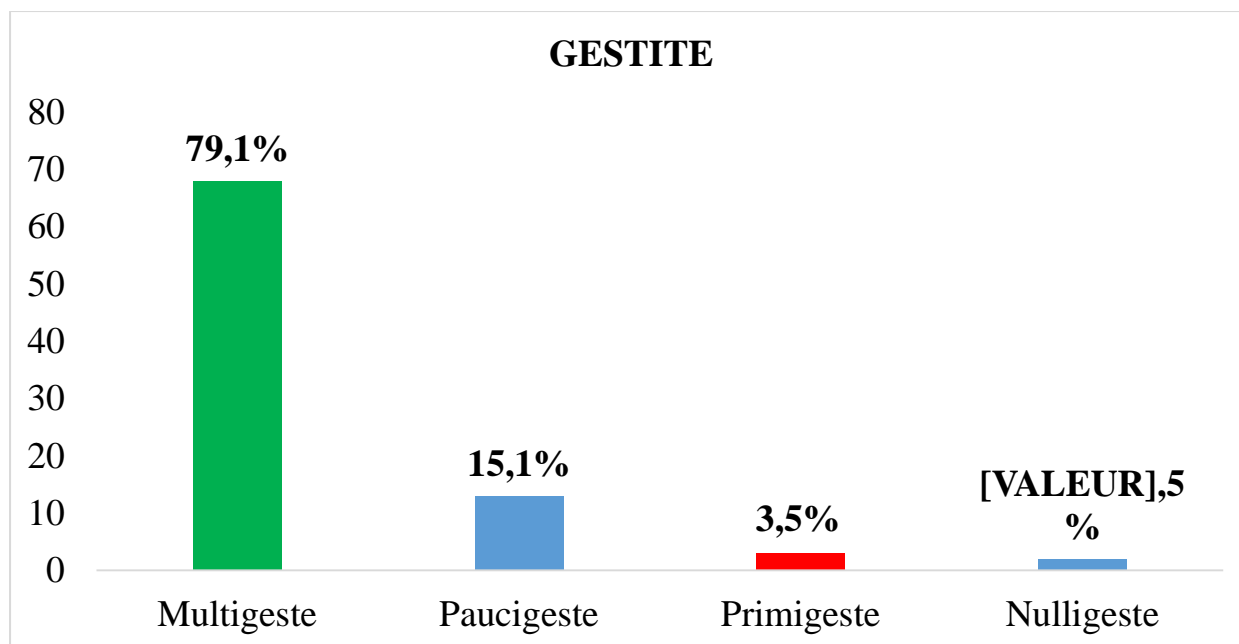


**Tableau III: Répartition des patientes selon le motif de consultation**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Douleurs pelviennes	2	2,3
Métrorragies	20	23,3
<b>Perception d'une boule dans le vagin</b>	<b>31</b>	<b>36,0</b>
Sensation de masse pelvienne	17	19,8
Hémorragie intra-partum	9	10,5
Hémorragie post partum immédiat	7	8,1
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

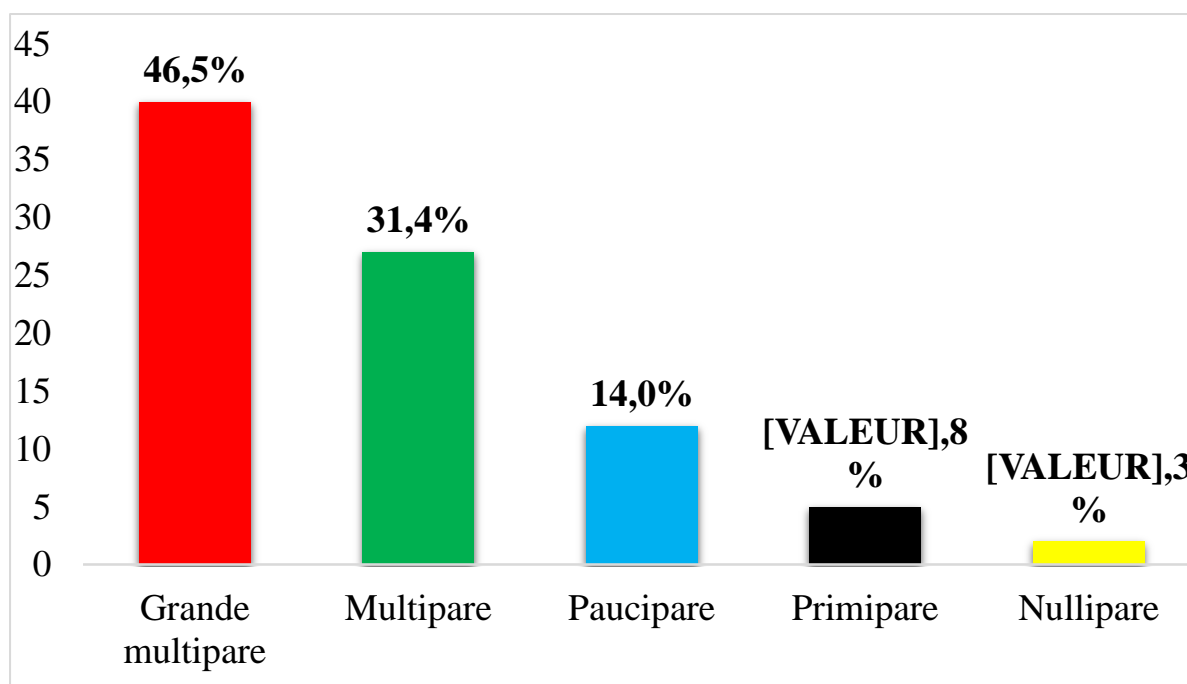
**Tableau IV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Salpingectomies	2	2,3
<b>Césarienne</b>	<b>7</b>	<b>8,1</b>
Appendicectomie	1	1,2
Aucun	76	88,4
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>



**Figure 10: Répartition des patientes selon la gestité**

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



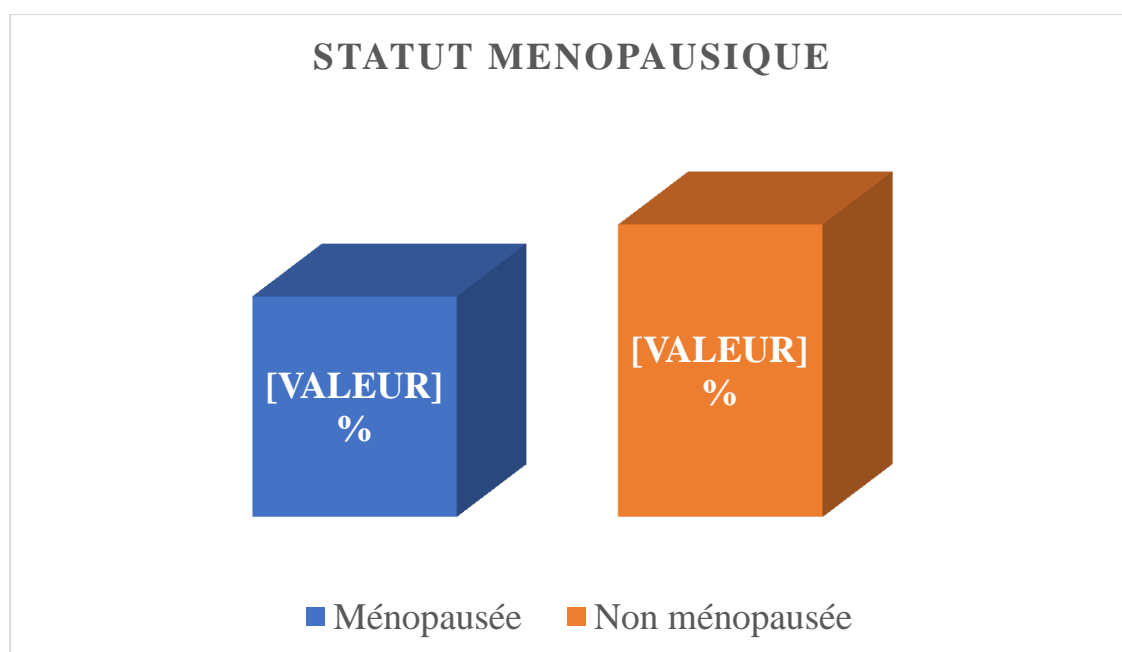
**Figure 11: Répartition des patientes selon la parité**

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

**Tableau V: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants**

Nombre d'enfants vivants	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	4	4,7
1-3	51	59,3
Supérieur ou égal 4	31	36
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Les patientes qui avaient 1à3 enfants vivants étaient les plus représentées soit une fréquence à 59,3%.



**Figure 12: Répartition des patientes selon le statut ménopausique**

Les non ménopausées étaient les plus représentées avec une fréquence de 57%.

### 4.3. Données relatives à l'hystérectomie

**Tableau VI: Répartition des patientes selon les résultats du test de dépistage du cancer du col de l'utérus (IVA/IVL)**

<b>Résultat du test de dépistage du cancer du col de l'utérus (IVA/IVL)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Positif</b>	<b>11</b>	<b>12,8</b>
Négatif	53	87,2
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Selon les résultats du test de dépistage du cancer du col de l'utérus 12,80% des patientes étaient testées positives.

**Tableau VII: Répartition des patientes selon les résultats de l'anatomie pathologie de la biopsie du col utérin**

<b>Anatomie pathologie de la biopsie du col utérin</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Lésions précancéreuses</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
Autres lésions	0	0,0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

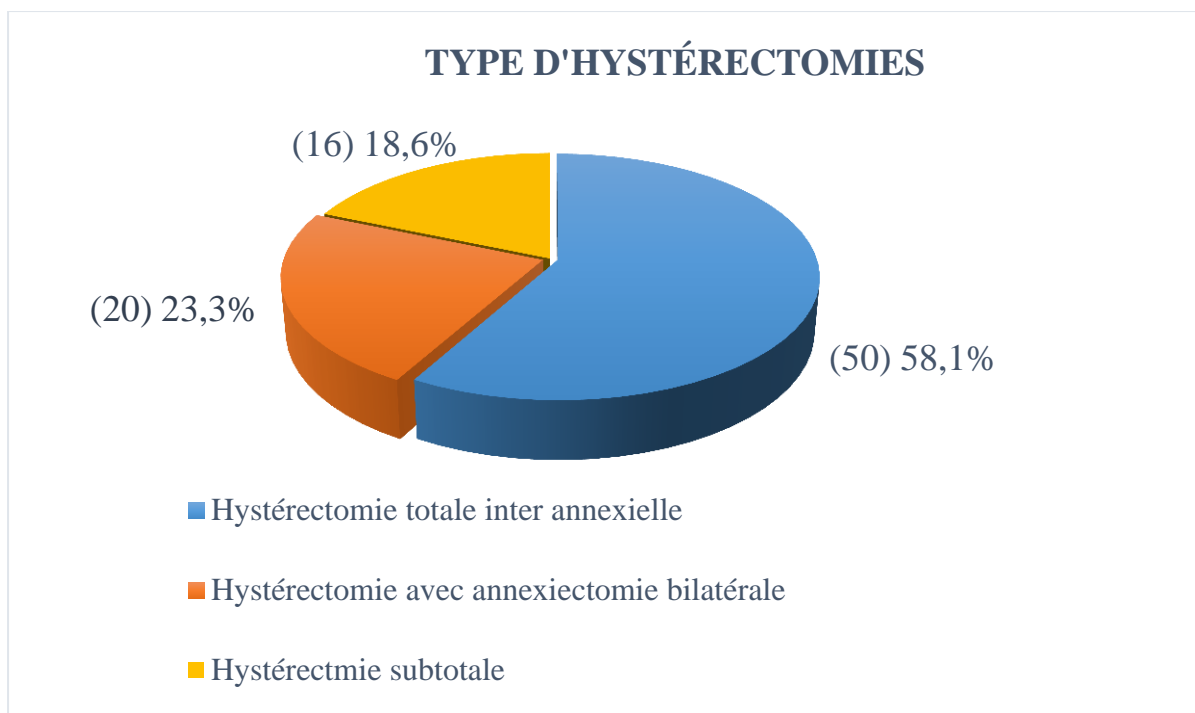
**Tableau VIII: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu**

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Rupture utérine	18	20,9
Fibrome utérin	20	23,3
<b>Prolapsus utérin (3<sup>ème</sup> degré)</b>	<b>30</b>	<b>34,9</b>
Lésion précancéreuse	11	12,8
Trouble de la coagulation (HRP)	2	2,3
Cancer de l'endomètre	1	1,2
Môle persistance et invasive	2	2,3
Hémorragie génitale fonctionnelle à répétition(adénomyose)	2	2,3
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IX: Répartition des patientes selon l'indication de l'hystérectomie**

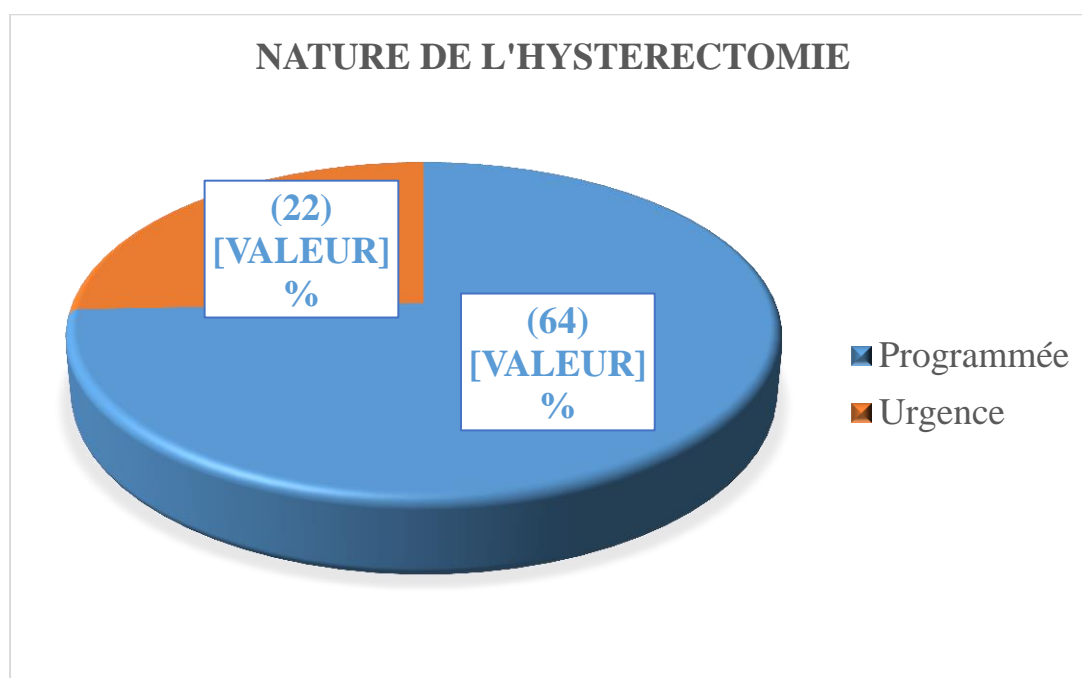
<b>Indications gynécologiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Lésions précancéreuses	11	12,8
Utérus polomyomateux	20	23,3
Prolapsus utérin 3 <sup>ème</sup> degré	<b>30</b>	<b>34,9</b>
Cancer de l'endomètre	1	1,2
Hémorragie génitale fonctionnelle à répétition (Adénomyose)	2	2,3
<b>Indications obstétricales</b>		
Rupture uterine	18	20,9
Trouble de la coagulation (HRP)	2	2,3
Môle persistante et invasive	2	2,3
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

L'indication la plus fréquente chez nos patientes était le prolapsus utérin soit une fréquence de 34,90%.



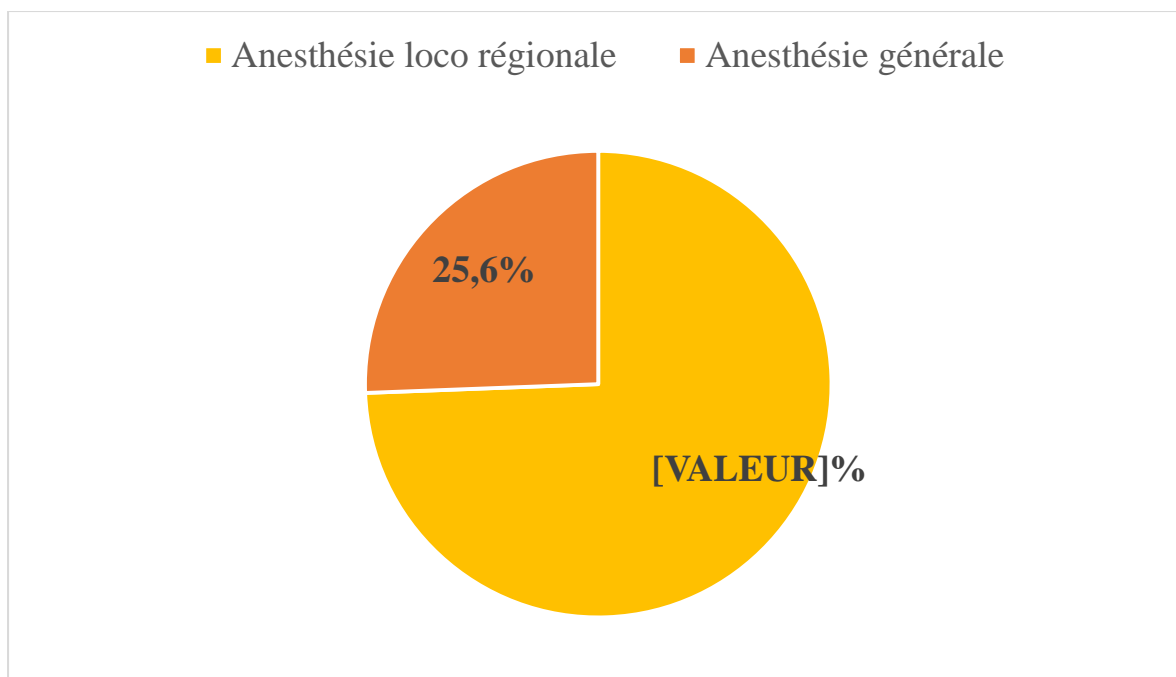
**Figure 13: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie**

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

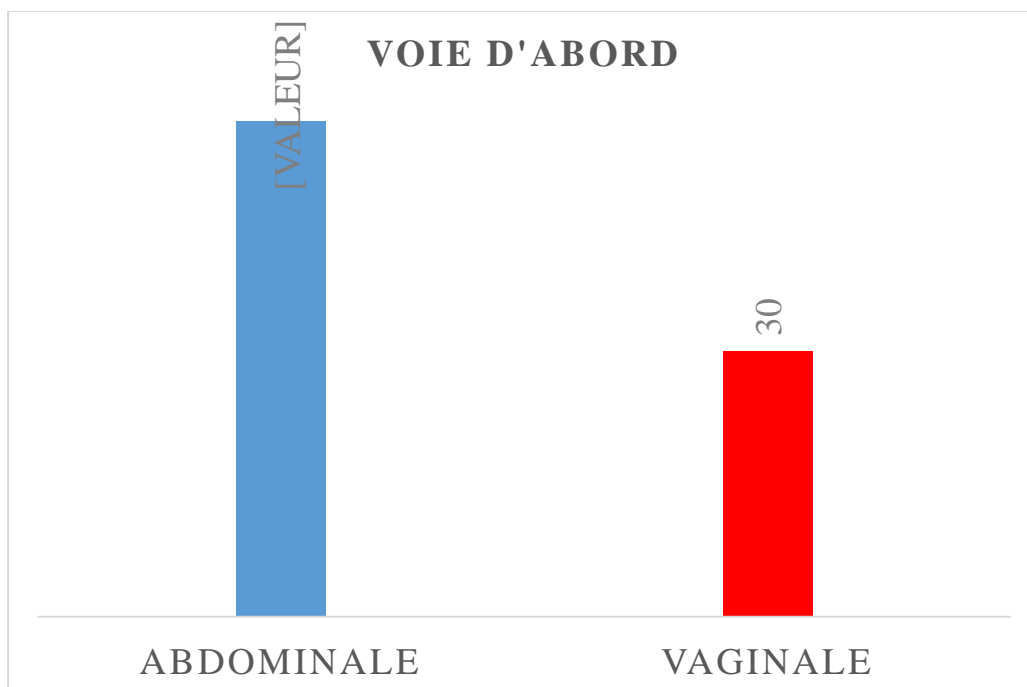


**Figure 14: Répartition des patientes selon la nature de l'hystérectomie**

Dans notre étude, l'hystérectomie programmée était la plus fréquente dans 74,7% des cas.



**Figure 15: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie**



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

La voie abdominale était la plus pratiquée chez les patientes avec 56 cas.

**Tableau X: Répartition des patientes selon la transfusion**

<b>Transfusées</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	22	25,6
Non	64	74,4
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XI : Répartition selon les traitements médicamenteux reçus**

<b>Traitements médicamenteux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Antibiotiques	86	100
Antalgiques	86	100
Fer	86	100
HBPM	85	98,8
AINS	86	100



#### 4.4. Pronostic

**Tableau XII: Répartition des patientes selon les complications per-opératoires**

<b>Complications per-opératoires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Lésions vésicales	2	2,3
Hémorragies	6	7,0
Aucune	78	90,7
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XIII: Répartition des patientes selon les complications post opératoires**

<b>Complications post-opératoires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Suppurations pariétales	2	2,3
Anurie	1	1,2
Anémie	22	25,6
Aucune	61	70,9
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XIV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation**

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<5 jours	71	82,6
5 jours et plus	15	17,4
<b>Total</b>	86	100,0

Selon la durée d'hospitalisation, 82,6% de nos patientes ont fait moins de cinq jours au service.

**-Nous avons enregistré 1 décès à J1 post opératoire des suites de trouble de coagulation compliqué d'état de choc.**

**Tableau XV: Relation entre le type d'hystérectomies et les complications per-opératoires**

Types d'hystérectomies	Complications per-opératoires			Total
	Lésions vésicales	Hémorragies	Aucune	
Hystérectomie totale inter annexielle	1	3	46	<b>50</b>
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale	0	2	14	<b>16</b>
Hystérectomie subtotale	1	1	18	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>78</b>	<b>86</b>

Il n'existe pas un lien entre les types d'hystérectomies et les complications per-opératoires. Test exact de Fischer = 2,37 ;  $p = 0,73$  ; donc  $p > 0,05$ .

**Tableau XVI: Relation entre le type d'hystérectomies et les complications post-opératoires**

Types d'hystérectomies	Suppurations pariétales	Complications post-opératoires			Total
		Anurie	Anémie	Aucune	
Hystérectomie totale inter annexielle	2	1	10	37	50
Hystérectomie avec annexectomie bilatérale	0	0	3	13	16
Hystérectomie subtotalé	0	0	9	11	20
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>61</b>	<b>86</b>

Il n'existe pas un lien entre les types d'hystérectomies et les complications post-opératoires. Test exact de Fischer = 6,36 ;  $p= 0,33$  ; donc  $p>0,05$ .

**Tableau XVII: Relation entre la voie d'abord et les complications per-opératoires**

Voie d'abord	Complications per-opératoires			Total
	Lésions vésicales	Hémorragies	Aucune	
Abdominale	2	6	48	<b>56</b>
Vaginale	0	0	30	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>78</b>	<b>86</b>

Il n'existe pas un lien entre la voie d'abord et les complications per-opératoires. Test exact de Fisher=4,14 ;  $p= 0,90$  ; donc  $p>0,05$ .

**Tableau XVIII: Relation entre la voie d'abord et les complications post-opératoires**

Voie d'abord	Suppurations pariétales	Complications post opératoires			Total
		Anurie	Anémie	Aucune	
Abdominale	2	0	22	32	56
Vaginale	0	1	0	29	30
<b>Total</b>	2	1	22	61	86

Il existe un lien entre la voie d'abord et les complications post-opératoires.

Test de Fischer réalisé est statistiquement significatif. Fisher = 22, 04 ;  $p < 0,05$

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1. Approche Méthodologique

Nous avons mené une étude transversale, rétrospective et prospective à visée descriptive s'étendant sur une période de 4 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2020 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso. Cette étude nous a permis d'avoir un aperçu des données concernant les hystérectomies dans le service. Nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- Certains dossiers étaient non exploitables (incomplets) entraînant la réduction du nombre de l'échantillon (10 cas).
- Certaines patientes n'ont plus été revues après l'intervention entraînant une difficulté dans la confirmation de certains diagnostics par la non disponibilité des résultats de biopsie des pièces anatomopathologiques post opératoires.

### 5.2. Fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons effectué 86 hystérectomies sur 2853 interventions chirurgicales soit une fréquence de 3,01 % de l'ensemble des interventions chirurgicales dans le service.

La fréquence des hystérectomies gynécologiques (64) sur l'ensemble des 2853 interventions au cours de la période d'étude est de 2,24% et celle des hystérectomies obstétricales (22) est de 0,77%.

La proportion des hystérectomies obstétricales était de 0,3% sur l'ensemble des accouchements (7515).

C'est une intervention qui est capitale car souvent elle est le dernier recours du praticien pour sauver la vie de la patiente, particulièrement les hystérectomies d'urgence dans les pays en développement.

Guirou A et Guindo A. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 9,16% en 2013 à Mopti [14] et 20,77% en 2019 à l'hôpital du Mali [7].

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

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

Nous avons réalisé 22 cas d'hystérectomie d'urgence soit 0,77%.

Notre taux d'hystérectomie d'urgence est supérieur à ceux de Mathlouthi N et al. [15] en Tunisie ; Diouf et al. [6] au Sénégal et Sy Tet al. à Conakry [17] qui avaient rapporté respectivement 0,075% ; 0,45% ; et 0,16% des cas et inférieur à ce de Nayama et al. au Niger [16] qui est 1,25% .

Cela pourrait être dû à l'organisation sanitaire différente d'un pays à l'autre, le niveau de vie des populations et la population d'étude. Cela pourrait expliquer aussi la différence avec les pays de l'occident : Racinet et coll. [18], l'évaluent entre 0,013% et 0,72%.

### **5.3. Caractéristiques sociodémographiques**

L'âge moyen était de 44,23 ans dans notre étude avec les extrêmes de 19 et 73 ans. Guirou A. [14] a trouvé 46,5 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 18 et 75 ans.

Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus ont été les plus représentées avec 30,2% chacune. Guirou A. dans son étude [14] a trouvé un taux de 38,6%.

Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus correspondent à la période de pré ménopause ou ménopause où le désir de grossesse n'est souvent pas exprimé voire non exprimer.

Nous avons eu 3 cas de célibataires soit 3,5% ; 78 cas de mariées soient 90,7%.

Nous avons eu 79 patientes ménagères soient 91,9% ; 4 fonctionnaires ; 2 commerçantes et 1 étudiante /élève soient respectivement des fréquences de 4,7% ; 2,3% ; 1,2%. Guirou A. [14] avait trouvé 53 patientes ménagères soit 93%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patientes sont des femmes au foyer.

Dans notre étude les grandes multipares représentaient 46,5% avec la parité moyenne à 6 et les extrêmes parités de 0 à 10 contre 36,8% dans l'étude de Guirou A. [14]. Par contre Guindo A. [7] a trouvé une proportion plus élevée



des grandes multipares soit 58,57%. Nous avons trouvé 2,3% de nullipares. Ce taux est nettement inférieur de celui de Guirou A. [14] qui était 15,8% des cas. Ceci pourrait être expliqué que les multipares sont des femmes de ménages chez nous.

La salpingectomie, la césarienne et l'appendicectomie ont été les antécédents chirurgicaux retrouvés à des fréquences respectives de 2,3% ; 8,1% et 1,2% chez les patientes dans notre étude. Guirou A. [14] a pratiquement trouvé 89,53% des patientes sans antécédent chirurgical.

Les patientes venues d'elles-mêmes représentaient 76,7% ; 12,8% avaient été référées, 10,5% évacuées.

Avec ces données cela montre que la majorité des hystérectomies sont réalisées à froid surtout pour le prolapsus utérin et l'utérus polomyomateux.

Le principal motif de consultation était la perception d'une boule dans le vagin soit 36% contrairement dans l'étude de Guirou A. qui était la métrorragie soit 40,5% [14].

#### **5.4. Données relatives à l'hystérectomie**

Le prolapsus utérin 3ème degré était la pathologie la plus représentée avec 36% soit 31 cas. Tous les cas de prolapsus étaient des multipares et des grandes multipares.

Nous avons pratiqué 22 cas d'hystérectomies obstétricales, 64 cas d'hystérectomies gynécologiques et 56 cas d'entre elles ont été effectués par la voie abdominale contre 30 par la voie basse. La voie haute était la plus utilisée, cela serait lié au fait que l'ensemble des hystérectomies obstétricales et le fibrome utérin (utérus polomyomateux) représentaient les principales indications d'hystérectomie dans notre étude. Toutes ces hystérectomies ont été réalisées après le consentement éclairé des couples.

Le taux de transfusion dans notre étude était 25,6% contre 21,43% dans l'étude de Guindo A. [7]. Certaines transfusions ont été indiquées par le médecin anesthésiste lors des consultations préanesthésiques. Deux (2) de nos patientes

ont reçu du PFC. Dans certains cas les macromolécules ont été utilisées dans le protocole thérapeutique à défaut de sang ou en complément. Aucune réaction au produit sanguin n'a été enregistrée.

Une antibiothérapie systématique per (ceftriaxone 1g injectable) et post (Amoxicilline+Acide clavulanique) opératoire, un antalgique à base de paracétamol 1g injectable+Néfopam et une thérapie martiale ont été administrés chez chaque cas. Les patientes à risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

Les hystérectomies totales inter-annexielles représentaient 58,1%, les hystérectomies totales avec annexectomie bilatérale 18,6% les hystérectomies subtotaux 23,3%. Dans l'étude de Guirou A. 77,2% des patientes ont bénéficié d'hystérectomie inter-annexielle.

Guindo A. dans son étude, les hystérectomies inter-annexielles subtotaux étaient plus représentées 60%. 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.

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 74,4% et 25,6% sous anesthésie générale. Nous n'avons enregistré aucun cas de rachianesthésie convertie en anesthésie générale.

### **5.5.Pronostic**

Nous avons enregistré comme complications per-opératoires 2 cas de lésions vésicales soit 2,3% ; 6 cas d'hémorragies soit 7% ; 90,7% étaient sans complications.

Les complications post opératoires étaient marquées par 2 cas de suppurations pariétales soit une fréquence de 2,3% ; 22 cas d'anémie soit 25,6% et 1 cas d'anurie soit 1,2%.

Toutes les patientes ont fait moins 5 jours dans le service. Les cas de l'anémie et de suppurations pariétales ont fait plus de 7 jours.

Nous avons enregistré un cas de décès suite au trouble de coagulation compliqué d'état de choc soit 1,3%. Par contre Guirou A. dans son étude a rapporté un taux de décès maternel à 3,5% (2 cas) [14].

Par contre Osfo [20], Diouf [6], Randriambelomanana J A et al. [21], Mathlouthi N et al. [15] ont trouvé respectivement 29,8% ; 20% ; 7,7% et 6,5%. Le taux de décès varie entre 0,8% et 16% dans la littérature [18-19].

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **6.1. CONCLUSION**

L'hystérectomie est une intervention couramment pratiquée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso. Elle occupe la 3<sup>ème</sup> place parmi les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales réalisées. Les hystérectomies totales inter-annexielles ont été les plus pratiquées.

L'hystérectomie par voie basse offre un meilleur pronostic par rapport à l'hystérectomie par voie haute.

## **6.2. RECOMMANDATIONS**

À l'issue de notre travail, nous avons formulé les recommandations ci-après à l'endroit :

### **6.2.1. Aux Autorités politiques et sanitaires**

- Renforcer le service de la gynécologie obstétrique par les matériels adéquats de l'hystérectomie ;
- Faciliter l'accès aux produits sanguins et dérivés ;
- Recruter un anatomo-pathologiste pour l'hôpital de Sikasso.

### **6.2.2. Aux personnels de santé**

- Informer, éduquer la population pour le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses ;
- Remplir correctement les dossiers ;
- Encourager pour le don de sang ;
- Prévoir du sang avant toutes interventions chirurgicales ;
- Dépister les facteurs de risque des dystocies mécaniques.

### **6.2.3. Aux populations**

- Fréquenter les services de dépistages des lésions précancéreuses ;
- Consulter à temps pour des troubles gynécologiques ;
- Suivre les conseils des prestataires en matière de santé de reproduction.

# REFERENCES

## VII. REFERENCES

- 1. Lansac J, Body G, Magnin G.** La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. Elsevier-Masson, 2011, ISBN : 978-2-294-02095-7. Page 160 à 187.
- 2. Chapron C, Dubuisson JB.** Hystérectomie totale pour pathologie bénigne : techniques cœlio-chirurgicales et indications. Encycl. Med Chir (Paris. France). Technique chirurgicale, urologie-Gynécologie 41655 1995 ; 12p.
- 3. Lansac J, Body G, Magnin G.** La pratique chirurgicale en gynécologie-Obstétricale. Masson ; PARIS 1998. Page 23 à 48 ; 227 à 242.
- 4. Thouet RGN.** Obstetric hysterectomy. An 11years experience. BrJ Obstet Gynecol.1986 ; 93 : 794-8.
- 5. Balde IS, Diallo BS, Sy T, Diallo Y, Mamy MN, Diallo MH, Bah EM, Diallo TS, Keita N.** Les hystérectomies au CHU de Conakry: caractéristiques sociodémographiques et cliniques, types, indications, voies d'abord et pronostic. Med Sante Trop 2014 ; 24 : 379-382.
- 6. Diouf A et coll.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence, Contraception fertilité, sexualité à propos de 35 cas. Thèse Med. Dakar 1998. 26 (2) 167-172
- 7. Guindo A.** L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali. Thèse Bamako 2019. n ° 94 ,53p.
- 8. Kamina P.** Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique : Eds Maloine, Paris, 2000, 326p.
- 9. Drabo A.** Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques. A Propos de 25 casThèse Med. Bamako 2000. n° 17. 132P.
- 10. Dezh F.** Hémorragies graves en obstétrique : 35ème congrès National D'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation Paris Masson 1993 : 511-529.



- 11. Goro M.** Les Hystérectomies au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako à propos de 107cas.Thèse Med. Bamako 2015. n°304. 98P.
- 12. Subtil D, Cosson M, Vinatier D, Masson, Williams & Wilkins.** Epidémiologie des Hystérectomies. Hystérectomies pour pathologies bénignes. Paris-France ; 1997 : 151-9.
- 13. Mangara F S.** Les hystérectomies dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali à propos de 37 cas. Thèse Med. Bamako 2015.n° 125-page 36.
- 14. Guirou A.** Etude épidémiologique et clinique des hystérectomies à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 57cas.Thèse de Med. 2013, n°290. 72P.
- 15. Mathlouthi N, Trabelsi H, Sonia Z, Amouri H, Dhouib M, Chaabene K, Ayadi M, Kolsi K, Ben AB, Guermazi M.** Hystérectomie d'hémostase : Indications et pronostic. LATUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°08/09) : 625 – 62.
- 16. Nayama M, Moulaye AA, Djibril B, Garba M, Idi N, Boukerrou M.** Les hystérectomies d'hémostase en pays sous-équipés : un geste vita. Etude prospective dans une maternité de référence au Niger. Gynecol Obstet Fertil 2006 ; 34 : 900-5.
- 17. Sy T, Leno DWA, Conte I, Camara MK, Diallo AB, Bah IK, Hamadou MA, Tolno J, Hyjazi Y, Keïta N.** Hystérectomie obstétricale : trois ans d'expérience à la Maternité Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. Journal de la SAGO, 2017, 18(1) : 22-26.
- 18. Racinet C et coll.** Hystérectomie sur utérus gravide. Encycl Med Chir Tech Chir Urologie- Gynécologie 1991 ; 41905 : 1-10
- 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 LM, Shimmer DB, Paul RH, Michel DR.** Emergency peripartum hysterectomy and associated Risk factors. Amr S Obstet Gynécol. 1996 ; 168 : 879-83.

**21. Randriambelomanana JA et al.** Les hystérectomies obstétricales réalisées au service de Maternité du CHU de Toamasina Madagascar. Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2011 ; 3(1) : 8-11.

# ANNEXES

## VIII. ANNEXES

### Annexe 1: FICHE SIGNALETIQUE

Nom : MALLE

Prénom : Sékou

Titre de thèse : Hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Tel. : 71 27 80 58

Email : mallesekou1@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

**Résumé :** Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective allant du **1er janvier 2017 au 31 décembre 2020 soit 4 ans** dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Cette étude avait comme objectif d'étudier les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Au terme de cette étude 86 cas d'hystérectomies ont été enregistrés sur 2853 interventions chirurgicales, soit une fréquence de 3,01%.

Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus ont été les plus représentées soit une fréquence 30,2% chacune. Les âges extrêmes étaient 19 et 73 ans avec l'âge moyen à 44,23 ans. Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 46,5%.

Les principales indications de l'hystérectomie ont été le prolapsus utérin du 3<sup>ème</sup> degré (34,9%), le fibrome utérin (23,3%) et la rupture utérine (20,9%).

La voie haute était la plus utilisée (56 cas) contre la voie basse (30 cas).

Les types d'hystérectomies réalisées étaient : l'hystérectomie totale inter annexielle (58,1%), l'hystérectomie avec annexectomie bilatérale (23,3%), l'hystérectomie subtotale (18,6%).

Le pronostic était bon avec moins de complications per et postopératoires : le taux de décès enregistré était 1,3% ; les lésions vésicales (2,3%) ; l'hémorragie (7%) ; l'anémie (25,6%) ; la suppuration pariétale (2,3%) et l'anurie (1,2%).

**Mots clés :** Hystérectomie, indications, Pronostic, Hôpital de Sikasso, Mali.

## **Annexe 2: FICHE D'ENQUETE NUMERO**

### **I- Caractéristiques sociodémographiques**

Q1 Nom et Prénoms .....

Q2 Age /\_\_\_\_\_/ 1. <20ans 2.20-30ans 3.30-40ans 4.40-50ans 5.50ans et plus

Q3 Ethnie /\_\_\_\_\_/ 1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Senoufo 5. Sarakolé 6. Dogon 7. Samogo 8. Bwas 9. Mianka 10. Autres

Q4 Statut matrimonial:/\_\_\_\_\_/ 1. Polygame 2. Monogame 3. Célibataire .4. Veuve 5. Divorcé

Q5 Profession /\_\_\_\_\_/ 1. Ménagère 2. Commerçante 3. Elève/Etudiante 4. Fonctionnaire 5. Autres

Q6 Niveau d'instruction : /\_\_\_\_\_/ 1. Non scolarisée 2. Primaire 3. Secondaire 3. Universitaire 4. École coranique

Q7 Provenance /\_\_\_\_\_/ 1. Sikasso ville 2. Hors Sikasso ville 3. Autre région du Mali 4. Hors mali 5. Autre

### **II Étude clinique :**

Q8 Mode d'admission /\_\_\_\_\_/ 1. Venue d'elle-même 2. Référée 3. Evacuée

Q9 Si referee ou évacuée provenance /\_\_\_\_\_/ 1. CS Réf 2. CSCOM 3. Structure privée

Q10 Motif de consultation /\_\_\_\_\_/ 1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital

4. Sensation de masse pelvienne .5. Saignements post-coïtaux 6. Hémorragie intra-partum

7. hémorragie post partum immédiat 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. Césarienne 4. Myomectomie 5 Appendicectomie 6. Autres 7. Aucun

Q13 Les antécédents obstétricaux :

a- Gestités / \_\_\_\_/ 1. Multi geste 2. Primigeste 3 pauci-geste 4. Multigeste

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

Q14 Est-elle ménopausée ? / \_\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

Q15 Si oui à quel âge 1. <40ans 2. 40 et plus

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.Placenta Accréta 5. Néoplasie du col de l'utérus 6. Adénomyose 7.HRP 8. Atonie utérine 9. Autres

C - Les examens complémentaires

a) La biologie :

Q18 La NFS / \_\_\_\_/ 1. Taux d'Hb  $\leq 5g/dl$  2. Taux d'Hb :  $7g/dl$  3. Taux d'Hb :  $8g/dl$  4. Taux d'Hb :  $9-12g/dl$

Q19 VS / \_\_\_\_/ 1. Normale 2. Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q20 Glycémie / \_\_\_\_/ 1 Normale Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q21 Groupe Sanguin rhésus / \_\_\_\_/

Q22 TCK / \_\_\_\_/ 1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q23 TS / \_\_\_\_/ 1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q24 Azotémie / \_\_\_\_/ 1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q25 Test de dépistage du cancer du col / \_\_\_\_/ 1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q26 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie / \_\_\_\_/ 1. Cancer in situ 2. Invasif 3. Non fait

b) Imagerie

Q27 Echographie pelvienne/ \_\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

Q28 Hystérosalpingographie/ \_\_\_\_/ Résultat.....

1. Oui 2. Non

Q29 Radiographie du thorax 1. Oui 2. Non

Q30 Consultation pré anesthésique /\_\_\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

### III-INDICATION

Q31-Indication de l'hystérectomie

1-Rupture utérine 2-atonie utérine 3-Trouble de la coagulation 4-grossesse molaire 5-cancer du col 6-uterus polymyomateux 7-prolapsus utérin 8-autres

Q32 Type d'hystérectomie /\_\_\_\_\_/ 1. Hystérectomie totale inter annexielle 2. Hystérectomie avec Annexectomie unilatérale 3. Hystérectomie avec annexectomie bilatérale 4. Hystérectomie Subtotale

Q33 Gestes secondaires/\_\_\_\_\_/ 1. Appendicectomie 2. Périnéorrhaphie 3- Autre 4-aucun

Q34 Qualification de l'opérateur /\_\_\_\_\_/ 1. Gynéco-obstétricien 2. Chirurgien 3. Médecin généraliste 4. Autre

Q35 Qualification de l'anesthésiste /\_\_\_\_\_/ 1. Médecin anesthésiste 2. Assistant anesthésiste 3. Autre

Q36 Anesthésie /\_\_\_\_\_/ 1. Loco régionale 2. Générale 3. AG +ALR

Q37 Voie d'abord de laparotomie utilisée /\_\_\_\_\_/ 1. Abdominale 2. Vaginale 3. Coeliochirurgie 4. Mixte

Q38 Diagnostic per- opératoire /\_\_\_\_\_/ 1. Idem 2. Autres

Q39 Complications per opératoire /\_\_\_\_\_/ 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. Fistule urinaire 8. Autres 9. Aucun

Q41 Complications tardives/\_\_\_\_\_/ 1. Dyspareunie 2. Algie pelvienne chronique 3. Autres 4. Aucun

Q42 Durée de l'intervention /\_\_\_\_\_/



#### **IV-Traitement Médical**

Q43 Transfusion / \_\_\_\_ / 1. Oui 2. Non

Q44 Macromolécules / \_\_\_\_ / 1.oui 2.non

Q45 PFC/ \_\_\_\_ / 1.oui 2.non

Q46 Antibioprophylaxie per opératoire / \_\_\_\_ / 1 Oui 2. Non

Q47 Antibioprophylaxie postopératoire / \_\_\_\_ / 1 Oui 2. Non

Q48 Si Oui Durée / \_\_\_\_ /

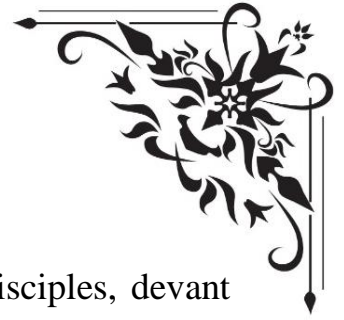
Q49 Autre traitement reçu a précisé : -----

Q50 Durée d'hospitalisation / \_\_\_\_ / 1. < à 5jours 2. Sup à 5 jours

Q51Etat a la sortie / \_\_\_\_ /1. Bon 2 Mauvais 3. Évacuée 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'Être 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 leurs pères.

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 !