

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES  
TECHNIQUES ET DE TECHNOLOGIE  
DE BAMAKO  
ANNEE ACADEMIQUE 2017-2018

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N° .....

## TITRE

# L'HYSTERECTOMIE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE DE L'HOPITAL DU MALI

Présentée et soutenue publiquement le .../... /20  
devant la Faculté de Médecine, et d'odonto -  
stomatologie

## THESE

**PAR Mr : APEROU GUINDO**

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

## JURY

**PRESIDENT** : Professeur TIEMAN COULIBALY  
**MEMBRE** : Docteur DIAKARIDIA KONE  
: Docteur MODIBO D. SOUMARE  
**CO-DIRECTEUR** : Docteur MAMADOU BAKARY  
**COULIBALY**  
**DIRECTEUR** : Professeur MOUSTAPHA TOURE

Thèse de médecine : Apérou Guindo

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

# **DEDICACES**

**DEDICACES**

**Bismil-lahir-Rahmanir-Rahimi**

**Je dédie tout ce travail au bon DIEU, le tout puissant ; le**

**Miséricordieux, d'Omniscient, 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 que 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 guidé sur le bon chemin.**

**AMEN**

**A mon père : Feu Andégné Guindo**

A notre père, feu Andégné GUINDO

J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Trouve ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices.

Puisse la terre te soie légère ; Amen

**A ma mère : Mme Guindo Ourokouneye Saye**

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, rassures et réconfortes. 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 tu souhaites inchallah. Et surtout pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causée, tu es et seras notre fierté de tout le temps. Maman ; Que DIEU te bénisse et vous garde aussi longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits murs dont vous avez tant souffert pour l'entretien. Que le Paradis soit toux dernier refuge.

**A MES GRANDS FRERES : ALY GUINDO ET OUMAR GUINDO ,**

Sincèrement je n'aurai espéré meilleurs frères. Vous avez toujours été là lorsque j'ai eu besoin de vous, vous n'avez cessé de me prodiguer des conseils et de m'encourager lorsque je baissais les bras, alors que ce n'était pas non plus facile pour vous. Vous êtes des êtres dotés d'intelligence et votre devenir doit être synonyme de réussite. Que DIEU bénisse vos projets, vous accorde santé et longévité, vous donne un bon foyer et vous couvre de ses bienfaits.

**Grand frère Dr Pierre Guindo** je n'ai pas de mots pour te remercier une fois de plus merci.....grand merci du font du cœur.

A tous mes camarades de classe : Premier et seconde cycles, lycées Université

A tous mes collègues du quartier de Sekoubougouny, **Mme Diarra Sanata Yalcoué merci pour le soutien.**

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie, Faculté de Pharmacie de Bamako, trouvez dans ce travail chers Maîtres, 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'Hôpital du MALI**

**A mes maîtres Dr Togo Abdramane, Dr Traore Alassane**, ainsi qu'aux autres médecins : **Dr Sorry Ibrahim Keita, Dr Issa Ongoiba**. Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

**A mon DTC du CSCOM** de Kalanbancoro kouloubleni pour la reconnaissance que vous m'aviez accordée.

### **A tous mes collègues internes : Mohamed Maiga et Adama Sangaré**

Merci pour la confiance, les échanges de connaissance. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

### **Aux Sages-Femmes, infirmières obstétricienne, matrones, stagiaires et manœuvres**

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant cette période d'étude. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre.

Merci de m'avoir accueillie, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter.

Que le tout Puissant raffermisse nos liens.

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

**HOMMAGES  
AUX  
MEMBRE DU JURY**



**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Pr TIEMA COULIBALY**

- **Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique CHU Gabriel Toure**
- **Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique**
- **Maitre de conférences de chirurgie orthopédique et traumatologique à la faculté de médecine et d'Odonto-stomatologie**
- **Membre de la société Malienne de Chirurgie orthopédique et traumatologique**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury de thèse.

Traumatologue et Orthopédiste exemplaire, votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la Traumatologie et Orthopédie du Mali.

Convaincus que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays, Veuillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**DR DIAKARIDIA KONE**

- **Médecin chef du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako**
- **Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique**
- **Praticien au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako**

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre humanisme et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

**A Notre Maître et Juge**

**Dr MODIBO D. SOUMARE**

- ❖ **Spécialiste en Gynécologie obstétrique**
- ❖ **Adjoint du médecin chef du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako**
- ❖ **Chef de service de Gynécologie et Obstétrique du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako**
- ❖ **Point focal du projet AFD**
- ❖ **Superviseur national de GESTA International-Programme canadien en santé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale**
- ❖ **Spécialiste en planification suivi et évaluation de la FICR**

**Cher maître,**

Nous avons été très honorés d'avoir fait votre connaissance puis nous avons vite apprécié votre qualité hautement scientifique.

Votre exigence du travail bien fait, votre disponibilité constante et votre générosité font de vous une personne appréciée de tous.

Recevez ici, cher maître, nos remerciements et notre profonde admiration.

**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

**Dr MAMADOU BAKARY COULIBALY**

- **Spécialiste en Gynécologie obstétrique**
- **Praticien Hospitalier dans le service de gynécologie de l'Hôpital du Mali ;**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie.**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant de faire ce travail auprès de vous.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces mois passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation, et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Nous nous excusons si d'aventure, durant notre séjour, notre comportement aurait été incommode.

Nous avons bénéficié de votre savoir en gynécologie obstétrique surtout lors des staffs que vous organisez après la visite ; nous sommes fiers de nous compter parmi vos élevés.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

**A Notre Maître et Directeur de thèse**

Commentaire [A1]:

Commentaire [A2]:

**Pr MOUSTAPHA TOURE**

- **Chef de service de la gynécologie de l'Hôpital du Mali**
- **Spécialiste en Gynécologie obstétrique**
- **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest ;**
- **Titulaire de certificat de fécondation in vitro à Hambourg en Allemagne ;**
- **Titulaire du certificat de cours Européen d'épidémiologie tropicale de Bale (SUISSE) ;**
- **Titulaire du master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles ;**
- **Diplômé du centre international de chirurgie endoscopique de Clermont Ferrand ;**
- **Membre de comité de pilotage de l'OMS/Genève pour la recherche sur les mutilations génitales féminines ;**
- **Expert près des cours et tribunaux du Mali**
- **Secrétaire Général de l'Union professionnelle Internationale des gynécologue -Obstétriciens(UPIGO) ;**
- **Enseignant chercheur à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S),**
- **Officier de l'ordre National du Mali ;**

Vous avez bien voulu accepter de participer à la réalisation de ce travail ; nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduits.

Nous sommes fières de nous compter parmi vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique sur tout votre dévouement, associées à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigues tout au long de ce travail.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ABP** : Antibioprophylaxie

**A G** : anesthésie générale

**ALR** : anesthésie loco-régionale

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**Cm** : Centimètre

**Cm Hg** : Centimètre de Mercure

**CSCOM** : Centre de Sante Communautaire

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

**FSH** : Hormone Folliculostimulante

**G /dl** : gramme par décilitre

**GEU** : grossesse extra-utérine

**H b** : hémoglobine

**HCG** : Hormone Choriogonadotrophine

**HTA** : Hypertension artérielle

**LH** : Hormone lutéinisante

**N** : Numéro

**NFS** : numération formule sanguine

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie

**Q** : Question

**SAF** : Service Administratif et Financier

**TCK** : temps de céphaline kaolin

**TS** : temps de saignement

**VS** : vitesse de sédimentation

**% : Pourcentage**



## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>IV. METHODOLOGIE.....</b>	<b>27-34</b>
<b>V. RESULTATS.....</b>	<b>35-51</b>
<b>VI. COMMENTAIRES – DISCUSSION.....</b>	<b>52-56</b>
<b>VII. CONCLUSION – RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>57-58</b>
<b>VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>IX. ANNEXES</b>	

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE**

<b>Tableau I</b> : les variables étudiées.....	32
<b>Tableau II</b> : Répartition des interventions chirurgicales.....	35
<b>Tableau III</b> : Répartition des patientes selon l'âge.....	36
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	37
<b>Tableau V</b> : Répartition des patientes selon la profession.....	37
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patientes selon le motif de consultations.....	39
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	40
<b>Tableaux VIII</b> : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux..	40
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patientes selon la Gestiiès.....	41
<b>Tableau X</b> : Répartition des patientes selon la parité.....	41
<b>Tableau XI</b> : Repartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants.....	42
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des patientes selon l'état général.....	42
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des patientes selon le test de dépistage.....	43
<b>Tableau XV</b> : Répartition des patientes selon le Diagnostic.....	44
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie...	44
<b>Tableau XVII</b> : Répartition des patients selon les indications d'hystérectomies .....	45
<b>Tableau XVIII</b> : Relation entre type d'hystérectomie et diagnostic.....	46
<b>Tableau XIX</b> : Répartition des patientes selon les résultats des examens anatomopathologiques des hystérectomies.....	47
<b>Tableau XX</b> : Répartition des patientes selon le geste associé.....	47
<b>Tableau XXI</b> : répartition des patientes selon les complications immédiates ..	49
<b>Tableau XXII</b> : Répartitions des patientes selon les complications tardives...	49
<b>Tableau XXIII</b> : répartitions des patientes selon la transfusion pré, per, post opératoires.....	50
<b>Tableau XXIV</b> : Répartitions des patientes selon la répercutions psychologiques.....	50
<b>Tableau XXV</b> : Répartitions des patientes selon le vécu sexuel.....	51

## **I. INTRODUCTION :**

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation du corps de l'utérus (hystérectomie sub-totale), 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]

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Sora nus à Ephese, il y a plus de dix-sept siècles. En 1825, Langenbeck [2] fit la première hystérectomie abdominale pour cancer du col, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente (c'est une intervention relativement fréquente).

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 8,5% des hystérectomies dans le cadre de l'aide médicale à la population d'une antenne chirurgicale [3] et jusqu'à 21% des interventions de l'équipe chirurgicale d'une organisation non gouvernementale [4].

Au Mali, sur un total de 315 hystérectomies réalisées à l'Hôpital national du point G entre 1990 à 1999, Kouma A, rapporte un taux de 12,4% [5] ; sur un total de 212 hystérectomies réalisées à l'hôpital du point G entre 1995 à 2000, S Sissoko rapporte un taux de 37% hystérectomies vaginales et 72,6% hystérectomies abdominales [6]. Cependant l'hystérectomie est une intervention ultime pour améliorer le bien-être maternel. Nous avons donc décidé de réaliser cette étude qui s'intitule les hystérectomies à l'hôpital du Mali. Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

## **A- OBJECTIFS**

### **✓ Objectif général :**

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

### **✓ Objectifs spécifiques :**

1. Déterminer la fréquence des hystérectomies.
2. Déterminer le profil sociodémographique des patientes
3. Identifier les indications des hystérectomies.
4. Décrire les complications de l'hystérectomie
5. Evaluer le pronostic

## **B- GENERALITES**

### **a-HISTORIQUE :**

#### **a-1-Hystérectomie abdominale : [2]**

En 1825, Langenbeck fit la première hystérectomie abdominale pour un cancer du col, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après, en 1864 en France, Ko Eberle décrit la ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale.

En 1853, aux Etats-Unis, Burnham réussit la première hystérectomie totale par voie abdominale.

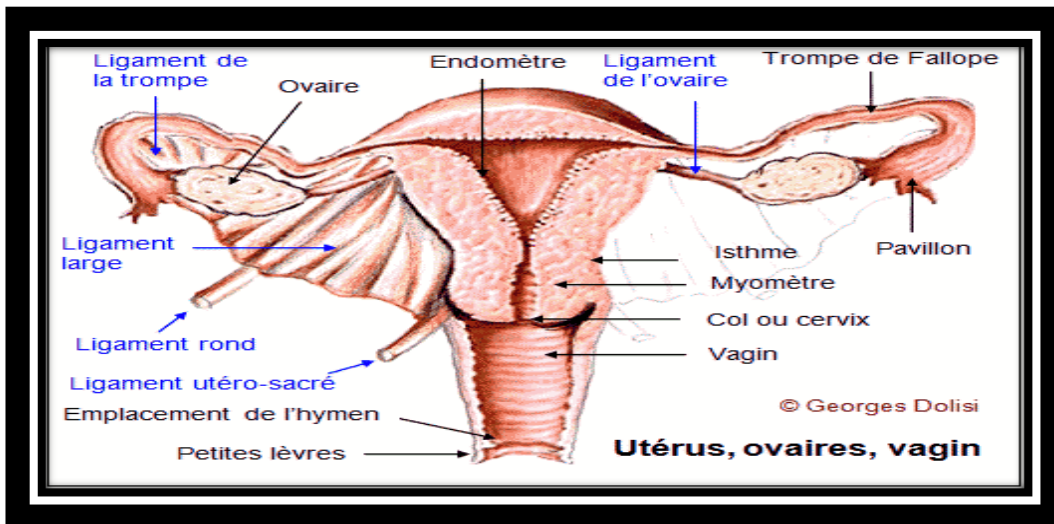
En 1889, Simpson puis Kelly (1891) décrit les procédés modernes avec ligature sélective des pédicules vasculaire. Un peu plus de 100 ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne.

#### **a-2-Hystérectomie vaginale : [2]**

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Sora nus à Ephese, il y a plus de dix-sept siècles. Au XVIe et XVIIe siècle, plusieurs manuscrits rapportent des hystérectomies vaginales (Berangarus da Capri à Bologne en (1507). C'est en 1813 que Langenbeck fit, avec succès, la première hystérectomie vaginale pour cancer du col. En 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines.

Quelques écoles, toute fois, on continue à réaliser des hystérectomies vaginales et en France, c'est au professeur Daniel Dargent que revient le mérite d'avoir remis à l'honneur cette technique dans les années 1970-1975. Cette intervention ne commença à être régulièrement pratiquée qu'à partir de 1890-1900 (Péan, Richelet) puis elle fut progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée.

## b-RAPPEL ANATOMIQUE : [7]



### Schéma n°1 : Rappel anatomique :

L'utérus, mot latin, métro en grec désignant tout un organe important du système génital interne féminine destiné 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.

#### b-1 Définition :

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

#### b-1-1 Intérêt :

C'est l'organe approprié pour abriter l'œuf depuis sa formation jusqu'à sa maturité et son expulsion. Toute malformation de cet organe peut hypothéquer la maternité de même que toute pathologie acquise du genre synéchies utérines, myomes utérins. C'est l'organe obstétrical par excellence.

### **b-1-2 Rappels embryologiques :**

Vers la 8<sup>ème</sup> semaine, le segment inférieur du canal de Muller, au-dessous du croisement avec le ligament inguinal fusionne avec son homologue opposé pour former le canal utérovaginal, impair et médian.

La musculature utérine ou myomètre, se différenciera à partir de la gaine conjonctive résultant de la fusion des deux cordons uro-génitaux. Le manchon mésenchymateux est relié de chaque côté à la paroi par le mesométrium, prolongement du méso uro-génital.

Les deux canaux de Wolff régressent, laissant parfois persister les organes de GARTNER.

En aval de son croisement avec la corne utérine, le ligament vaginal forme le ligament rond.

### **b-2. Anatomie descriptive :**

#### **b-2.1 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.

#### **b-2.2 Morphologie et dimensions :**

De consistance ferme mais élastique, il a 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

### **b-2.2.1. Le corps :**

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

- . Face Antéros-inferieure : presque plane, elle est recouverte de péritoine
- . Face postero-superieure : 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 inferieur : sommet du cône, répond à l'isthme.

### **b-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.

### **b-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 :



### **b-2.3 Direction de l'utérus :**

- l'utérus est antéverse : 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 antéfléchi : 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.

### **b-2.4 Configuration intérieure :**

- La cavité utérine explorée par l'hystérographie 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

### **b-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 utérosacrés (2)

- en avant : les ligaments pubo-vesico utérins
- latéralement : le paramètre et le parcevin

Les moyens d'orientation :

Ils sont essentiellement corporeaux :

- ligaments ronds : responsables de l'antéflexion
- ligaments utérosacrés : responsables de l'antéversion
- le mésomère : limite la latérotation

### **b-3. Anatomie topographique :**

#### **b-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 utéroovariens, 2 ligaments utérosacrés, 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 : longe par la trompe utérine, il est constitué par le mesosalpinx qui forme l'aileron 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 utérosacrés :**

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<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> 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 pub-vesico-utero-recto-sacrée.

**b-3.2- Rapport avec les organes :**

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

**b-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).

**b-4.1 La séreuse :**

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

**b-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

**b-4.3 La tunique muqueuse :**

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

**b-5 Vascularisation utérine :**

**b-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'huileur
  - 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

**b-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'artere utérine.

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

**b-6 Rappels anatomiques du vagin :**

**b-6.1. Définition :**

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

### **b-6.2. Anatomie macroscopique :**

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

Les deux tiers supérieurs du vagin sont intra pelviens, et le reste est périnéal.

L'extrémité supérieure s'évase en forme de cupule autour de la partie intravaginale du col utérin (museau de tanche). L'extrémité inférieure, s'ouvre dans une dépression appelée : vestibule, fermée chez la vierge par l'hymen, qui est un repli muqueux, semi-lunaire, ou concave ou conique, rétrécissant l'orifice. Au premier coït, l'hymen se déchire.

#### **Configuration interne du vagin :**

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

### **b-6.3. Anatomie microscopique :**

Le vagin a trois tuniques :

- La tunique externe conjonctive : sa texture varie d'un point à un autre.

Elle est très dense aux extrémités inférieure et supérieure de la paroi antérieure, et à l'extrémité inférieure de la paroi postérieure, elle est beaucoup plus lâche ailleurs.

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

- La tunique interne la muqueuse : c'est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. Il renferme des cellules riches en glycogène, mais ne contient pas de glande.

### **b-6.4. Les moyens de fixités du vagin :**

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

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

### **b-7. Vascularisations et innervations du vagin :**

#### **b-7.1 Artères:**

Aux nombres de trois :

-La branche de l'artère utérine ravitaille le 1/3 supérieur du vagin

-L'artère vaginale proprement dite est une des branches de l'artère iliaque interne. Elle irrigue les 2/3 (moyen et inférieur) du vagin

-La branche de l'artère rectale inférieure irrigue la face postérieure du vagin

#### **b-7.2 Veines:**

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



### **b-7.3 Lymphatiques :**

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

### **b-7.4 Nerfs:**

Proviennent du plexus hypogastrique inférieur

### **c- Etude clinique :**

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

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

### **c-1. Interrogatoire :**

Il recherchera :

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

## **c-2. Examen physique :**

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

### **c-2.1. Examen général :**

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

### **c-2.2. Examen gynécologique :**

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

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

#### **c-2.2-a L'examen au speculum :**

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

- Bien visualiser le col : son aspect surtout, au cours du retrait du speculum on peut légèrement pincer le col entre les deux lames de façon à voir un écoulement par l'orifice cervical ;
- Bien visualiser les parois vaginales, en retirant le speculum qui sera l'entrouvert de façon à examiner les faces antérieures et postérieure du vagin. On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

#### **c-2.2-b Le toucher vaginal combiné au palper abdominal :**

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

### **c-2.3. Les examens complémentaires : [8]**

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

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

#### **c-2.3 a. L'échographie pelvienne :**

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

#### **c-2.3 b. L'hystérosalpingographie (HSG) :**

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

Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [8] ; par ailleurs elle montre dans 41% des cas un myome saillant sous muqueux pour des myomes analysés comme strictement intra-duraux par l'échographie par voie vaginale [9].

### **c-2.3 c. L'hystérocopie diagnostique : [7]**

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystérocopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérographie et la hystérosonographie d'apprécier le canal endocervical.

### **c-2.3 d. La colposcopie :**

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

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

La colposcopie permet de repérer sur le col :

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

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

### **c-2.3 e. Le frottis cervico-vaginal :**

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

**c-2.3 f. Les frottis endometriaux :**

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

**c-2.3 g. La biopsie du col :**

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

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

**c-2.3 h. La biopsie de l'endomètre :**

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

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

**c-2.3 I. Les dosages hormonaux :**

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

### **c-2.3 j. Le bilan hématologique :**

Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Willbrand.

- Une numération formule sanguine : le taux d'hémoglobine est essentiel car il apprécie objectivement l'importance du saignement et sera ultérieurement le guide du schéma thérapeutique.
- Une crase sanguine est demandée dès la première consultation surtout en cas d'antécédent évocateur de troubles de l'hémostase, ou prescrite dans un deuxième temps si l'anémie nécessite un traitement en urgence remettant à plus tard les investigations.
- Un bilan d'hémostase simple comprend : numération des plaquettes, temps de Quick, temps de céphaline activée, fibrine et temps de saignement.
- Un bilan d'hémostase complet explorant tous les facteurs de coagulation doit être demandé en cas de suspicion de maladie de l'hémostase.

### **d-Techniques d'hystérectomies totale abdominale conservatrice :**

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

## **e-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.

## **f. Technique chirurgicales actuelles :**

### **f-1. Prise en charge de la patiente :**

#### **f-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.

**f-1.2 Préparation per-opératoire (ABP) [10] :**

-Une antibio prophylaxie sera prescrite au besoin selon les différents risques infectieux

- L'anesthésie générale : reste toujours d'actualité

L'anesthésie loco- régionale : la rachi anesthésie : avant le développement de l'anesthésie générale moderne, la rachi anesthésie était une technique de choix en chirurgie digestive et gynécologique car elle procurait à elle seule le relâchement musculaire et l'analgésie tout en conservant la ventilation

- L'anesthésie péridurale : retrouve actuellement un regain de faveur surtout pour la qualité de l'analgésie post opératoire obtenue par les analgésiques locaux ou les morphiniques administrés par cette voie.

**-Transfusion sanguine :**

Le volume des hémorragies ne nécessite que rarement un apport transfusionnel que l'on préférera éviter.

**f-1.3 Préparation post-opératoire :**

-Gestion des douleurs avec les antalgiques

-Antibioprophylaxie, hydratation

-Anti thrombotique au besoin

**g. Indications : [11, 12,13, 14, 15]**

Peuvent être de 2grands 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 ; un prolapsus utérin

**g-1 Pathologies bénignes :**

Les principales pathologies concernées sont :



### **g-1.a- Les fibromes utérins :**

#### **Définition :**

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

#### **Classification des fibromes :**

- Le fibrome sous muqueux**
- Fibrome interstitiel (ou fibrome intra mural)**
- Fibrome sous séreux**

### **g-1.b- 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.

### **g-1.c- 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.

### **g-1.d- La grossesse molaire :**

C'est une anomalie de l'œuf caractérisée par l'absence d'embryon, transformation kystique des villosités choriales, prolifération trophoblastique responsable d'une sécrétion excessive de gonadotrophine chorionique.

### **g-2. Les pathologies malignes nécessitant une hystérectomie :**

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

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

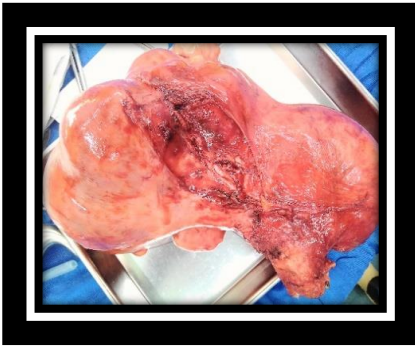


Figure 1: Pièce d'hystérectomie pour uterus polypomateux à l'Hôpital du Mali.



Figure2 : Pièce d'hystérectomie pour uterus adényosique et l'ovaire gauche kystique à l'Hôpital du Mali

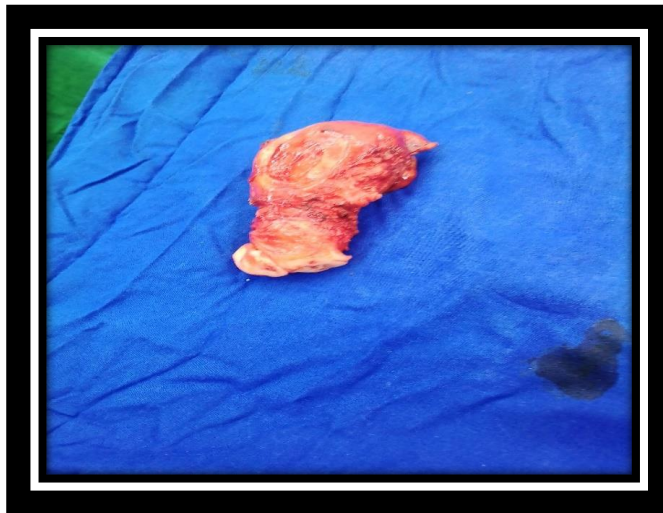


Figure3: Pièce d'une hystérectomie inter-annexiel à l'Hôpital du Mali



**Figure4** : bloc opératoire Gynécologique à l'Hôpital du Mali lors d'une intervention de l'hystérectomie par voie basse

#### **h. Suites opératoires et complications des hystérectomies :**

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

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

##### **h-1. Les complications per opératoires :**

- ❖ Les hémorragies au cours de l'interventions,
- ❖ Les blessures des organes de voisinage,
- ❖ Complications de la transfusions sanguine s'il y a lieu

## **h-2. Les complications postopératoires :**

- Eviscération vaginale : exceptionnelle
- Fistules vésico-vaginales : pouvant survenir en Cas de plaie vésicale passée inaperçue.
- Douleurs pelviennes
- Troubles statiques :
- Complications de la transfusion sanguine s'il y a lieu
- Les complications infectieuses
- Les complications urinaires
- Les abcès de parois
- L'hématome profond infecté
- Les complications hémorragiques : ligature des uretères
- Les hématomes pariétaux
- Les complications thromboemboliques
- La paralysie du nerf crural
- Anémie post-opératoire par spoliation sanguine
- Digestives

## **IV- METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude :**

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

### **Texte régissant l'hôpital du Mali :**

Hôpital de 3<sup>ème</sup> référence, situé sur la rive droite du fleuve Niger en commune VI du district de Bamako ; l'Hôpital du Mali est un don de la République Populaire de Chine à la République du Mali. Il a été inauguré en 2010 et équipé en grande partie par le partenaire chinois.

### **Les infrastructures :**

Il comprend essentiellement :

- Un bloc d'admission et administratif comprenant
  - Au rez-de-chaussée : la consultation externe (médecine, gynécologie et Pédiatrie), le bureau des entrées, la pharmacie hospitalière, les urgences, La réanimation et la salle de dépistage du col de l'utérus ;
  - Au premier étage : les bureaux de la direction, les explorations fonctionnelles (endoscopie, échographie), les consultations externes (Neurochirurgie, traumatologie, chirurgie thoracique, ORL), service Informatique médicale, acupuncture et les bureaux de la mission médicale Chinoise

Un bloc technique qui comprend :

- Au rez-de-chaussée : la biologie et l'imagerie médicale.
- Au premier étage : le bloc opératoire, les bureaux des chefs de service (Chirurgie thoracique, santé publique et audit interne, neurochirurgie, le service social, maintenance biomédicale, les bureaux des maitres assistants), le chef du personnel, de la billetterie et la salle de vidéo conférence ;
- Un bloc d'hospitalisation qui comprend
  - Au rez-de-chaussée : la pédiatrie, la médecine (endocrinologie, cardiologie) ;
  - Au premier étage : les chirurgies (neurochirurgie, traumatologie, gynécologie et chirurgie thoracique) et la kinésithérapie.

### • Autres infrastructures

Thèse de médecine : Apérou Guindo

- La station d'incinération de déchets biomédicaux ;
- Les maisons d'astreinte ;
- Le centre de Radiothérapie et d'Oncologie-médicale.

**Les services de l'hôpital du Mali :**

L'Hôpital du Mali compte sept (7) services de soins médicaux, deux (02) services

d'aide au diagnostic et douze (12) services de gestion et de soutien.

**Les services de soins médicaux :**

- le service de gynécologie ;
- le service de médecine interne ;
- le service anesthésie réanimation ;
- le service de chirurgie thoracique ;
- le service de neurochirurgie ;
- le service de traumatologie et orthopédie
- le service d'ORL
- le service des urgences ;
- le service de pédiatrie.

**Les services d'aide au diagnostic :**

- le laboratoire d'analyse médical ;
- l'imagerie médicale :Radiographie, Echographie, TDM,IRM

**Les services de gestion et de soutien :**

- la direction générale ;
- le surveillant général ;
- le service de la pharmacie hospitalière ;
- le service social ;
- le service de santé publique
- le service informatique ;
- l'audit interne ;
- le service de la maintenance ;

- le service administratif et financier (SAF) ;
- le bureau des entrées (enregistrements).

En plus de ces services, il existe également cinq (5) unités :

- Kinésithérapie ;
- Stérilisation ;
- Acupuncture ;
- traumatologie-orthopédie.

**Le service de gynécologie comporte :**

- deux salles pour les consultations externes
- une salle de dépistage du cancer du col
- quatre salles d'hospitalisations dont une salle VIP ; une salle à deux lits ; à quatre lits ; et à huit lits

**Le personnel se compose de :**

- Trois médecins gynécologues obstétriciens, dont un professeur qui est le chef de service
- Cinq sages-femmes
- Deux infirmières obstétriciennes,
- Trois contractuelles infirmières obstétriciennes qui assurent la garde

**Les activités du service sont programmées comme suit :**

- Trois jours pour les consultations gynécologiques et obstétricales : Lundi, Mercredi 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 hospitalisés.

**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. [7]

**La capacité d'accueil de l'hôpital du Mali :**

L'hôpital du Mali a une capacité actuelle de cent trente-quatre (134) lits d'hospitalisation. Cette capacité doit progressivement atteindre quatre cent (400) lits conformément au Projet d'Etablissement Hospitalier et grâce à la possibilité d'extension sur une superficie de plus de quinze (15) hectares disponibles. Ce développement progressif permettra de répondre à la plupart des besoins de référence de l'ensemble des populations du Mali. Il permettra aussi de renforcer les capacités de formation de nos futurs professionnels de santé, dans un établissement qui est érigé en Centre Hospitalo-Universitaire (CHU).

**2- Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali ; allant de 1<sup>er</sup> Décembre 2017 au 30 septembre 2018.

**3- Population d'étude :**

Les Patientes qui ont bénéficié une intervention chirurgicale avant et pendant la période d'étude.

**4-Echantillons :**

L'échantillon a été constitué de toutes les femmes qui ont été opérées avant et pendant la période d'étude.

**Critère d'inclusion :**

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une hystérectomie quelle que soit la voie d'abord dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.



**Critère de non inclusion :**

Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

- Toute autre intervention au service de gynécologie.

**Type d'échantillonnage :**

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

**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-Tests statistique utilisés :**

Kh<sup>2</sup>

**7-Tests de signification :**

P=0,05

**8-Limites de l'étude**

## 6- Les variables :

Les variables étudiées sont représentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau I**

Nom de la Variable	Type de variable	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative continue	Année	Interview et lecture
Statut Matrimonial	Qualitative catégorielle	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	Interview
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1=Venue d'elle même 2=référée 3=auto référée	Lecture
Ethnie	Qualitative	1=bambara 2=malinké 3=Dogon 4=etc.	Interview & Lecture
Indication	Qualitative dépendante & Indépendante	1= Myomes uterin 2=Néo du col 3= Meno-metrorragies +4=etc	lecture
Parité	Qualitative	1=primipare 2=multipare 3=grande multipare	Interview & lecture
Température	Quantitative discontinue	°C	Examen physique, Lecture
TA	Quantitative discontinue	Cm Hg	Examen, physique, Lecture
HB	Quantitative	g/dl	Lecture
Type	Qualitative catégorielle	1= H. Total 2= H. Subtotal	Lecture
Coût	Quantitative	Franc CFA	Interview & lecture
Poids	Quantitative	kilogramme	Lecture

### **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 patients inclus dans l'étude, mais a contribué plutôt à une meilleure connaissance de la technique de l'hystérectomie vaginale pour une meilleure prise en charge.
- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne renfermaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques et pronostiques sur le patient ayant subi l'hystérectomie.
- Un consentement éclairé des patients a été demandé et obtenu avant l'intervention

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

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel épi info version 7.2

Les graphiques ont été faits avec le logiciel Excel version 2016.

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

### **9-Préparation de la patiente :**

Toutes les patientes ont bénéficié :

- d'un examen gynécologique et général
- d'un bilan biologique et /ou radiologique
- d'une consultation pré anesthésique.

### **10- 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.

**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 [9].

**Fibrome utérin** : Tumeur bénigne du muscle lisse, arrondi dure, élastique limitée par une pseudo capsule qui permet le clivage entre le muscle utérin et le fibrome (c'est la myomectomie) [9].

**Polype** : Fibromes endo cavitaire pédiculisés ou glandulaire dystrophiques localisés de l'endomètre (uniques ou multiples).

**Ménometrorragie** :

**Métrorragie** :

## **IV- RESULTATS**

### **A. Fréquence**

Du 1<sup>er</sup> Décembre 2017 au 30 septembre 2018 nous avons enregistré 70 cas d'hystérectomies sur 337 interventions chirurgicales Gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 20,77%.

**Tableau II : Répartition des interventions chirurgicales Gynécologiques et obstétricales.**

Type d'intervention	Fréquences	Pourcentages (%)
<b>Hystérectomies</b>	<b>70</b>	<b>20,77</b>
Myomectomies	72	21,36
Kystectomie	24	7,12
Coelio chirurgie	38	11,28
Prolapsus utérin	19	5,64
Mutation génitales	8	2,37
Cure de cystocèles	11	3,27
Nodule du sein	4	1,19
Salpingectomies	2	0,59
Césariennes	69	20,47
Trachléotomies	2	0,59
Plastie vaginale	6	1,78
Périnéorraphies	3	0,89
Plastie du col	1	0,3
Cerclages	7	2,08
Tumorectomie vulvaire	1	0,3
Total	337	100,00

### **L'hystérectomie représente 20,77 % soit 70 cas**

La myomectomie étant l'intervention la plus représentée suivit de l'hystérectomie avec 21,36%

**B-Profiles socio démographiques des patientes :**

**Tableau III : Répartitions des patientes selon l'âge**

<b>Age(Ans)</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
[20-30]	2	2,86
[31-40]	7	10,00
[41-50]	21	30,00
<b>51 et plus</b>	<b>40</b>	<b>57,14</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

Age moyen était 49 Ans avec des extrêmes de 20 et 54 (Ans)

**Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Célibataire	1	1,43
Divorcée	3	4,29
<b>Mariée monogame</b>	<b>33</b>	<b>47,14</b>
Mariée polygame	24	34,29
Veuve	9	12,86
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

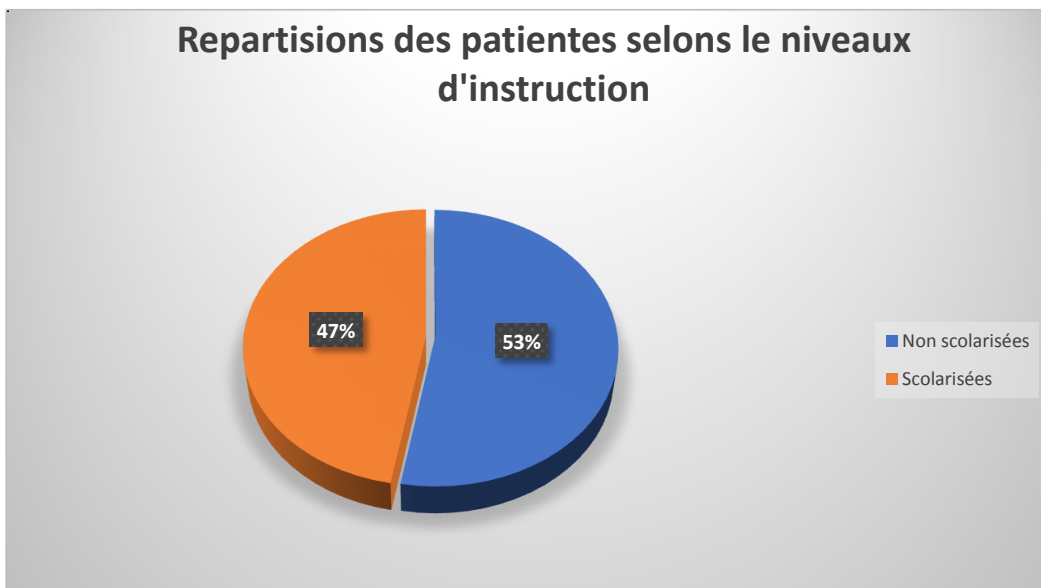
La monogamie était la plus représentée soit 47 ,14 %

**Tableau V : Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Fréquences	Pourcentages (%)
Fonctionnaire	7	10,00
Commerçante	7	10,00
Femme au foyer	<b>52</b>	<b>74,29</b>
Autre	4	5,71
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

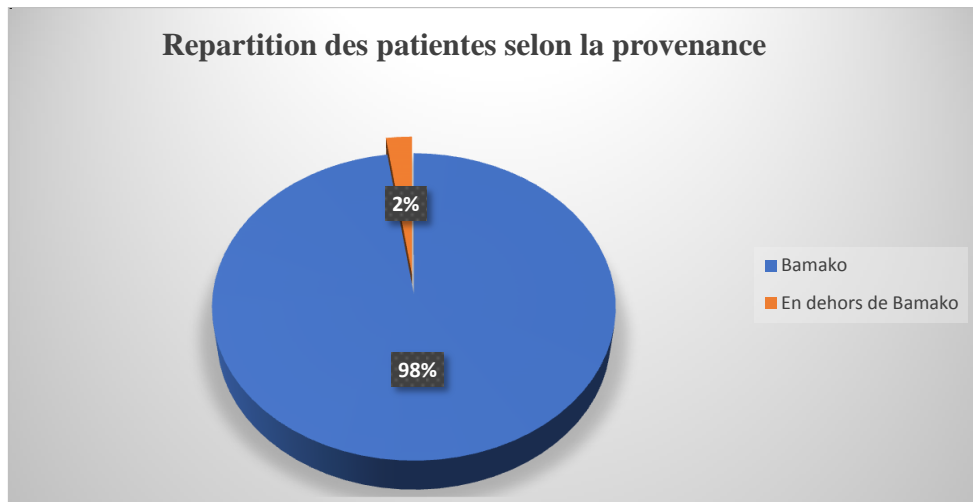
52 patientes représentent les femmes au foyer soit 74,29%

Autre : vendeuse



37 patientes sont non scolarisées soit 53 %

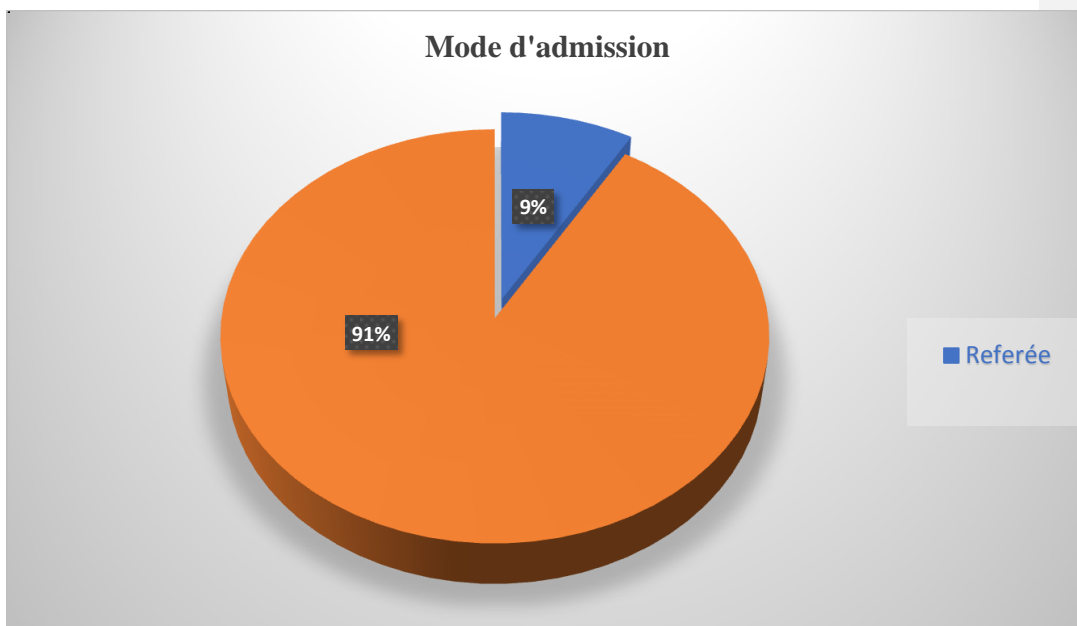
**Figure 5 : Répartition des patientes selon les niveaux d'instruction**



68 patientes viennent de Bamako soit 98 %

**Figure 6 : Répartition des patientes selon la provenance**

**C-Clinique :**



64 patientes sont venues d'elles-mêmes avec une fréquence de 91%

**Figure 7 : Répartition des patientes selon le mode d'admission**



**Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif de consultations**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Douleurs pelviennes</b>	<b>21</b>	<b>30,00</b>
<b>Métrorragies</b>	15	21,43
<b>Prolapsus génital</b>	20	28,57
<b>Saignement post-coïtal</b>	6	8,57
<b>Sensation de masse pelvienne</b>	8	11,43
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

21 patientes consultent pour douleurs pelviennes soit 30 %.

**Tableau VII : répartition des patientes selon les antécédents médicaux**

<b>Antécédent médicaux</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Asthme</b>	2	2,86
<b>HTA</b>	<b>22</b>	<b>31,43</b>
<b>Autre</b>	2	2,86
<b>Diabète</b>	9	12,86
<b>Drépanocytose</b>	5	7,14
<b>Aucun</b>	30	42,86
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

**Autre :** \* Ulcère gastrique \* Goute

30 patientes n'ont aucun antécédent médical soit 42,86 %.

**Tableau VIII : Répartitions des patientes selon les antécédents chirurgicaux**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Appendicectomie</b>	1	1,43
<b>Myomectomie</b>	<b>9</b>	<b>12,86</b>
<b>Autre</b>	3	4,29
<b>Césarienne</b>	6	8,57
<b>Salpingectomies</b>	6	8,57
<b>Kystectomie</b>	5	7,14
<b>Aucun</b>	40	57,14
<b>Total</b>	70	100,00

**Autre :** \*Cure de cystocèle \*Plastie vaginale \*Cure de prolapsus

40 patientes n'ont aucun antécédent chirurgical soit 57,14 %

**Tableau IX : Répartition des patientes selon la Gestité**

<b>A-Gestité</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Nuli geste</b>	<b>3</b>	<b>4,29</b>
<b>Primigeste</b>	2	2,86
<b>Pauci-geste</b>	24	34,29
<b>Multi geste</b>	41	58,57
<b>Total</b>	70	100

58 ,57 % des patientes sont des multi gestes pour 41 cas.

2 patientes avaient des utérus adenomyosé, et une patientes utérus myomateux

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

<b>Parité</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Multipare</b>	<b>41</b>	<b>58,57</b>
<b>Nullipare</b>	4	5,71
<b>Pauci-pare</b>	23	32,86
<b>Primipare</b>	2	2,86
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

58 ,57 % des patientes sont des multipares pour 41 cas

4 patientes étaient des nullipares :

3 patientes c'étaient utérus poly myomateux

-4<sup>ème</sup> choriocarcinome chez une femme de 38 ans

**Tableau XI : Répartition de patientes selon le nombre d'enfants vivants**

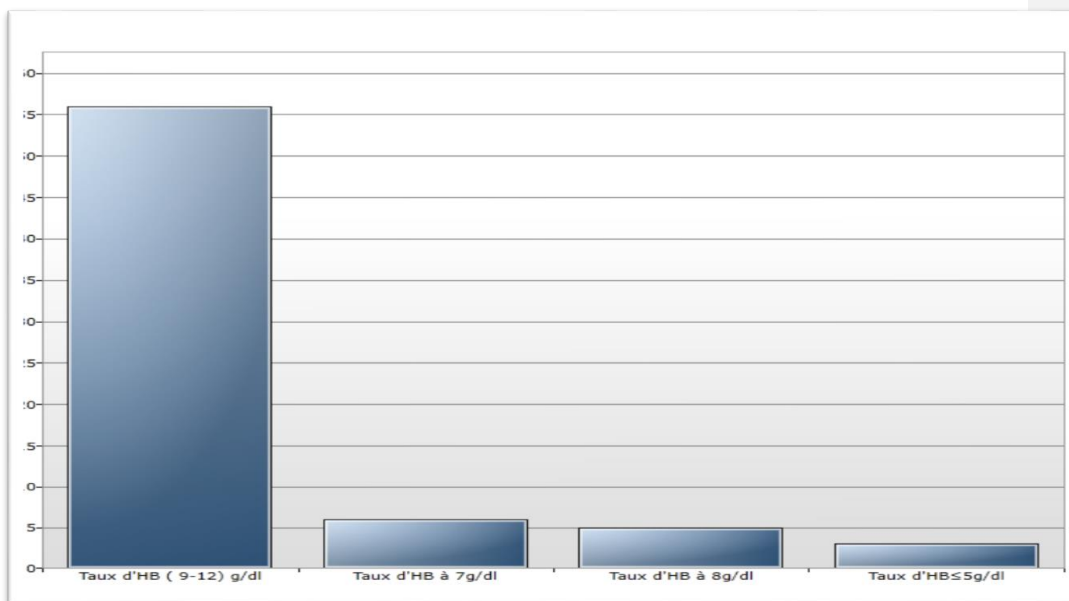
<b>Nombre d'enfants vivants</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>1 Enfants vivant</b>	11	15,71
<b>2 à 3 Enfants</b>	17	24,29
<b>≥ 4</b>	<b>42</b>	<b>60,00</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

60 % des patientes ont 4 à 6 enfants pour 42 cas

**Tableau XII : Répartition des patientes selon l'état général**

Examen général	Fréquences	Pourcentages (%)
Bon état général	69	98,57
État général passable	1	1,43
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

Un bon état général chez 69 patientes soit 98,57 %



56 patientes ont un taux d'hémoglobine entre (9-12) g/dl soit 80 %

**Figure 8 : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine à l'entrée**

**D-Prise en charge :**

**Tableau XIII : Répartitions des patientes selon le test de dépistage**

<b>Dépistage des lésions du col</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Positifs</b>	14	20,00
<b>Négatifs</b>	<b>37</b>	<b>52,86</b>
<b>Aucun</b>	19	27,14
<b>Total</b>	70	100,00

37 patientes test de dépistage IVA /IVL négatif soit 52,86 %

**Tableau XIV : Répartitions des patientes selon le Diagnostic rétenu**

<b>Le Diagnostic</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Fibromes utérins</b>	<b>25</b>	<b>35,71</b>
<b>Meno métrorragies rebelles</b>	13	18,57
<b>Néoplasie du col de l'utérus</b>	9	12,86
<b>Prolapsus</b>	20	28,57
<b>Autres</b>	3	4,29
<b>Total</b>	70	100,00

**Autres :** \*\* Adénomyoses utérine \*Chorio carcinome

25 patientes avaient de Fibromes utérins soit 35 ,71 %

**Tableau XV : Répartitions des patientes selon le type d'hystérectomie**

Type d'hystérectomies	Fréquences	Pourcentages (%)
Hystérectomies totales avec annexectomies bilatérales	27	38,57
Hystérectomies subtotaux	1	1,43
Hystérectomies totale inter-annexielle	<b>42</b>	<b>60,00</b>
<b>Total</b>	70	100,00

42 cas sont des hystérectomies totales inter-annexielle soit 60 %

1 cas d'hystérectomie subtotale pour inaccessibilité du col utérin soit 1,43 %

**Tableau XVI : Répartition des patientes selon les indications d'hystérectomies**

Indication	Fréquences	Pourcentages (%)
Fibrome utérin associés à la ménopause	<b>25</b>	<b>35,71</b>
Meno métrorragies rebelles	13	18,57
Adénomyose utérine à ménopause	2	2,86
Chorio carcinome	1	1,43
Néoplasie du col de l'utérus	9	12,86
Prolapsus utérins	20	28,57
<b>Total</b>	70	100,00

Chez 25 patientes leurs indications d'hystérectomie étaient les fibromes utérins âge de ménopause soit 35,71 %

**Tableau XVII : Relation entre type d'hystérectomie et diagnostic**

Diagnostic	Type d'hystérectomies			Totale
	Hystérectomies avec annexectomie bilatérale	Hystérectomies subtotaux	Hystérectomies totale inter-annexielle	
<b>Prolapsus utérin</b>	1	0	19	20
<b>Fibrome utérin</b>	12	0	13	25
<b>Méno-métrorragies rebelle</b>	7	0	6	13
<b>Néoplasies du col de l'utérus</b>	5	0	4	9
<b>Autre</b>	2	1	0	3
<b>Totale</b>	27	1	42	70

Chez 19 patientes il y avait eu de relation entre le diagnostic et l'hystérectomie inter-annexielle

**Tableau XIII : Répartitions des patientes selon les résultats des examens anatomo-pathologiques des hystérectomies**

<b>Examen anatomo-pathologies</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Cancer in situ</b>	5	7,14
<b>Invasif</b>	9	12,86
<b>Non fait</b>	<b>29</b>	<b>41,43</b>
<b>Autre</b>	27	38,57
<b>Total</b>	70	100

**Autre :** \*Myome utérin 25 cas \*Cancer de l'utérus 1cas \*choriocarcinome 1cas  
29 Patiente n'ont pas fait de l'examen anatomo-pathologie soit 41 ,43 %

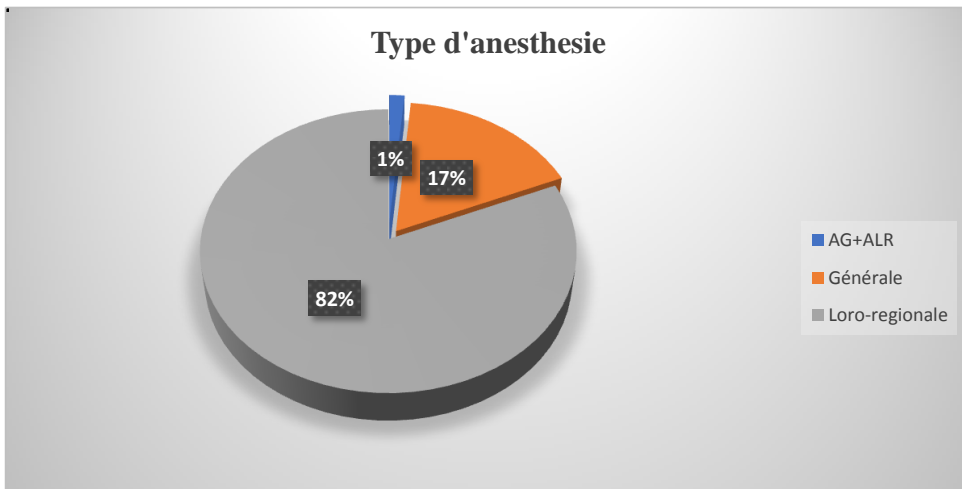
**Tableau XIX : Répartitions des patientes selon le geste associé**

<b>Geste secondaire</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Aucun</b>	<b>68</b>	<b>97,14</b>
<b>Curetage ganglionnaire</b>	2	2,86
<b>Total</b>	70	100,00

Il n'y a pas de geste associé chez 68 patientes soit 97,14 %

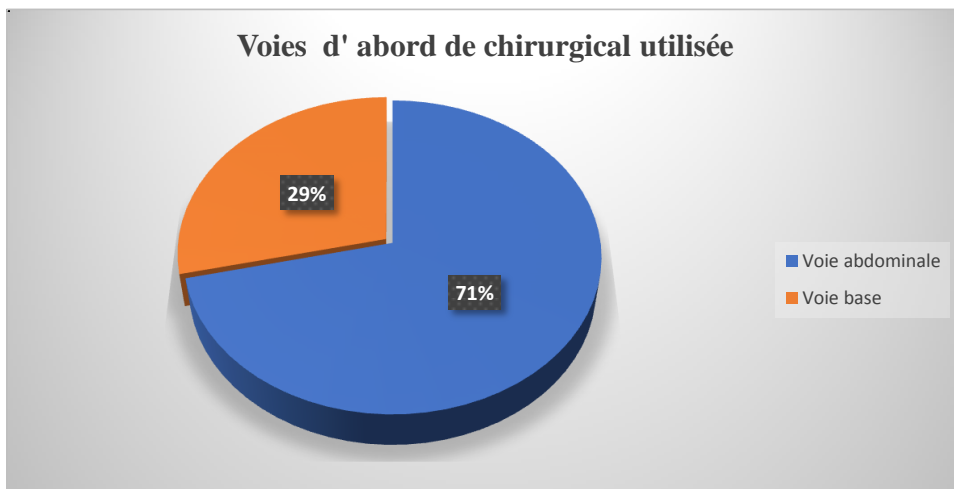
2 cas de curetage ganglionnaire pour indication de néo du col uterin





Dans 57 cas le type anesthésie étaient la locorégionale soit 82 %

**Figure 9 : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie**



La voie abdominale représente 71 % soit 50cas

**Figure 10 : Répartition selon la Voie de laparotomie utilisée**

**Tableau XX : répartition des patientes selon les complications immédiates**

<b>Complications immédiate</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Lésion vésicale</b>	<b>1</b>	<b>1,43</b>
<b>Lésion urétérale</b>	<b>1</b>	<b>1,43</b>
<b>Aucune</b>	<b>68</b>	<b>97,14</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

Dans 97,14 % des cas il n'y avait pas de complications immédiates. Mais nous avons observé un cas de complication vésicale et un cas de complication urétérale soit 1,43 % pour chacun.

**Tableau XXI : Répartitions des patientes selon les complications tardives**

<b>Complication tardives</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Algie pelvienne chronique</b>	<b>1</b>	<b>1,43</b>
<b>Autre</b>	<b>1</b>	<b>1,43</b>
<b>Aucune</b>	<b>68</b>	<b>97,14</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

**Autre : \*Dyspareunie**

Dans 97,14 % des cas il n'y avait pas de complication tardive.

**Tableau XXII : répartitions des patientes selon la transfusion pré, per, post opératoires**

<b>Transfusions</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Non</b>	<b>55</b>	<b>78,57</b>
<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>21,43</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

55 patientes non pas été transfusées soit 78,57 %  
2 cas de transfusion préopératoire  
5 cas de transfusion per-opératoire  
8 cas de transfusion post-post-opératoire

**Tableau XXIII : Répartitions des patientes selon la répercussions psychologiques**

<b>Répercussions psychologiques</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Inconfort</b>	<b>2</b>	<b>2,86</b>
<b>Satisfaite</b>	<b>68</b>	<b>97,14</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

97,14 de nos patientes affirme d'être satisfaite psychologiquement après la pratique de l'hystérectomie.

**Tableau XXIV : Répartitions des patientes selon le vécu sexuel**

<b>Vécu</b>	<b>Fréquences</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Répercussion de la vie sexuelle</b>	1	1,43
<b>Satisfaite</b>	<b>69</b>	<b>98,57</b>
<b>Total</b>	70	100,00

69 Patientes sont satisfaites soit 84,29 %

1 cas de dyspareunie

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

Les résultats obtenus dans notre étude ont permis de faire les commentaires et la discussion suivante :

### **1-La Fréquence :**

Au cours de la période d'étude, nous avons pratiqué 70 hystérectomies sur 337 interventions chirurgicales Gynécologique et Obstétricale soit une fréquence de 20,77 % de l'ensemble des interventions colligées dans le service.

C'est une intervention qui est nécessaire étant le plus souvent le dernier recours du praticien pour sauver la vie de la patiente, particulièrement les hystérectomies chez les femmes non ménopausées dans les pays en voie de développement.

Kouma A. et Naira M. ont trouvé respectivement dans leur étude une fréquence de 11,7% au Point G de 1990 a1999 [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.

Kouma A. a fait une étude portant sur une période de 10 ans. Dans ces études la population d'étude était respectivement de 53 cas et 315 cas contre 70 cas pour la nôtre.

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.

### **2-Characteristiques sociodémographiques :**

#### **A- Age :**

L'Age moyen est de 49 ans dans notre étude avec les extrêmes de 20 et 51Ans .

Kouma A. [17] a trouvé 41,8 ans pour l'âge moyen avec les extrêmes de 16 et 75 ans.

La tranche d'âge de 51 Ans et plus a été la plus touchée : 40 cas, soit 57,14%.

Kouma A. [17] a trouvé un taux de 26,3%.

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 avec des fréquences élevées de prolapsus, meno métrorragies.

### **B- Niveau socioprofessionnel :**

Nous n'avons enregistré qu'un célibataire soit 1,43%. 37 patientes étaient non scolarisées soit 47%.

La non scolarisation des filles reste d'actualité dans le temps.

### **3- La parité :**

Dans notre étude 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%, tous les deux proportions sont inférieures à chez de notre. Nous avons trouvé 2,86% de nullipares. Ce taux était inférieurs à celui de Naira M. [17] 8,2%. Tous ces cas étaient pratiqués dans un but de sauvetage des patientes afin d'éviter d'éventuel complications.

### **4- Caractéristique de la référence :**

Les patientes venues d'elles-mêmes représentaient 91,43% ; 8,57% avaient été référées. Cette répartition montre que la majorité des hystérectomies est pratiquée chez les patientes programmées, toutes les précautions ont été prises.

### **5- motif de consultation :**

Dans notre étude, la douleur pelvienne a été le principal motif de consultation (30%). Kouma A. [17] a trouvé un taux de 39,6%.

### **6- antécédents chirurgicaux :**

Dans notre série les patientes sans antécédent chirurgical étaient majoritaires soit 57,14%. Kouma A. [17] a trouvé 83,8% .

### **7- l'examen général :**

Dans notre étude, une patiente avait un état général passable soit 1,43%. Par contre Naira M. au Point G [18] a rapporté 35,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon plus importante chez Naira M. mais

aussi, par le statut du CHU du Point G structure de 3<sup>ème</sup> référence, ancienne structure habituellement où l'on réalise de nombreux cas d'hystérectomie.

### **8- le diagnostic :**

Le fibrome utérin était le plus représenté avec 32,86% soit 23 cas.

### **9-Traitement :**

#### **a. Traitement chirurgical :**

##### **❖ Voie de l'hystérectomie :**

Nous avons pratiqué 50 cas d'hystérectomies par voie abdominale, 20 cas d'hystérectomie par voie vaginale. Cela s'explique par le fait que le fibrome utérin était l'indication principale. Tous les prolapsus génitaux ont bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale.

Toutes les hystérectomies ont été réalisées avec le consentement des patientes et de leur mari.

##### **❖ Le type d'hystérectomie :**

Les hystérectomies inter-annexielles représentaient 60%, les hystérectomies subtotaux 1,43%, les hystérectomies avec annexectomie bilatérale 38,57%.

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

#### **b. Traitement médical :**

15 de nos patientes ont été transfusées soit 21,43% par du sang total contre 84,9% chez Naira M. [18]. Aucune réaction au produit sanguin n'a été enregistrée. Une antibioprofylaxie systématique per et post opératoire, une thérapie martiale, un antalgique a été administrés à chaque cas. Les patientes a

risque ont bénéficié d'un anticoagulant pour prévenir une éventuelle maladie thromboembolique.

#### **10- le type d'anesthésie :**

La rachianesthésie a été l'anesthésie la plus pratiquée soit 82% ; 17% sous anesthésie générale ; la rachianesthésie convertie en anesthésie générale est de 1%.

Tous les anesthésistes étaient des infirmiers d'état, des Médecin DES sous la supervision d'un médecin anesthésiste réanimateur. Tous les opérateurs étaient des gynéco obstétriciens.

#### **11- les complications :**

Nous avons enregistré comme complications immédiates les lésions urétérale, vésicale sont eux deux **1,43% ; 97,14%** sans complication.

Nous avons enregistré 1 cas de douleur pelvienne chronique comme complication tardive.

**12-Etat à la sortie :** Etaient bon chez toutes nos patientes dans (100%) des cas.

A noter que 29 de nos patientes non pas fait d'examen anatomo-pathologique soit 41,43%.

#### **13- Répercussions psychologiques :**

Au cours de notre étude nous avons enregistré **2,86%** supportaient mal cette intervention mutilante au décours de laquelle subsistait chez elles le sentiment psychologique de personne diminuée physiquement. La grande majorité des patientes étaient satisfaites (**98,47%**) parce qu'elles étaient guéries.

#### **14- Pronostic :**

Dans notre étude 68 cas des hystérectomies ont une suite simple ,1cas de dyspareunie pour l'hystérectomie par voie basse,1cas d'algie pelviennes chronique pour l'hystérectomie par voie haute contre 2 cas d'algies pelviennes chez Mariam Kariba D, notre résultat est inférieur à celle de Mariam Kariba D [7] et cela pourrait expliquer la préciosité de diagnostic dans notre cas. On n'a pas enregistré de décès, ceci confirme la meilleure maîtrise des techniques de



l'hystérectomie. Le faible taux de mortalité des hystérectomies, s'expliquerait par le fait qu'elles entrent dans le cadre des interventions programmées, au cours desquelles un certain nombre de bilans complémentaires peuvent être réalisés.

## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **Conclusion :**

L'hystérectomie occupe la 2<sup>ème</sup> place parmi les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales à l'Hôpital du Mali soit 20,77%.

La technique de la voie basse doit être vulgariser auprès de tous les Gynécologues et les médecins en spécialisation. Les indications doivent être pertinentes afin de minimiser les complications de cette voie d'abord.

Les suites opératoires ont été simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de 3 à 5 jours.

### **2. Les recommandations :**

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

#### **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, hautement curables par l'hystérectomie.

Réaliser systématiquement sur les pièces opératoires des examens anatomie - pathologies

#### **Au personnel de santé :**

1. Respecter les indications chirurgicales

2. Discuter de la voie d'abord.

#### **Aux autorités :**

1. Vulgariser les techniques de la voie vaginale.

2. Renforcer la compétence du personnel pour la formation continue des personnels de santé surtout à l'hôpital du Mali.

3. Mettre en place un pool d'excellence dans les interventions par voie basse

4. Rendre gratuit le cout des examens anatomie-pathologiques par l'état.

**FICHE D'ENQUETE**

**N° d'ordre**.....

**I Caractéristique sociodémographique**

Q1 Nom et Prénoms .....

Q2 Age / \_\_\_\_/

Q3 **Ethnie** / \_\_\_\_/

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

Q4 Statut matrimonial:/ \_\_\_\_/

1. Mariée polygame 2. Mariée monogame 3. Célibataire .4. Veuve 5. divorcé

Q5 **Profession** / \_\_\_\_/

1. Femme au foyer 2. Commerçante 3. Elevé/Etudiante 4. Fonctionnaire

5. Autres

Q6 Niveau d'instruction : / \_\_\_\_/

1. Scolarisée 2. Non scolarisée

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 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.

7. Autres

Q11 Antécédents médicaux / \_\_\_\_ /

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

Les Hystérectomies au service de Gyneco-obstetrique à l'hôpital du Mali

Q12 Les antécédents chirurgicaux : / \_\_\_\_ /

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

Autres 7. Aucun

Q13 Les antécédents obstétricaux :

*a-Gestiès / \_\_\_\_ /*

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

*b- La parité : / \_\_\_\_ /*

1. Nullipare 2. Primipare 3. Pauci pare 4. 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

Q16 Examen général / \_\_\_\_ /

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

Q17 Le Diagnostic : / \_\_\_\_ /

1 Fibromes utérins 2. Prolapsus utérins

3. Meno-metrorragies rebelles 4. néoplasie du col de l'utérus 5. Autres

### **C - Les examens complémentaires**

**a) La biologie :**

Q18 La NFS /\_\_\_\_\_/

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

Taux d'hb entre 9-12g/dl

Q20 VS /\_\_\_\_\_/

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

Q21 Glycémie /\_\_\_\_\_/

1 Normale Elevée 3. Abaissée 4. Non fait

Q22 Groupe Sanguin rhésus /\_\_\_\_\_/

Q23 TCK /\_\_\_\_\_/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q24 TS /\_\_\_\_\_/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q25 Azotémie /\_\_\_\_\_/

1. Normal 2. Elevée 4. Non fait

Q26 Test de dépistage du cancer du col /\_\_\_\_\_/

1. Positif 2. Négatif 3. Aucun

Q27 Anatomie pathologique de la pièce de biopsie /\_\_\_\_\_/

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

**b) Imagerie**

Q28 Echographie pelvienne/\_\_\_\_\_/

1. Oui 2. Non

Q29 Hystérosalpingographie/\_\_\_\_\_/ 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 Antibio prophylaxie per opératoire / \_\_\_\_\_/

- 1 Oui 2. Non

Q47 Antibio prophylaxie 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

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

**Fiche signalétique**

**Nom :** GUINDO

**Prénom :** APEROU

**Titre de la Thèse :** L'hystérectomie 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 rétrospective descriptive allant du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 30 septembre 2018 dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali.

Elle visait à étudier les hystérectomies dans le service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali durant cette période nous avons enregistré **70** cas d'hystérectomie sur **337** cas interventions chirurgicales Gynécologies et obstétricales furent réalisées soit une fréquence de **20, 77%**.

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 **49** ans avec des extrêmes de **20** et **54** ans.

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

La voie abdominale représente **71%** des cas contre dans environ **1/3** des cas de la voie basse.

Il est souhaitable d'introduire dans le service l'hystérectomies par Coeliochirurgie.

**Mots clés :** Hystérectomie, Pronostic. Hôpital du Mali



## **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.

Admise 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 les crimes.

Je ne permettrai 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 et dès la conception.

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

Respectueuse 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 !

## **VII Références Bibliographiques**

- 1. Thouet RGN.** Obstetric hysterectomy. An 11years expérience. 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. Seance commune à l'Ecole du Valde Grace. Séance du mercredi 25 juin 2014, Paris.Article
- 4. Hasanin A, Sherif N, Elbarbary M, Mansor D.** Providing medical care in un familiar 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 Diakitè :** 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-obstetrique 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)

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*

*L'Hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali*