

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°

MEMOIRE

**HYSTERECTOMIE POUR PATHOLOGIE GYNECOLOGIQUE
DANS LE SEVICE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DE
L'HOPITAL DU MALI**

Présentée et soutenue publiquement le 01/04/2023 devant
la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. ADAMA KANTE

**POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDE SPECIALISE EN
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (DES)**

Jury

Président : Pr TRAORE YOUSOUF

Membres : Pr KANTE IBRAHIM Ousmane

Pr FANE SEYDOU

Pr AMINATA KOUMA

DEDICACES

Je dédie ce travail :

-A ma Mère : Feue Ouaraba Coulibaly

Toi qui as dirigé mes premiers pas, tu t'es investi corps et âme pour la réussite de tes enfants tu nous as soutenus jusqu'à ton dernier soupir. Ce travail te revient intégralement. Chère Maman repose en paix.

-A mon père : Feu Souleymane Kanté

Vous nous avez quittés à l'aube de mes études. C'est ce que Allah le tout puissant a voulu. Que Dieu puisse me donner la faculté d'être à la hauteur de votre espoir. Repose en paix papa.

-A mes frères et sœurs :

Vos aides ne m'ont jamais fait défaut, elles m'ont été précieuses tout au long de mes études. Vous avez fait de ma réussite une préoccupation quotidienne. Les mots me manquent aujourd'hui pour vous remercier pour tant d'efforts consentis. Que ce travail soit le témoignage de toute mon affection.

-A ma grand-mère Nounkan BALLO :

Tu aurais voulu me voir terminer mes études, mais la vie nette ne l'a pas permis. Que tes bénédictions nous accompagnent toute la vie.

REMERCIEMENTS

A Allah le tout puissant, omniscient, clément et Miséricordieux et a son Prophète Mohamed (SAW) pour m'avoir donné la santé, la force nécessaire et le courage pour mener à bien ce travail.

A mes chers maîtres et encadreur pour la qualité de l'enseignement et de l'encadrement reçu.

A Tout le personnel du service de gynécologie du CHU Gabriel Touré, du point G, de Kati et des CSRéf du district de Bamako pour leur collaboration pendant ma formation..

A ma famille et à tous mes parents pour leur soutien indéfectible.

A mes amis et collègues pour leur soutien et leur collaboration.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu et dont j'aurai oublié de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer, mais sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	
OBJECTIFS.....	
II. GENERALITES	
III. METHODOLOGIE	
IV. RESULTATS.....	
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	
VII. REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
VIII. ANNEXE.....	

I. INTRODUCTION:

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation du corps de l'utérus (hystérectomie subtotale), ou en plus du corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale).

Les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie). [1]

C'est une intervention relativement fréquente à l'hôpital du Mali.

Au Canada c'est l'intervention gynécologique la plus réalisée après la Césarienne [2]. Le pourcentage des femmes hystérectomisées de 60 ans est de 37% aux USA, 20% en Angleterre, 15% en Italie, 12% en Suède et 5,8% en France [2,1]

En Occident, Racine et coll. [1], l'évaluent entre 0,013% et 0,722%.

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre. Elle est de 0,53% pour Mute ganga et al. [17] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [18] au Sénégal, de 0,07% pour Sosthène Maggi-Tsonga et al. [19] au Gabon.

Au Mali, sur un total de 337 interventions gynécologiques et obstétricale réalisées à l'Hôpital du Mali entre le 1^{er} Décembre 2017 au 30 Septembre 2018, GUINDO A [20] rapporte un taux de 20,77% ;

Cependant l'hystérectomie est une intervention nécessaire pour améliorer la qualité de vie des femmes. Les indications sont le plus souvent des pathologies bénignes (fibromes hémorragique, prolapsus) ou des pathologies malignes (néoplasie du col utérin, néoplasie de l'endomètre)

Elle peut souvent se compliquer de lésions vésicales, urétrales, digestives et d'hémorragique

Compte tenu de sa fréquence, nous avons décidé de consacrer une étude qui s'intitule les hystérectomies gynécologique dans le service de gynécologie à l'hôpital du Mali. Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

- OBJECTIFS

✓ Objectif général :

Etudier l'hystérectomie gynécologique dans le service de Gynécologie de L'Hôpital du Mali.

✓ Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des hystérectomies gynécologiques.
2. Déterminer les indications des hystérectomies gynécologiques
3. Déterminer les pronostics chez les femmes qui ont subi l'hystérectomie gynécologiques.

II- GENERALITES

1-DEFINITION : L'hystérectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation de l'utérus (hystérectomie subtotale), ou en plus du corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale).

Les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie). [1]

3-RAPPEL ANATOMIQUE :

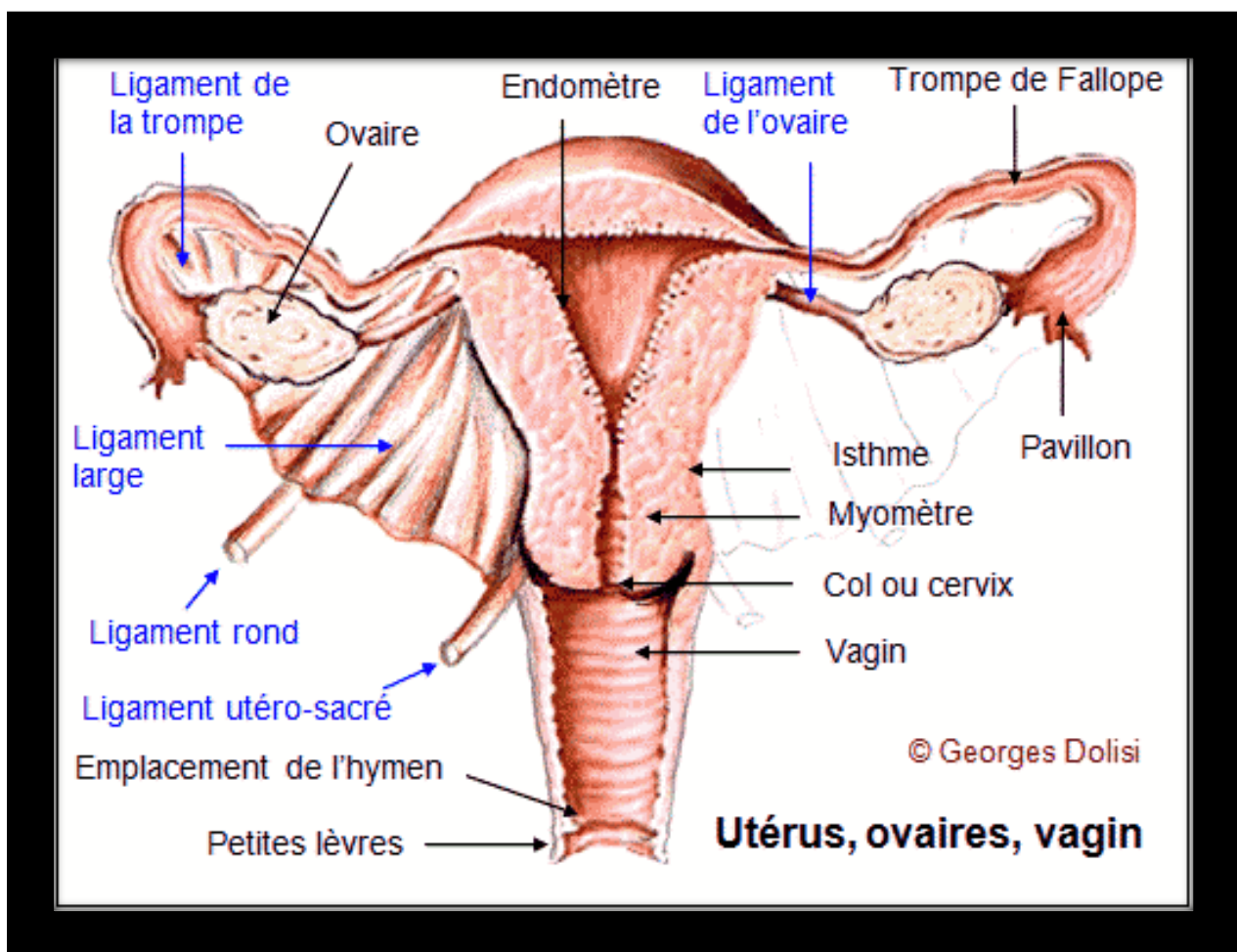


Schéma n°1 : Rappel anatomique :

L'utérus, mot latin, métro en grec désignant tout un organe important du système génital interne féminine destine à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturation. Il subit des

modifications morphologiques et fonctionnelles profondes pendant la grossesse mais d'ordinaire sa muqueuse est le siège de modifications cycliques qui aboutissent aux règles ou menstrues.

3-1. Anatomie descriptive :

3-1.1 Situation :

Organe impaire, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus de vagin dans lequel il fait saillie.

3-1.2 Morphologie et dimensions :

De consistance ferme mais élastique, il à la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur. L'utérus présente à peu près à égale distance entre le sommet et la base un rétrécissement ou étranglement plus marqué en avant et latéralement séparant l'utérus en deux parties : l'isthme de part et d'autre de l'isthme se trouvent les deux autres parties de l'utérus :

- le corps au-dessus
- le col en dessous

3-1.2.1. Le corps :

Très aplati dans le sens antéropostérieur, on lui décrit deux faces, trois bords, trois angles :

- . Face Antéro-inférieure : presque plane, elle est recouverte de péritoine
- . Face postero-supérieure : fortement convexe, présente une crête médiane
- . Bords latéraux : larges et arrondis, ils donnent insertion aux ligaments larges
- . Fond utérin : base du cône, rectiligne ou convexe en haut
- . Angles latéraux : supérieurs ou cornes utérines d'où se détachent en avant les ligaments ronds en ligaments arrière les trompes utérines et les utéroovariens
- . Angle inférieur : sommet du cône, répond à l'isthme.

3-2.2.2. L'isthme :

Etranglement peu marqué, il va se dilater pour loger la tête fœtale au cours de la grossesse, formant le segment inférieur. C'est là qu'on incise l'utérus lors de la césarienne.

3-2.2.3. Le col :

En forme de barillet, il donne insertion au vagin suivant une ligne large de ½ cm environ, oblique en bas et en avant. On peut lui distinguer donc trois parties :

-Supra vaginale qui se continue avec le corps

-Vaginale

-Intra-vaginale encore appelée museau de tanche, accessible au toucher vaginal et au speculum. Elle compte deux lèvres, un orifice externe dont la forme varie selon la parité, (nullipare, primipare, multipare).

Les dimensions de l'utérus varient suivant la parité

3-2.3 Direction de l'utérus :

- l'utérus est antéversé : L'axe d'ensemble de l'organe est oblique en haut et en avant formant avec l'axe vaginal un angle ouvert en bas et en avant.

- l'utérus est entéléchie : L'axe du corps forme avec celui du col un angle ouvert en bas et en avant d'environ 120°. Le sommet de cet angle correspond à l'isthme.

A cote de ces positions normales, il y a des variations telles que : la rétroversion, La rétroflexion.

3-2.4 Configuration intérieure :

- La cavité utérine explorée par l'hystérogaphie est aplatie de forme d'un triangle isocèle aux bords concaves. Les trompes se détachent des angles supérieurs. Les Parois sont lisses et accolées. La profondeur de cette cavité mesurée à l'hystéromètre est de 6cm.La cavité cervicale en forme de fuseau, présente deux orifices :

-externe au sommet du museau de tanche

-interne au niveau de l'isthme.

Elle est sillonnée par les plis de l'arbre de vie peu visible sur les clichés d'hystérosalpingographie

3-2.5 Anatomie fonctionnelle :

Les systèmes de maintien de l'utérus sont nombreux et de valeurs différentes. On les classe artificiellement en trois groupes :

- les moyens de soutènement
- les moyens de suspension
- les moyens d'orientation

Les moyens de soutènement (système actif) :

.la vessie sur laquelle l'utérus prend appui est soutenu par le vagin à sa base

. Le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par l'anneau fibreux central du périnée.

. Le vagin représente un hamac qui soutient le système urogénital

-les éléments musculaires en particulier le releveur de l'anus (faisceaux interne) permettent la fixation et la mobilisation du vagin

-les éléments fibreux conjonctifs :(fascia pelvien, fascia vaginal, parcevin) participent également au soutènement de l'utérus.

Le système de soutènement sert de contre appui aux extraits abdominaux.

Les moyens de suspension :

En arrière : les ligaments utéro sacrés (2)

-en avant : les ligaments pubo-vesico utérins

-latéralement : le paramètre et le parcevin

Les moyens d'orientation :

Ils sont essentiellement cor poreaux :

-ligaments ronds : responsables de l'antéflexion

-ligaments utéro sacrés : responsables de l'antéversion

-le mésomère : limite la latérotation

3-3. Anatomie topographique :

3-3.1 Les rapports péritonéaux :

Les ligaments de l'utérus le péritoine qui tapisse les faces de l'utérus est soulevé par des ligaments en autant de replis : 2 ligaments larges, 2 ligaments ronds, 2 ligaments utéro ovariens, 2 ligaments utéro sacrés, 2 ligaments vesico-uterins.

Ligaments larges :

Unissent les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne. Constitue par deux lames péritonéales, ils constituent deux cloisons transversales divisant la cavité péritonéale en espace pré et retro ligamentaire. De forme quadrilatère, ils présentent à décrire deux faces et quatre bords.

-Face antérieure : est la réflexion en avant et en dehors du péritoine qui a tapissé la face antérieure de l'utérus

L'espace pré ligamentaire prolonge totalement le cul de sac vesico-uterins.

-Face postérieure : réflexion du péritoine de la face postérieure de l'utérus (portion sus-vaginale) : mesovarium

- le bord supérieur : longé par la trompe utérine, il est constitué par le mesosalpinx qui forme l'aile supérieur du ligament large.

-Le bord inférieur ou base : constitue pas l'écartement des deux (2) feuillets, il donne accès aux vaisseaux et nerf utérins et est limite par la tente de l'artère utérine.

-le bord interne : s'écarte pour envelopper l'utérus.

-le bord externe : s'écarte en deux feuillets au niveau de la paroi pelvienne. Il donne passage au pédicule ovarien dans sa partie supérieure.

Ligaments ronds :

Ce sont des cordons arrondis, Long de 10 à 15 cm, épais de 5 mm ; tendus entre les cornes utérines et la région inguino- pelvienne.

Ils croisent les vaisseaux iliaques externes avant de s'engager dans le canal inguinal pour se terminer dans le tissu cellulaire du Mont de Venus et des grandes lèvres.

Ligaments utéro-ovariens :

Tendus de l'angle utérin au-dessous et en arrière de la trompe, au pôle inférieur de l'ovaire, au niveau du mesovarium.

Ligaments utéro sacrés :

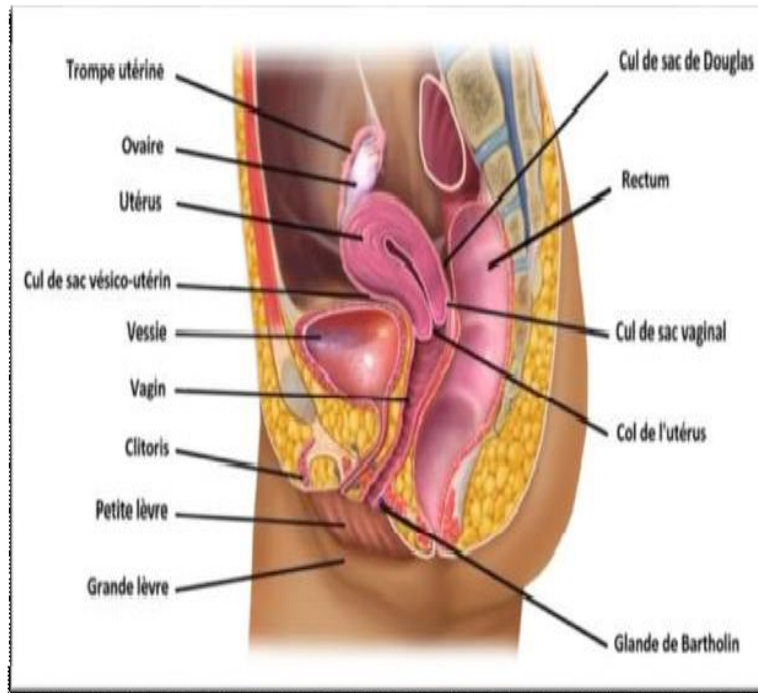
Unissent le col utérin (face postérieure) au sacrum. Ils contiennent le plexus nerveux hypogastrique. Ils sont réunis en avant par un ligament transversal : le torus utérin. En arrière, ils englobent le rectum, limitant latéralement le Douglas et se terminent au niveau des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} trous sacrés. Parfois remontent jusqu'au promontoire.

Ligaments vesico-utérins :

Vont de la face antérieure du col utérin à la face postérieure de la vessie, bordant latéralement le cul-de-sac vesico-utérin font partie de la lame pubo-vesico-utero-recto-sacrée.

3-3.2- Rapport avec les organes :

- Face antérieure : répond à la vessie
- Face postérieure : répond au grêle, au sigmoïde, au rectum par le biais du Douglas
- Bords latéraux : au-dessus de l'artère utérine répondent au meso-mètre
.au-dessous de l'artère utérine répondent aux paramètres (artère vaginale, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique).



Crâniale
 ↑
 ↘ Gauche

KAMINA

Figure 2 : Coupe sagittale de l'appareil génital féminin montrant les rapports de l'utérus d'après G bastide [8]

3-4. Anatomie microscopique :

La paroi utérine étudiée au microscope se révèle constituée de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : le péritoine, la musculuse (myomètre) et la muqueuse (endomètre).

3-4.1 La séreuse :

Elle est constituée d'éléments conjonctivo-élastiques que recouvre l'épithélium péritonéal.

3-4.2 La musculuse (myomètre) :

Au niveau du corps utérin

Elle comprend trois (3) couches :

- la couche sous séreuse
- la couche supra vasculaire
- la couche sous muqueuse

3-4.3 La tunique muqueuse :

Mince et friable, d'aspect et de structure variables suivant l'endroit où on se trouve dans l'utérus.

3-5 Vascularisation utérine :

3-5.1 Artères :

L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique et accessoirement par les artères ovariennes et du ligament rond.

* Artère utérine

Origine :

Nait du tronc antérieur de l'artère hypogastrique soit isolément soit d'un tronc commun avec l'artère ombilicale et la vaginale.

Trajet :

Se présente en trois segments : retro-ligamentaire, sous-ligamentaire et intra-ligamentaire. Elle décrit une courbe à concavité supérieure et est longue de 15 cm.

Terminaison :

Elle se termine sous l'ovaire en s'anastomosant avec l'artère ovarienne. A côté de l'artère utérine se trouvent les branches collatérales :

. Segment sous-ligamentaire

-Rameau urétéral

-Branches vésicaux-vaginales

-Artère cervico-vaginale

. Segment intra-ligamentaire

-Les artères du col qui participent au cercle d'huilier

-Les artères du corps, courtes et tire-bouchonnées

-Les rameaux du ligament large

. Dans sa portion terminale

-La rétrograde du fond, artère de l'insertion placentaire-artère tubaire interne

-Artère ovarienne

3-5.2 Les veines :

Il y a deux plexus veineux qui drainent l'utérus.

-Le plexus principal :

Il est retro urétéral et est le plus volumineux.

- Le plexus accessoire :

Il est pre-ureteral et satellite de l'artère utérine.

Les veines drainent le sang veineux utérin dans la veine iliaque interne.

4-Techniques d'hystérectomies totales abdominales conservatrices:

Après laparotomie on réalise :

- Une tension de l'utérus suivie de l'ouverture du ligament large
- Ligature et section des ligaments ronds
- Décollement de la vessie
- Ligature et section des pédicules utérins
- Section des ligaments utéro sacrés
- Fermeture de la fourchette vaginale
- La peritonisation au besoin
- Fermeture de la cavité abdominale ; pansement

5-Technique de l'hystérectomie par voie vaginale:

Après installation en position gynécologique :

- Traction continue sur le col
- Décollement et dilacération des parois cervicales
- Décollement et fixation de la vessie
- Ligature et section des ligaments utéro sacrés
- Ligature et section des pédicules utérins
- Ouverture du péritoine
- Individualisation, ligature et section des annexes
- Ablation de l'utérus
- Fermeture ou encore le goudronnage des zones de section.

6. Technique chirurgicales actuelles :

6-1. Prise en charge de la patiente :

6-1.1 Préparation per-opératoire :

La préparation est surtout psychologique : des explications détaillées doivent être fournies concernant les conséquences éventuelles de l'intervention. Il faut également insister sur le risque éventuel d'un changement de voie d'abord avec passage d'une hystérectomie vaginale à une hystérectomie abdominale.

7. Indications : [11, 12,13, 14, 15]

Peuvent être de 2 grands ordres :

- raisons fonctionnelles ; saignements abondants ou des douleurs invalidantes ou encore une compression d'organes de voisinage (gros fibrome l'adénomyose,
- lésions pré cancéreuses de l'endomètre ou du col; un prolapsus utérin

7-1 Pathologies bénignes :

Les principales pathologies concernées sont :

7-1.1- Les fibromes utérins :

Définition :

Les fibromes sont des tumeurs bénignes qui peuvent se développer en divers endroits de l'utérus.

7-1.2- L'adénomyose :

L'**adénomyose** est un type d'endométriose interne ; elle est définie par la présence de glandes endométriales et de stroma céto-gène à l'intérieur du myomètre.

7-1.3- Le prolapsus génital :

Le prolapsus génital est un trouble de la statique pelvienne se manifestant par l'issue des parois vaginales à la vulve. Les viscères adjacents accompagnent les

parois vaginales et donnent leur nom aux différents éléments du prolapsus. Le prolapsus génital est divisé en trois étages : antérieur, fundique et postérieur.

7-2. Les pathologies malignes nécessitant une hystérectomie :

Il s'agit des cancers du col utérin, de l'endomètre et de l'ovaire.

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

Le service de gynécologie comporte :

- deux salles pour les consultations externes
- une salle de dépistage du cancer du col
- Un bloc opératoire partagé avec les autres services de chirurgie
- quatre salles d'hospitalisations dont une salle VIP ; une salle a deux lits ; une salle à quatre lits ; et une salle à huit lits

Le personnel se compose de :

- quatre médecins gynécologues obstétriciens, dont un Maitre-assistant qui est le chef de service et 2attachés de recherche
- Cinq sages-femmes
- Cinq infirmières obstétriciennes dont trois contractuelles qui assurent la garde

Les activités du service sont programmées comme suit :

- quatre jours pour les consultations gynécologiques et obstétricales : Lundi, Mercredi, jeudi et vendredi
- Trois jours de dépistage du cancer du col : Lundi, Mercredi, vendredi
- Deux jours d'intervention chirurgicale pour les patientes programmées : Mardi et jeudi
- Une visite quotidienne des malades hospitalisées.

L'équipe chinoise :

Dans le cadre de la coopération bilatérale entre la République du Mali et la République Populaire de Chine, il existe au niveau de l'hôpital une équipe médicale chinoise composée de trente un (31) agents dont un gynécologue pour le service de gynécologie

2- Type et periode d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective et prospective qui s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali ; allant de 1^{er} Décembre 2020 au 30 avril 2022.(16 mois)

3- Population d'étude :

Elle était constituée par l'ensemble des Patientes qui ont subi une intervention chirurgicale pendant la période d'étude.

4-Echantillons :

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif portant sur toutes les femmes admises pour hystérectomie dans le service pendant la période d'étude.

Critère d'inclusion :

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une hystérectomie gynécologique dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali pendant la periode d'étude.

Critère de non inclusion :

Toute autre intervention en dehors des hystérectomies gynécologiques.

5- Support des données :

Un questionnaire a servi de support à la collecte ;

Les sources de données étaient constituées par les dossiers des patientes, le registre de compte rendu opératoire.

6- Les variables :

Les variables étudiées sont les suivants.

Les variables quantitatives : âge.

Les variables qualitatives :

- Socio-démographiques : sexe, statut matrimonial, profession, ethnie,
- Les données cliniques: renseignements cliniques.
- Les données therapeutiques

Les données para cliniques: données échographiques,

Les données biologiques.

- Les indications de l'hystérectomie.
- Les données thérapeutiques
- Les complications
- Le pronostic

7-Aspect Ethique :

- Nous avons tenu à la préservation de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.
- Notre étude n'a porté aucun préjudice aux patientes inclus dans l'étude, mais a contribué plutôt à améliorer la qualité de vie de ces femmes.
- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne renfermaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques sur les patientes ayant subi l'hystérectomie.

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

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel SPSS

Le document a été saisi et mis en forme avec le Microsoft Word version 2016.

V. RESULTATS

Nous avons colligé 24 cas d'hystérectomies gynécologiques sur 560 cas d'interventions soit une fréquence de 4,32%

Tableau I: Répartition des femmes selon l'âge

Tranche Age (an)	Effectif	Pourcentage
30 - 40	7	29,2
41- 50	8	33,3
51 et plus	9	37,5
Total	24	100

Figure 3 : Répartition des femmes selon statut matrimonial

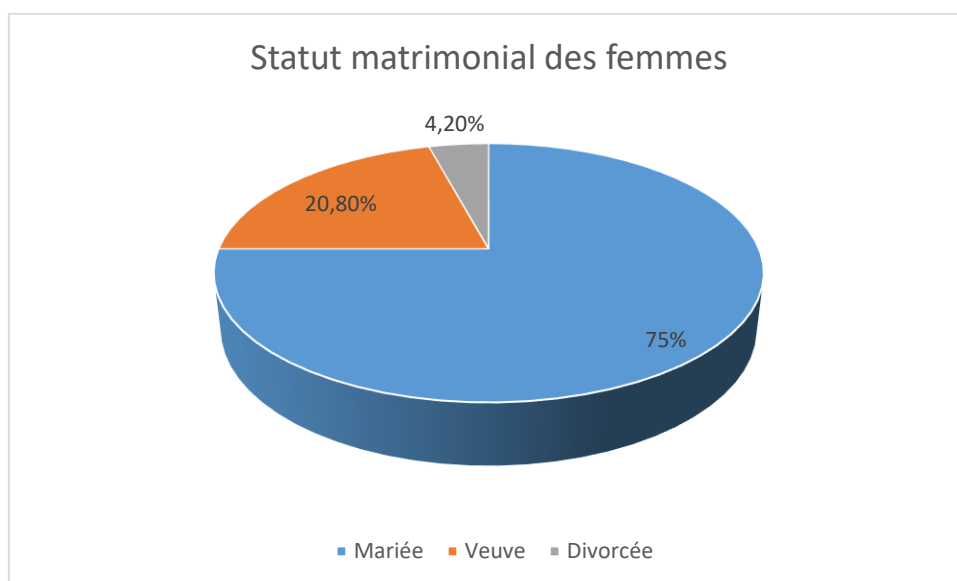
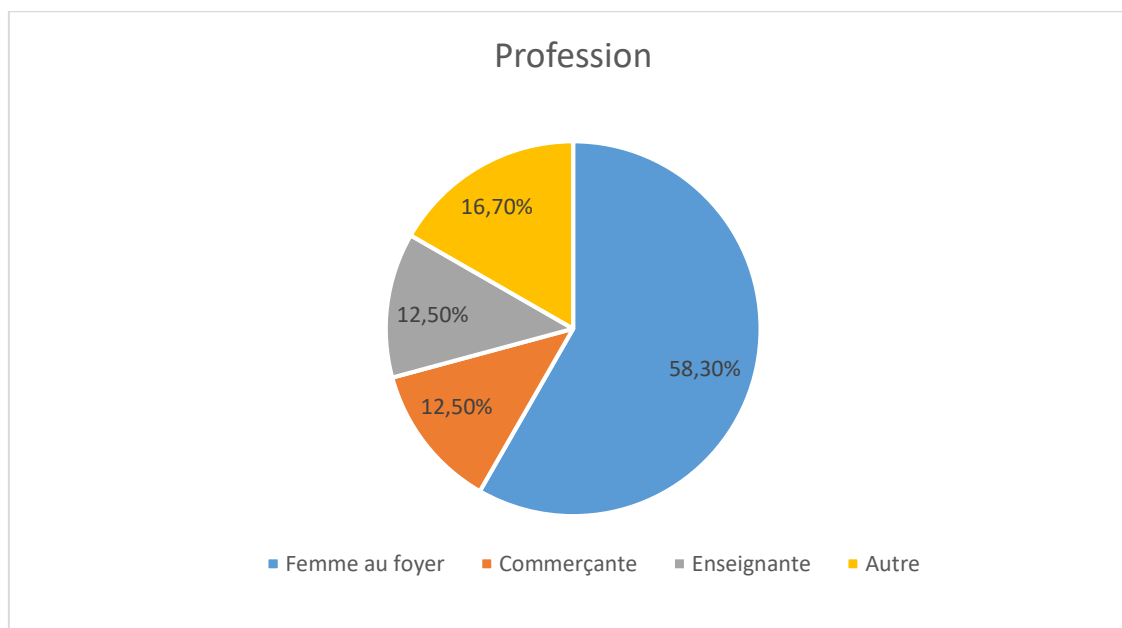


Figure 4 : Répartition des femmes selon la profession



Autre : étudiante : 1, retraités : 3.

Tableau II: Répartition des femmes selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	20	83,3
En dehors de Bamako	4	16,7
Total	24	100

La majeure partie de nos patientes soit 83,3% résidaient à Bamako.

Tableau III: Répartition des femmes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	12	50
Diabète	4	16,7
Hypertension artérielle	8	33,3
Total	24	100

La moitié de nos patientes soit 50% n'avaient aucun antécédent médical.

Tableau IV: Répartition des femmes selon antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	18	75,0
Césarienne	3	12,5
Myomectomie	1	4,2
Autres	2	8,3
Total	24	100

Soixante-quinze pourcent de nos patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical.

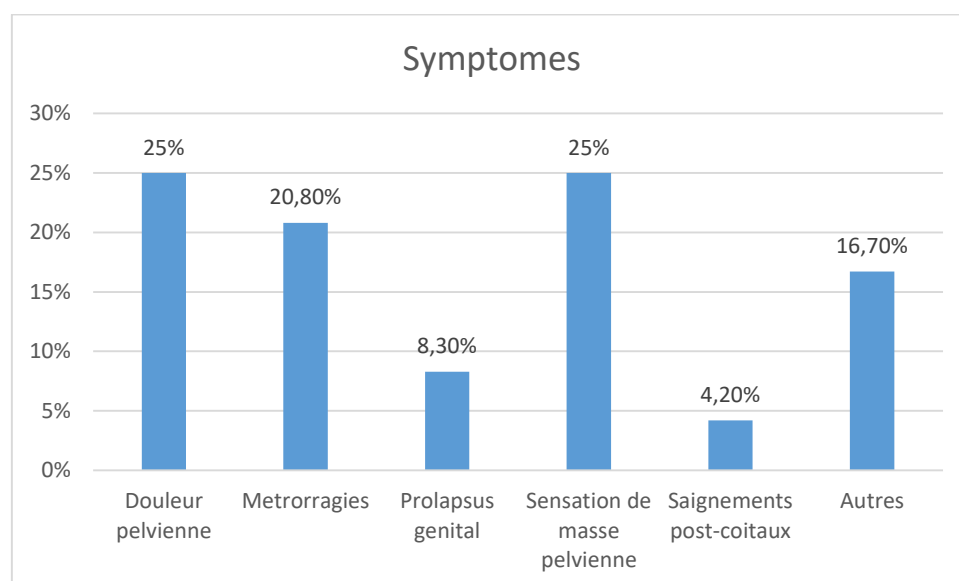
Autres : mastectomie : 1 ; Kystectomie : 1.

Tableau V: Répartition des femmes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	1	4,2
Paucigeste	4	16,7
Multigeste	19	79,2
Total	24	100

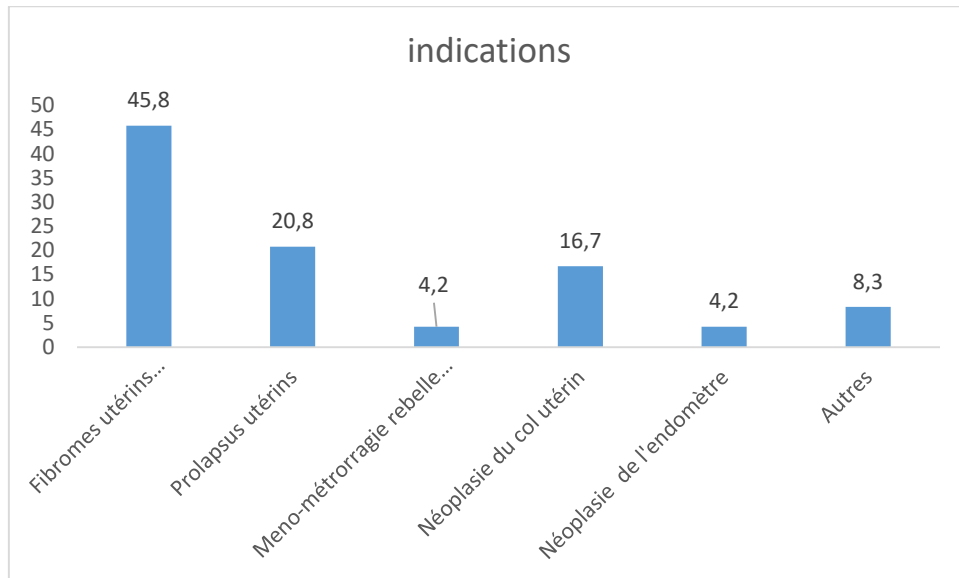
Prèsque 80% de nos patients étaient des multigestes.

Figure 5 : Répartition des femmes selon les signes



Autre : hydrorrhées : 2 ; distensions abdominales :2

Figure 6 : Répartition des femmes selon l'indication de l'hystérectomie



Autre : tumeur maligne de l'ovaire : 1 ; Choriocarcinome : 1.

Tableau VI: Répartition des femmes selon la voie d'abord utilisée

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Abdominale	15	62,5
Vaginale	9	37,5
Total	24	100

Figure 7 : Répartition des femmes selon le type d'hystérectomie posée

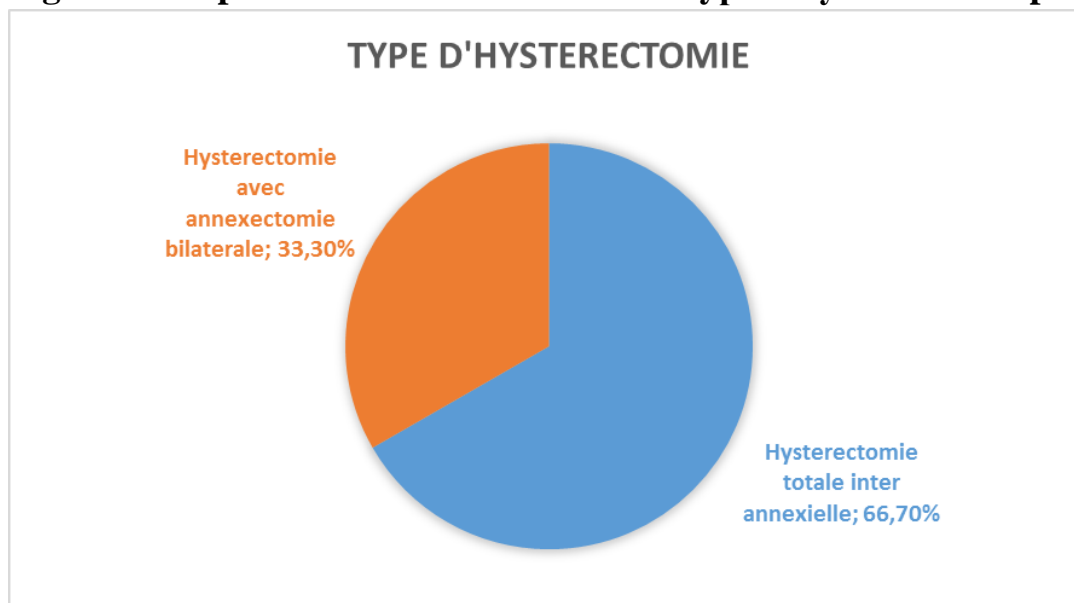


Tableau VIII: Répartition des femmes selon les complications

Complication secondaire	Effectif	Pourcentage
Anémie	3	12,5
Aucune	21	87,5
Total	24	100

Tableau IX: Répartition des femmes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
< 5 jours	23	95,8
> 5 jours	1	4,2
Total	24	100

Tableau X: Répartition des femmes selon le pronostic

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Aucune complication	21	87,5
Complication per opératoire	0	0
Complication post opératoire	3	12,5
Total	24	100

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective et prospective des données. Nos difficultés rencontrées ont été le non renseignement de certains dossiers médicaux, les mauvais archivages du dossier médical, les coupures d'électricité, la perte de vue des patientes après leur exéat. L'impact de ces difficultés sur notre étude fut surtout l'exclusion de beaucoup de dossiers non exploitables pour information incomplète et la difficulté d'avoir le pronostic à long terme.

1. fréquence

La fréquence de l'hystérectomie gynécologique dans notre étude a été de 4,32%

La plus jeune femme avait 35 ans et la plus âgée avait 70 ans

Les 51 ans et plus étaient les plus retrouvées l'âge moyen était de 41 ans

La fréquence de l'hystérectomie est très variable d'une étude à l'autre.

Dans notre étude elle est de 4,32% contre une fréquence de 20,77% chez Guindo. A ce qui pourrait s'expliquer par le fait que notre période d'étude qui a coïncidé avec la période de covid 19 et que notre étude ne concernait que les hystérectomies gynécologiques et aussi la non exploitabilité de certains dossiers.

Kouma A. et Naira M. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 11,7% au Point G de 1990 à 1999 [5] et 1,33% en 2008 [16]. Cette différence pourrait être due au fait de la durée d'étude et à la taille de l'échantillon.

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre. Elle est de 0,53% pour Mute ganga et al. [17] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [18] au Sénégal, de 0,07% pour Sosthène Maggi-Tsonga et al. [19] au Gabon et de 0,11% pour Zumba et al. [9] au Nigeria. Les 51 ans et plus étaient les plus fréquents 37,5% même fréquence retrouvée chez la plus part des auteurs. La tranche d'âge 51 ans et plus est incluse dans la période de ménopause. Ceci explique que la période de ménopause est la plus touchée, période à laquelle les indications d'hystérectomie gynécologique sont fréquentes.

Plus de la moitié de nos patientes soit 58,3% sont des femmes au foyer, une prédominance retrouvée par **Guindo A** 74.29%.

Presque 80% de nos patients étaient des multi gestes et 16,7% de pauci gestes.

Dans l'étude de Guindo, les grandes multipares représentaient 58 ,57% contre 37,8% Chez **Kouma A.** [17]. Par contre **Naira M.** a trouvé une proportion de multipare soit 44,20%.

Dans toutes ces études, la fréquence des multipares reste élevée.

Dans notre série les patientes sans antécédent chirurgical étaient majoritaires soit 75%. **Kouma A.** [17] et **Guindo** [20] ont trouvé proportionnellement 83,8% et 57,14%.

2. Aspects cliniques

Pour notre étude, la douleur pelvienne, la Sensation de masse pelvienne et les metrorragies ont été les principaux signes d'appels soit respectivement 25%, 25% et 20,3%. Cela s'explique par la fréquence élevée des fibrome dans notre population surtout la race noir.

Guindo A [20] et Kouma A ont trouvé respectivement 30% et 39,6% pour la douleur pelvienne.

3. L'indication

Dans notre étude, la pathologie la plus représentée a été le fibrome utérin à 45,83% soit chez 11/24 femmes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la fréquence élevée des fibromes dans des fibrome est

Chez **Guindo**, le fibrome utérin était le plus représenté avec 32 ,86% soit 23 cas.

4. Traitement

La voie d'abord la plus utilisée a été la voie abdominale à 62,5% soit chez 15 femmes contre 37,5% soit 09 femmes qui ont bénéficiés d'un abord vaginal. Dans notre étude il existe une relation entre la voie d'abord et les indications.

Pour Guindo, les hystérectomies inter-annexielles représentaient 60%, les hystérectomies subtotaux 1,43%, les hystérectomies avec annexectomie bilatérale 38,57%. Dans notre étude, nous avons retrouvé 66,7% de l'hystérectomie totale inter annexielle et 33,3% de l'hystérectomie avec annexectomie bilatérale. Chez Guindo A. 60% des patientes ont aussi subi une hystérectomie totale inter annexielle et 38,57% une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Dans l'étude de Naira M. les hystérectomies inter-annexielles subtotaux étaient plus représentées (52, 8%). Cette technique est rapide, le risque des lésions urétéro-vésicales est réduit mais le moignon cervical doit être surveillé en raison du risque de cancer sur col restant. Sauf contrainte (situation hémodynamique précaire, manque de produit sanguin pour la réanimation), l'hystérectomie totale doit être privilégiée.

5. Le pronostic

Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas à part, 12,5% des femmes soit 03 femmes qui ont bénéficié d'une transfusion sanguine.

La durée d'hospitalisation a été moins de 05 jours soit 95,8% et 100% de nos patientes avaient un bon pronostic.

Ceci peut s'expliquer par l'absence de complication grave en post opératoire.

Le pronostic était bon chez la majorité de nos patientes soit 87%.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion : c'est une intervention relativement fréquente dans le service de gynécologie à l'hôpital du Mali

Le fibrome utérin était l'indication la plus retrouvée.

La voie d'abord la plus utilisée était la voie abdominale (la laparotomie)

L'hystérectomie totale inter annexielle était le type opératoire le plus utilisé

Les suites opératoires ont été simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de 3 à 5 jours. L'anémie était la seule complication post opératoire la plus retrouvée.

Le pronostic était bon en général.

2. LES RECOMMANDATIONS :

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

Aux autorités:

1. Renforcer la compétence du personnel par la formation continue des personnels de santé à l'hôpital du Mali dans la chirurgie par voie basse et en Coeliochirurgie.
3. Recruter des archivistes et des informaticiens pour le service pour permettre un bon archivage des dossiers.
4. Rendre autonomes le bloc opératoire autonome en matière d'électricité

Au personnel de santé :

1. Réaliser systématiquement sur les pièces opératoires des examens anatomie -pathologies
4. Bien renseigner les dossiers médicaux et bien tenir les archives

A la population et à la communauté :

Faire des consultations gynécologiques régulières et de dépistage pour les lésions précancéreuses du col de l'utérus pour toutes les femmes dans le but du diagnostic précoce d'éventuelles pathologies malignes.

De donner des numéros vert de téléphone joignable sur le long terme.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KANTE

Prénom : ADAMA

Titre du Mémoire: L'hystérectomie gynécologique dans le service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali.

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de soutenance : Faculté de médecine et D'odontostomatologie

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako.

RESUME

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective et prospective allant du 1er décembre 2020 au 30 Avril 2022 dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali.

Elle visait à étudier les hystérectomies Gynécologique dans le service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali durant cette période nous avons enregistré 24 cas d'hystérectomie sur 561 cas interventions chirurgicales Gynécologies et obstétricales furent réalisées soit une fréquence de 4, 32%.

La tranche d'âge de 50 ans et plus a été la plus touchée soit une fréquence de 57,14%.

L'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes de 35 et 70 ans.

Le fibrome utérin était le diagnostic le plus fréquent avec 35,71% soit 25 cas

La voie abdominale était la plus pratiquée.

L'hystérectomie total inter annexielle était le type opératoire le plus utilisé
Les suites opératoires ont été simples en générale avec une durée moyenne
d'hospitalisation de 3 à 5 jours. L'anémie était la seule complication post
opératoire la plus retrouvée. Le pronostic était bon en générale.

Mots clés:

VIII. Références Bibliographiques

1. **Thouet RGN.** Obstetric hysterectomy. An 11years experience. BrJ Obstet Gynecol.1986 ; 93 : 794-8.
2. **Villet R. et Salet L.** Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes)
Encycl. Med chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie 41.600.1995, 16P. Paris : SIMEP ; 1994.
3. **Bonnet S, Gonzalez F, Savoie PH, Berkani A, Hornez E, Mocellin N, et al.** Dix ans d'activité des antennes chirurgicales françaises en Côte-d'Ivoire (opération licorne). Académie Nationale de Chirurgie. Séance commune à l'Ecole du Val de Grace. Séance du mercredi 25 juin 2014, Paris. Article
4. **Hasanin A, Sherif N, Elbarbary M, Mansor D.** Providing medical care in unfamiliar settings ; experience of an Egyptian campaign in Uganda. Pan Afr Med J
2014 ; 17 : 111.
- 5 **Kouma A.** Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas Thèse Med. Bamako 2000.n ° 98,84p
6. **Sissoko S.** Les hystérectomies vaginales dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Point G. à propos de 58 cas Thèse Med. Bamako 2001-2002
7. **Mariam Kariba Diakité :** Hystérectomie au service de Gyneco-Obstetrique à l'Hôpital Régional de Kayes à propos de 37 cas ; Année 2010 -2011
8. **Lansac J. Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien 3eme Edition.
Novembre
1988, page 13 - 42.
9. **Lansacs/ Plecomte** Gynécologie pour le praticien, 4eme Edition. Mars 1994, page 14 à 56. Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.
10. **J.Beytout, A.Mansour, H. Laurichesse.** « Antibioprophylaxie en chirurgie Gynécologique » Annales fr d'anesthésie réanimation 13 (1994) 118-127.
11. **Levêque, Y. Eon, B. Colladon, F. Foucher, D. Chaperon, J-Y. Grall, L. Taillanter.**
« Hystérectomies pour pathologie bénigne en région de Bretagne : analyse des Pratiques » J. Journal de gynéco ost et biologie de la reproduction 2000, vol 29, n°1, 41-47.- 144 –
12. **Subtil D, Cosson M, Vinatier D. Masson, Williams & Wilkins.** Epidémiologie des Hystérectomies. Hystérectomies pour pathologies bénignes. Paris-France ; 1997 : 151-9.
13. **L.Cravello, F. Bretelle, D. Cohen, V. Roger, J. Gilly, B. Blanc.** Gynéco

ost

et fertilité

« L'hystérectomie vaginale : à propos d'une série de 1008 interventions » 2001, vol 29, 288-294.

14. Kosary CL. Reis LAG, Miller BA, Hankey BF. Harras A. Edwards UK. SEER cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs, Md: National Cancer Institut. 1995 ; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789)

15. « Hystérectomie pour lésions bénignes : complications per-opératoires et postopératoires précoces » Annales de chirurgie 2000 ; 125 : 340-345.

16. Mariam Niarga Keita les hystérectomies d'urgence au service de Gyneco obstétrique au CHU du Point G à propos de 53 cas. These Med. Bamako 2009.n° 15-8015.

17. Muteganya D. Sindayirwana JB. Ntandikiye C. Ntunda B. Rufyikiri Th. Les hystérectomies Obstétricales au CHU de Kamenge. Une Série de 36 Cas. Med AF Noire 1998 ; 45 : 11-4.

18. Diouf A. et collaborateurs L'hystérectomie obstétricale d'urgence Contraception fertilité sexualité 1998. 26 (2) 167-172.thèse Med

19. Kosary CL. Reis LAG, Miller BA, Hankey BF. Harras A. Edwards UK. SEER cancer statistics review, 1973-1992: tables and graphs, Md: National Cancer Institut. 1995 ; 171-81. (NIH publication N° 95. 2789)

20. APEROU GIUNDO: hystérectomie dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

N° d'ordre.....

I Caractéristique sociodémographique

Q2 Age /_____/

Q3 Ethnie /_____/

1. Bambara 2. Malinkés 3. Peulh 4. Senoufo 5. Sarakolé 6. Dogon 7. Autres

Q4 Statut matrimonial:/_____/

1. Mariée 2. Célibataire 3. Veuve 4. Divorcé

Q5 Profession /_____/

1. Femme au foyer 2. Commerçante 3. Elevé/Etudiante 4.couturiere 5. Enseignantes 5. Autres

Q6 Niveau d'instruction : /_____/

1. Non scolarisée 2. Primaire 3. Fondamentale 4.Secondaire 4.

Supérieur

5. Ecole coranique

Q7 Provenance /_____/

1. Bamako 2. En dehors de Bamako 3. Autre

II Etude clinique :

Q8 Mode d'admission /_____/

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

Q9 Si referée 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. Autres

Q11 Antécédents médicaux /_____/

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

7.Autre

Q12 Les antécédents chirurgicaux : /_____/

1. Aucun 2. Kystectomie 3. Césarienne 4. Myomectomie 5

Appendicectomie

6. GEU 7. Autres

Q13 Les antécédents obstétricaux :

a-Gestité /_____/

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

b- La parité : /_____/

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

c- Nombre d'enfants vivants : /_____/

1. 1-2 Enfants vivants 2. 3-4 Enfants vivants 3. 5-6 Enfants vivants 4.

Plus de 6 Enfants Vivants

Q14 Est-elle ménopausée ? /_____/

1. Oui 2. Non

Q16 Examen général /_____/

1. Bon état général 2. État général passable 3. Etat général altéré

Q17 Le Diagnostic : /_____/

1 Fibromes utérins 2. Prolapsus utérins

3. Meno-métrorragies rebelles 4. Néoplasie du col de l'utérus 5.

Néoplasie de l'endomètre 6. Autres

C - Les examens complémentaires

a) La biologie :

Q18 La NFS /_____/

1. Taux d'Hb ≤5g /dl 2. Taux d'Hb 7g/dl 3. Groupage 8g/dl 4.

Taux d'Hb entre 9-12g/dl

Q20 CRP /_____/

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

Q21 Glycémie /_____/

1 Normale Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q22 Groupe Sanguin rhésus /_____/

Q23 TCK /_____/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q24 TP /_____/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q25 Azotémie /_____/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q26 Test de dépistage du cancer du col /_____/

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q27 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie /_____/

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

b) Imagerie

Q28 Echographie pelvienne/_____/

1. Oui 2. Non

Q29 Hystérosalpingographie/_____/ Résultat.....

1. Oui 2. Non

Q30 Radiographie du thorax

1. Oui 2. Non

Q31 Consultation pré anesthésique /_____/

1. Oui 2. Non

III Traitement : Hystérectomie

Q33 Type d'hystérectomie /_____/

1. Hystérectomie totale inter annexielle 2. Hystérectomie avec Annexectomie unilatérale

2. Hystérectomie avec annexectomie bilatérale 4. Hystérectomie Sub totale

Q34 Gestes secondaires/_____/

1. Curetage ganglionnaire 2. Autre

Q35 Qualification de l'opérateur / _____ /

Q36 Anesthésie / _____ /

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

Q37 Voie d'abord de laparotomie utilisée / _____ /

1. Abdominale 2. Vaginale 3. Coeliochirurgie

Q38 Diagnostic per- opératoire / _____ /

1. Idem 2. Autres

Q39 Complications immédiates / _____ /

1. Lésion vésicale 2. Lésion digestive 3. Lésion Urétérale

4. Hémorragie 5. Anesthésique 6. Choc anaphylactique au sang

7. Aucun

Q40 Complications secondaires / _____ /

1. Suppuration pariétale 2. Occlusion 3. Péritonite 4. Eventration

5. Anémie 6. Septicémie 7. Autres 8. Aucun

Q41 Complications tardives / _____ /

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

Q42 Durée de l'intervention / _____ /

Traitement Médical

Q44 Transfusion / _____ /

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

PRONOSTIC :

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 de la vie sexuelle 3. Inconnu