

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

THESE

**HYSTERECTOMIES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 16/12/2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Affo GAKOYE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : M. Alassane TRAORE, Maitre de conférences.

Membres : M. Mamadou SIMA, Maitre de conférences.

M. Saleck DOUMBIA, Gynécologue Obstétricien.

Co Directeur : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de Conférences agrégé.

Directeur : M. Abdoulaye SISSOKO, Maitre de conférences.

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

-A ma mère : Feue Koumba GAKOYE

Tu étais une mère avec tellement de qualités que je ne saurais les citer. Tu nous as été violemment arraché en donnant naissance, mais nous appartenons tous à ALLAH et c'est vers lui que nous retournerons. Ton décès a été une source de motivation et m'a donné l'amour de la gynécologie obstétrique, ce travail est le fruit de votre endurance. Chère mère j'aurai voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais Dieu a décidé autrement, je serai plus heureux de présenter ce travail à ta présence, je suis sûre que tu es très heureuse et fière de moi en réalisant ton rêve. Merci mère pour tes sacrifices, je suis fier de toi et tu es toujours présente et j'espère que tu continueras toujours d'être là pour nous, dors en paix que la terre te soit légère Maman et nous ne cesserons jamais de te remercier et prier pour le repos éternel de ton âme au paradis. On ne t'oubliera jamais.

-A mon père : Feu Amadou GAKOYE

J'aurai voulu que tu assistes à cette cérémonie car ce travail est le fruit de tes efforts et sacrifices. Tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, de la personne méticuleuse, je tiens à honorer l'homme que tu étais. Grace à toi père, j'ai appris le sens du travail et de la responsabilité. Je voudrais te remercier pour ton amour, ta générosité, ta compréhension. Ton soutien fut une lumière dans tout mon parcours. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Je t'aime papa et j'implore le tout puissant qu'il t'accueille dans son immense paradis.

-A ma grande mère : Feue Hamsatou Mamoudou DRAME.

Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance de m'avoir donnée la chance de profiter votre amour chaleureux après la mort de notre mère, vous aviez fait tout pour que nous ne manquions rien.

Merci de m'avoir rassuré dans mes moments de doute, boosté quand il le fallait mais également grondée quand je le méritais nous prions ALLAH ton repos éternel et que la terre te soit légère.

-A mon père : Feu Ousmane GAKOYE.

Paix à ton âme. Ce travail est sans doute les fruits de tous les sacrifices que tu as consentis de ton vivant. Que Dieu t'accueille dans son paradis. Amen !

-A ma tante : Mme SANGO Aminata DRAME.

Tu m'as accueilli à bras ouverts comme ton propre fils. Soyez honoré ma tante car ce travail est le fruit de ton engagement sans faille à ma réussite par tes encouragements. Je te remercie ma très chère maman comme j'aime tant le dire, puisse Dieu vous accorder une longue vie. Je t'aime maman.

-A mes frères et sœurs : Hamsatou dite Soumbou, Bolo, Guira, Aminata SANGO, Oumou SANGO, Abagalé, Adam SARRE, Mohamed DRAME...

Courageux, très compréhensifs, c'est une fierté de vous avoir à mes cotes car vous êtes tout simplement formidables. Puisse ALLAH vous donner tout le bonheur possible, Qu'il exauce tous vos vœux. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN.

-A la mémoire de mes grands-parents : Feue Hamsatou DRAME, Feu Hassan DRAME, Feu Affo Oussou GAKOYE, Feue Bolo sebéré DRAME.

Chers grands parents vous nous avez quittés très tôt avant de bénéficier le fruit de mon travail. Je n'oublierai jamais vos proverbes riches d'enseignement et qui m'ont toujours accompagné durant mes parcours scolaires. Que la terre vous soit légère et que votre âme repose en paix.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont :

-Au nom d'ALLAH le tout puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux, l'Omnipotent sans qui, nous n'aurons pas vu ce jour pour accomplir ce travail. Je lui rends grâce pour tous ses bienfaits et l'implore de nous accorder une longue vie pleine de bonheur et de nous guider sur le droit chemin.

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

-**A mes tontons et tantes** : Mamoudou DRAME, Amadou DRAME, Toka GAKOYE, Dr SANGO Ibrahima, Yaya MAIGA, Saouda YATTARA, Fatoumata SYLLA, Inédé SARRE.

Vous m'avez toujours encouragé durant tout le long de mes études, Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi à la réalisation de cette thèse. Que la Grace du Seigneur vous accompagne.

-**A toutes les familles DRAME et SANGO** à Magnambougou et Kalaban coura. Merci pour vos encouragements.

-Aux enseignants du primaire à l'école fondamentale de N'Gouma en passant par le lycée Hammadoun Dicko de Sévaré et au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako et de la Faculté de Pharmacie (FAPH).

-A l'Association **S.E.B (Soutien, Entraide, Bénévolat)** à travers **Hama ONGOIBA** : Merci pour le soutien sans faille depuis le second cycle jusqu'à nos jours ; vous avez toujours été là pour moi.

-**A mes encadreurs au service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune CV du district de Bamako** : Mes maîtres : Pr Soumana Oumar TRAORE, Dr TRAORE Oumar M, Dr TALL Saoudatou, Dr DOUMBIA Saleck, Dr SYLLA Niagalé, Dr Nouhoum DIAKITE, Dr TRAORE Mamadou Amadou.

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration et merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité, humilité, et votre exigence dans le travail font de vous des bons encadreurs merci de nous avoir transmis votre connaissance, recevez ma profonde gratitude.

-A toutes les sage-femmes du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako merci les sages pour la franche collaboration, c'était un privilège d'apprendre à coté de vous.

-A la major et aux anesthésistes du bloc opératoire. Merci pour votre collaboration.

-A mes seniors médecins du CSREF CV : Dr DEMBELE Ousmane, Dr SISSOKO Ousmane, Dr DOUMBO Mamadou, Dr BAGAYOGO Alou, Dr CAMARA Lassine, Dr DIARRA Korotimi, Dr TOURE Nana fatouma, Dr DIAKITE Djibril, Dr BAH Tahirou, Dr KOUREKAMA, Dr NIMAGA Moussa et à tous ceux dont le nom n'est pas cité. Merci pour les enseignements et les conseils.

-A mon équipe de garde : Dr DOUMBO Mamadou, Dr SISSOKO Ousmane, COULIBALY Salimata, DIARRA Aboubacar Sidiki, DIABY Abdoul Kadri, TRAORE Assanatou, SIDIBE Samba, BENGALY Vamara, BERTHE Kadiatou et COULIBALY Jonathan. Merci pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

-A tous mes externes du service.

-A mon frère, ami Dr DOUMBO Mamadou

Mon frère le chemin fut long avec le courage et la détermination nous sommes y arrivés, les mots me manquent pour vous qualifier, que Dieu consolide le lien qui nous unis sache que tu es un exemple que Dieu nous protège et nous donne une longue vie.

-A mon équipe du CSCom de Koulouba : Dr KONE Boubacar Zanga, Mme SANGARE Assan DIARRA, ANAJI Housseyni, COULIBALY Moussa dit

Bako, THIAM Fatoumata, GUINDO Gisèle, SOUMARE Penda, Amadou GUINDO dit Bob. Merci pour la confiance accordée.

-A tout le personnel du CSCom de Koulouba, merci pour les conseils.

-A mes très chers amis : Binta KONDE, Aly COULIBALY, Aichatou DAOU, Boubacar DICKO, Kola MAYENTAO, Mamoudou BOLLY, Seydou DIALLO, Cheick boubacar lamine, Cheickné DIABIRA. Merci à vous tous. Vous êtes plus que des amis pour moi une mention spéciale à vous qu'Allah nous donne une longue vie.

-A la 14^{ème} promotion du numerus clausus promotion sambou SOUMARE :
Chers camarades, le chemin a été long mais nous l'avons fait.

-A tout le personnel du CSRef de la commune V du district de Bamako : Merci pour le séjour agréable à votre cotés.

-A mes collègues encadreurs au Collectif académie formation (CAF) : NIARE Seydou chérif, LAWANI, TOUNKARA Harouna, TOUNKARA Youssouf, KONATE Makan. Merci pour la collaboration.

-A ma famille d'accueil à la FMOS-FAPH : la Grande famille des Rassembleurs, des Secouristes et des Réformateurs (RASERE). Comme on aime le dire, la parole n'est que la parole, la puissance réside dans l'action.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maitre et Président du jury :

Pr Alassane TRAORE

- Spécialiste en gynécologie obstétrique
- Chef de service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- Maitre de conférences à la FMOS
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre humilité malgré, votre amour pour le travail bien fait, votre abord facile font de vous un maître exemplaire.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Dieu vous bénir dans tout ce que vous ferez !!!

A notre Maître et juge,

Pr Mamadou SIMA

- ✓ Gynécologue obstétricien
- ✓ Maître de conférences à la FMOS
- ✓ Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)
- ✓ Chargé de cours à la FMOS
- ✓ Praticien hospitalier au CHU du Point G

Cher Maître, Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait. Recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance

A notre maitre et juge :

Docteur Saleck Doumbia

- Gynécologue – Obstétricien ;
- Praticien hospitalier au CS Réf CV ;
- Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;
- Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;
- Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique de OUAGADOUGOU

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos critiques et suggestions ont été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce document. Nous avons apprécié vos qualités scientifiques ainsi que votre sens du travail bien fait. Trouvez ici toute notre admiration ainsi que notre profond respect.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Professeur Soumana Oumar Traoré

- Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS ;
- Praticien Hospitalier au CSREF CV ;
- Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako
- Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;
- Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;

Cher maître,

Nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménagé votre peine pour mener à bien ce travail. Votre engagement pour la formation des étudiants, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre grande ouverture d'esprit et vos conseils, nous ont très favorablement marqué.

Permettez-nous cher maître, de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et notre profonde gratitude.

A notre maitre et directeur de thèse

Pr Abdoulaye SISSOKO

- Maître de conférences de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS
- Ancien interne des hôpitaux du Mali
- Chef de service de gynécologie et d'obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI
- Commandant des forces armées du Mali
- Membre de la SOMAGO
- Ancien SEGAL adjoint de la SAGO

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre disponibilité et votre participation active ont été très importantes pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre caractère social, votre simplicité et la clarté de votre enseignement font de vous un personnage de classe exceptionnelle. Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

Liste des sigles et abréviations

%	: Pourcentage
<	: Inférieur
>	: Supérieur
AG	: Anesthésie Générale
AMIU	: aspiration manuelle intra-utérine
Art.	: Artère
CHU	: centre hospitalier universitaire
Cm	: Centimètre
CPN	: Consultation Prénatale
CSCom	: Centre de Santé Communautaire
CSREF CV	: Centre de Santé de Référence de la Commune V
g	: gramme
g/dl	: Gramme par décilitre
GEU	: Grossesse Extra-utérine
H	: Heure
Hb	: Hémoglobine
HPP	: Hémorragie du Postpartum
HPPI	: Hémorragie du Postpartum Immédiat
HRP	: Hématome Rétro placentaire
HTA	: hypertension artérielle
L	: Litre
Lig.	: Ligament
Mm	: Millimètre
Mn	: Minute
Vx	: Vaisseaux

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Objectifs	4
III. Généralités	6
IV. Méthodologie.....	20
V. Résultats	28
VI. Commentaires et la discussion	40
Conclusion.....	47
Recommandations :	47
Références	50
Annexes.....	55

Liste des figures

Figure 1: Rappel anatomique[10].....8

Figure 2: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin montrant les rapports de l'utérus d'après G bastide[7]13

Figure 3: vascularisation de l'utérus et annexes[12].....16

Figure 4: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.....20

Figure 5: Organigramme du CSREF de la Commune V.....21

Figure 6: Répartition des patientes selon l'âge (ans)28

Figure 7: Répartition des patientes selon le mode d'admission30

Figure 8: Répartition des patientes selon la ménopause32

Figure 9: Répartition des patientes selon le bilan opératoire34

Figure 10: Répartition des patientes selon la voie utilisée35

Figure 11: Répartition des patientes selon la durée de l'intervention37

Figure 12: Pièces après hystérectomies, Abord par voies abdominale et vaginale53

Liste des tableaux

Tableau I: Variables utilisées	24
Tableau II: Répartition des patientes selon le statut matrimonial	29
Tableau III: Répartition des patientes selon la profession	29
Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	29
Tableau V: Répartition des patientes selon le motif de consultation	30
Tableau VI: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	31
Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	31
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la gestité.....	32
Tableau IX: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants	33
Tableau X: Répartition des patientes selon les indications	33
Tableau XI: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie	34
Tableau XII: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie	35
Tableau XIII: Répartition des patientes selon les complications immédiates.....	36
Tableau XIV: Répartition des patientes selon les complications secondaires	36
Tableau XV: Répartition des patientes selon la transfusion sanguine	36
Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'état à la sortie	37
Tableau XVII: Relation entre l'âge et les indications	38
Tableau XVIII: Relation entre la voie utilisée et les indications	38
Tableau XIX: Relation entre le type d'hystérectomie et les indications.....	39
Tableau XX: Relation entre le type d'anesthésie et les indications	39

I. Introduction

L'hystérectomie est l'ablation chirurgicale de l'utérus emportant généralement le corps et le col de l'organe, réalisable par voie abdominale, par voie vaginale, ou par cœlioscopie [1].

La santé maternelle en Afrique est préoccupante en raison d'un accès difficile aux soins obstétricaux de qualité, d'une insuffisance des infrastructures sanitaires, une mauvaise qualité de la consultation prénatale, d'une population non scolarisée et un bas niveau socioéconomique[2]. D'autres facteurs sont aussi déterminants dans la survenue des complications et des décès maternels et périnatals [2].

Il s'agit d'un traitement de dernière intention, indispensable devant certaines urgences obstétricales vitales notamment dans les pays à ressources limitées. En 2007, sa fréquence elle était de 0,03% en France et 0,035% au Pays Bas[1].

Aux Etats-Unis sur l'année 2015, une étude sur l'hystérectomie par voie vaginale réalisée dans 14 états rapportait 64 612 hystérectomies en ambulatoire dont 81,5 % par voie cœlioscopique et 16 % par voie vaginale[3].

En Afrique, les fréquences rapportées varient considérablement d'un pays à l'autre. Elle est de 0,53% pour Mute ganga et al.[4] au Benin, l'âge moyen était de 45 ans avec des extrêmes de 30 à 60 ans ; 89% des patientes étaient âgées de plus de 40 ans ; 68% des patientes étaient des multipares pour B.I.B Hounkpatin[5] ; au Mali, un total de 56 hystérectomies ont été enregistrées à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou allant du 31 décembre 2020 au 31 mai 2022 sur l'ensemble des interventions chirurgicales soit une fréquence de 47,45% pour S. Diallo[6] et une fréquence de 20,77 % des hystérectomies toutes confondues réalisées de 2017 à 2018 à l'hôpital du Mali sur l'ensemble des interventions gynécologiques et obstétricales [7].

L'indication la plus fréquente était le prolapsus utérin avec 34,4% soit 31 cas suivi du fibrome utérin avec 31,1% soit 28 cas sur un total de 90 cas d'hystérectomies.[8]

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), les pathologies malignes (néoplasie du col utérin, néoplasie de l'endomètre) ou les urgences obstétricales (rupture utérine, hémorragies du postpartum, placenta accreta). Compte tenu de sa fréquence et de la place qu'elle occupe, nous avons décidé de consacrer une étude qui s'intitule les hystérectomies dans le service du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

OBJECTIFS

II. Objectifs

2.1.Objectif général :

Etudier les hystérectomies au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

2.2.Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des hystérectomies gynécologique et obstétricale.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Déterminer les indications de ces hystérectomies gynécologique et obstétricale.
- Déterminer le pronostic chez les patientes hystérectomisées.

GENERALITES

III. Généralités

3.1 Définitions :

3.1.a Hystérectomie : 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).[9]

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

3.1.c Hystérectomie subtotale + annexectomie : Intervention qui consiste à enlever le corps utérin et les annexes, le col intact.

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

3.1.e Hystérectomie totale + annexectomie : Intervention qui consiste à enlever le corps utérin, le col et les annexes.

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

3.1.g Hystérectomie d'hémostase : est une ablation chirurgicale de l'utérus afin d'assurer l'hémostase en cas de l'hémorragie du post partum. -Hystérectomie obstétricale : toute hystérectomie réalisée dans la période gravido-puerpérale. -

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

3.1.i Hystérectomie abdominale : La première hystérectomie abdominale a été réalisée par Langenbeck pour un cancer du col en 1825. Mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après. La ligature en masse du pédicule utérin autour de l'isthme avec hystérectomie subtotale fut décrite par Koeberlé en 1864 en France. En 1853, aux Etats-Unis, Burnham réussit la première hystérectomie totale par voie abdominale. Les procédés modernes avec ligature sélective des pédicules vasculaires ont été décrits

par Simpson (1889) et Kelly (1891). Un peu plus de 100 ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne.[7]

3.1.j Hystérectomie par voie basse : La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix-sept siècles. Au XVIe et XVIIe siècle, plusieurs manuscrits rapportaient 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, ont continué à réaliser des hystérectomies vaginales 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[7].

3.2 Rappel anatomique :

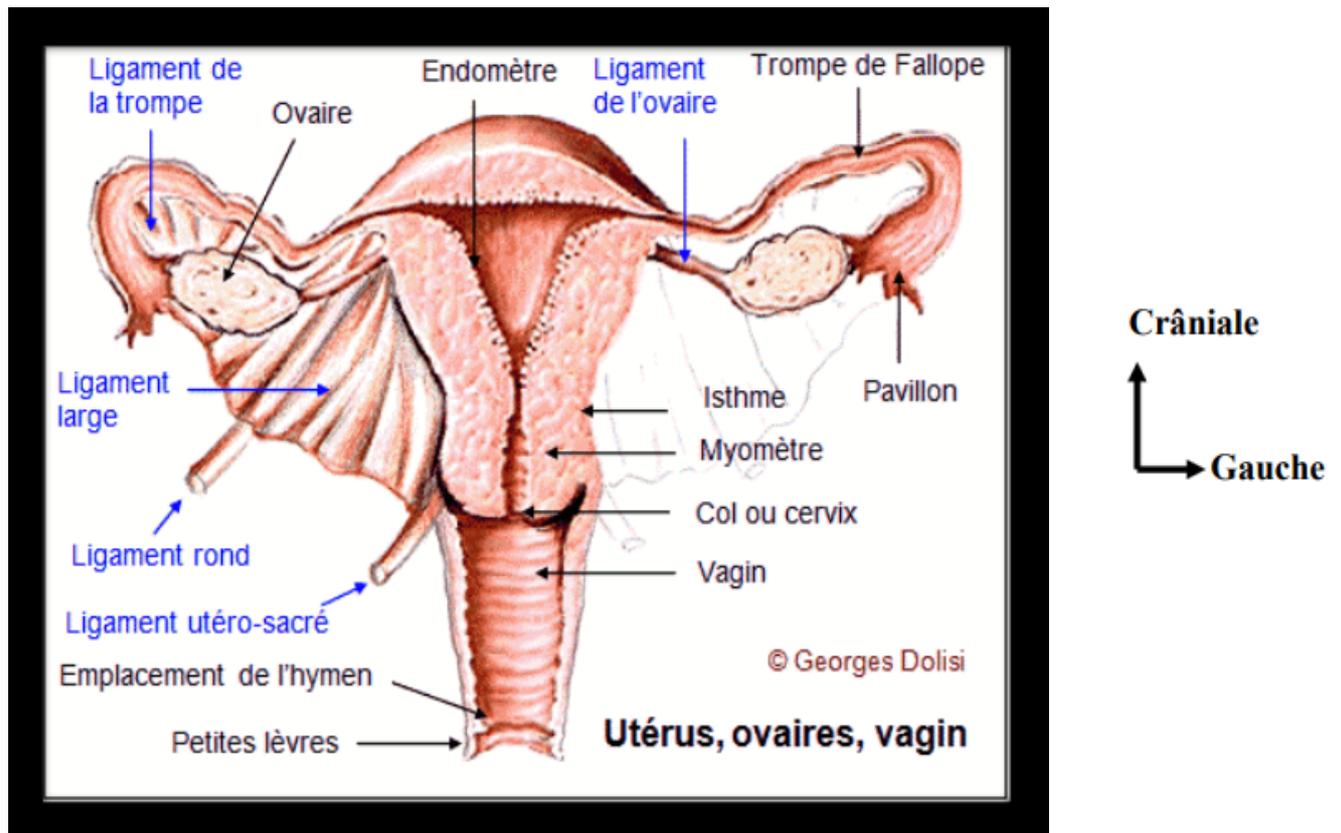


Figure 1: Rappel anatomique de l'utérus et ses annexes[10]

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.

3.2.1 Anatomie descriptive :

3.2.1.a Situation :

Organe impair, 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.

3.2.1.b 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

3.2.1.c 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 postéro-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.

3.2.1.d 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.

3.2.1.e 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.

3.2.1.f 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 entéléchié : 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.

3.2.1.g 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.

3.2.2 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 soutenue 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

-En avant : les ligaments pubo-vésico 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

3.2.3 Anatomie topographique :

3.2.1 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 vésico-utérins.

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

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

-Le bord inférieur ou base : Constitué par l'écartement des deux [2] feuillets, il donne accès aux vaisseaux et nerf utérins et est limité par la tige 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 mésovarium.

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 2ème, 3ème et 4ème trous sacrés. Parfois remontent jusqu'au promontoire.

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

3.2.2 Rapport de l'utérus avec les organes :

- Face antérieure : répond à la vessie
- Face postérieure : répond aux grêles, au sigmoïde, au rectum par le biais du douglas
- Bords latéraux : au-dessus de l'artère utérine répondent au meso metre .au-dessous de l'artère utérine répondent aux paramètres [artère vaginale, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique].

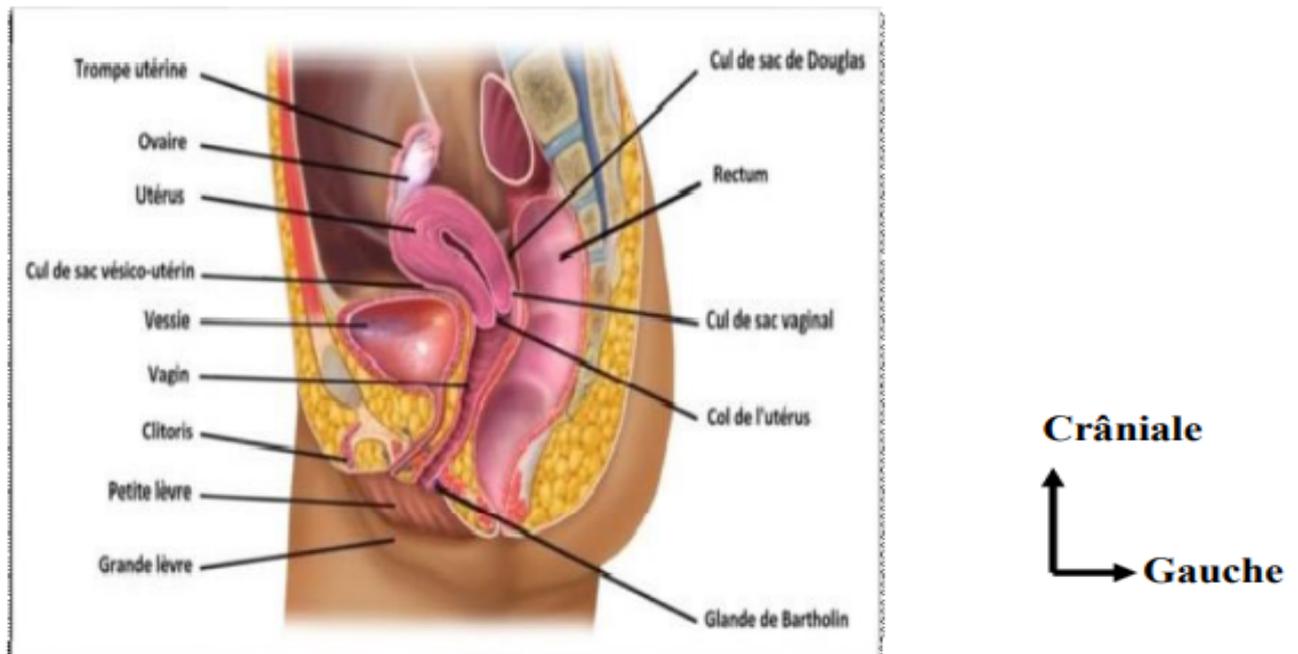


Figure 2: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin montrant les rapports de l'utérus d'après G bastide[7]

3.3 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).

3.3.1 La séreuse :

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

3.3.2 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

3.3.3 La tunique muqueuse :

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

3.4 Vascularisation utérine :

3.4.1 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 isolement soit d'un tronc commun avec l'artère ombilicale et la vaginale.

Trajet : 2

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 2portion terminale
- La rétrograde du fond, artère de l'insertion placentaire-artère tubaire interne
- Artère ovarienne

3.4.2 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 pré-ureteral et satellite de l'artère utérine.

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

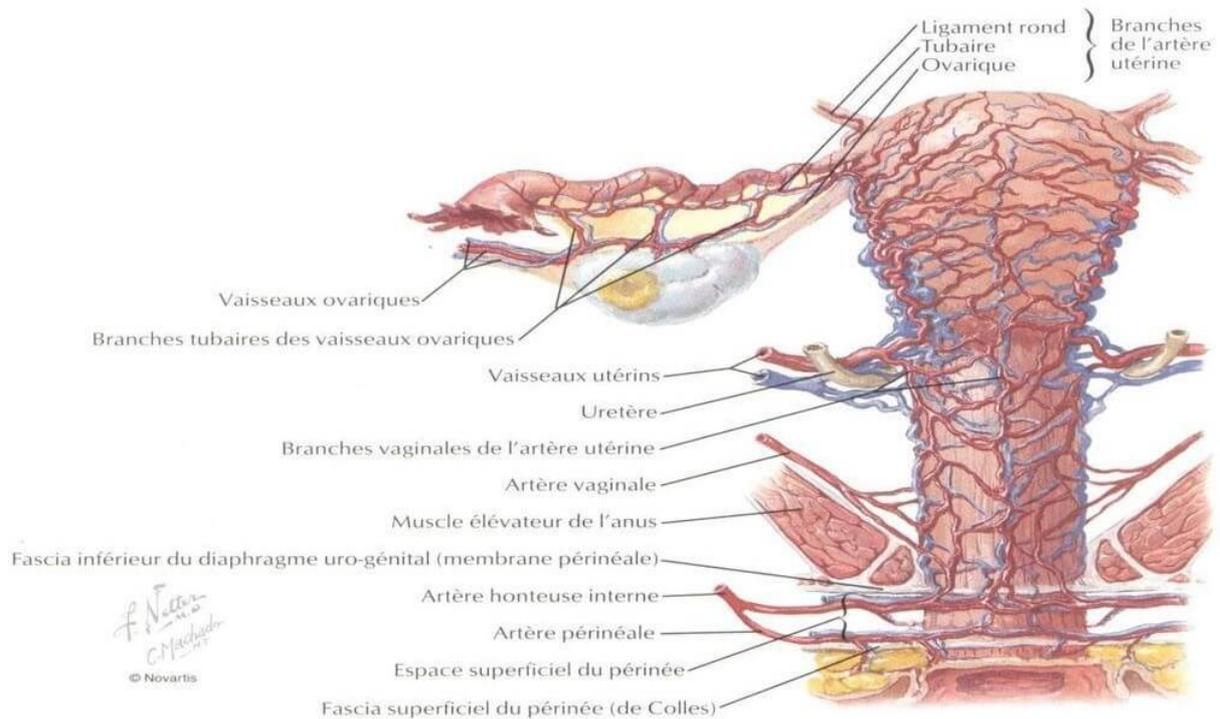


Figure 3: vascularisation de l'utérus et annexes[12]

3.5 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 péritonisation au besoin
- Fermeture de la cavité abdominale ; pansement

3.6 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.

3.7 Techniques chirurgicales actuelles :

3.7.1 Prise en charge de la patiente :

3.7.1.a 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.

3.8 Indications : [13 ;14 ;15 ;16 ;17]

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

3.8.1 Pathologies bénignes :

Les principales pathologies concernées sont :

3.8.1.a Les fibromes utérins :

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

3.8.1.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.

3.8.1.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.

3.8.2 Les pathologies malignes nécessitant une hystérectomie :

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

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie

4.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako.

4.1.1 Présentation centre de santé de Référence de la Commune V

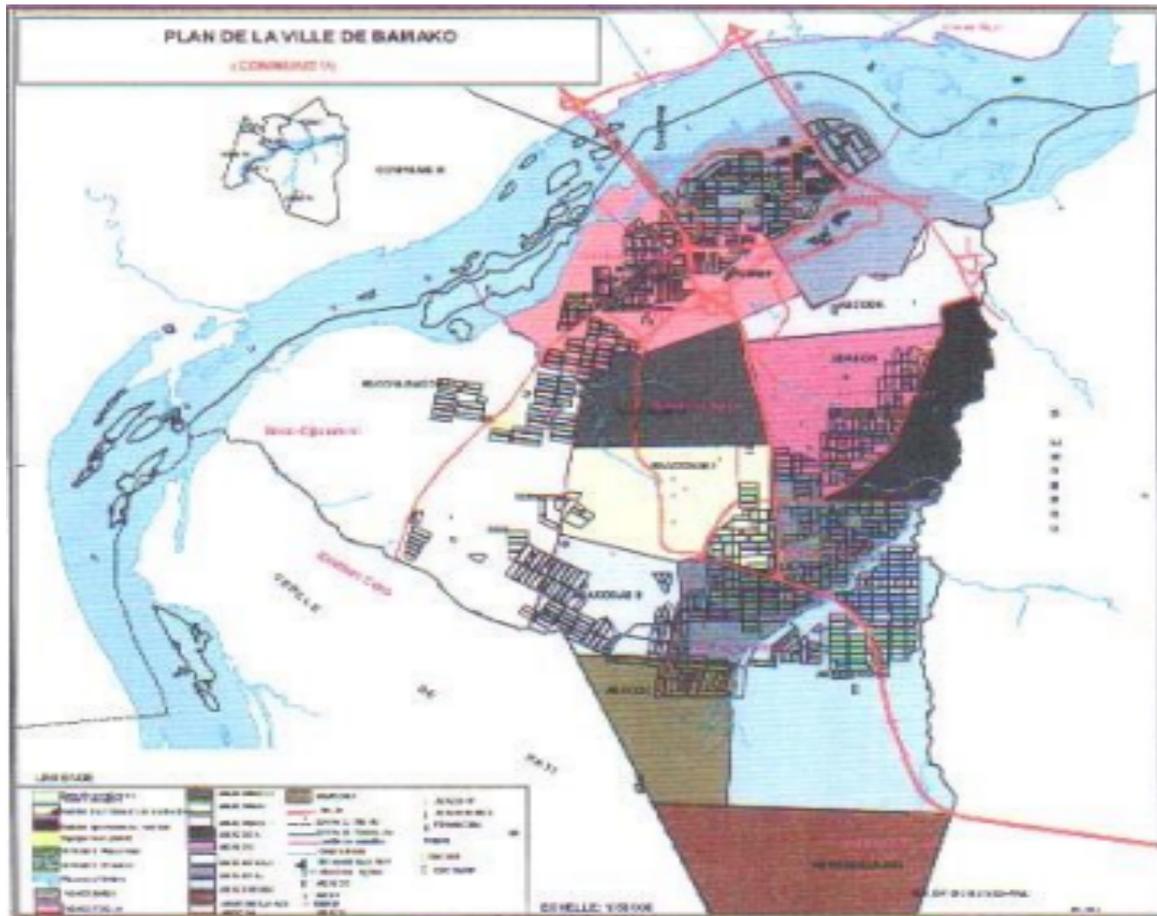


Figure 4: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako

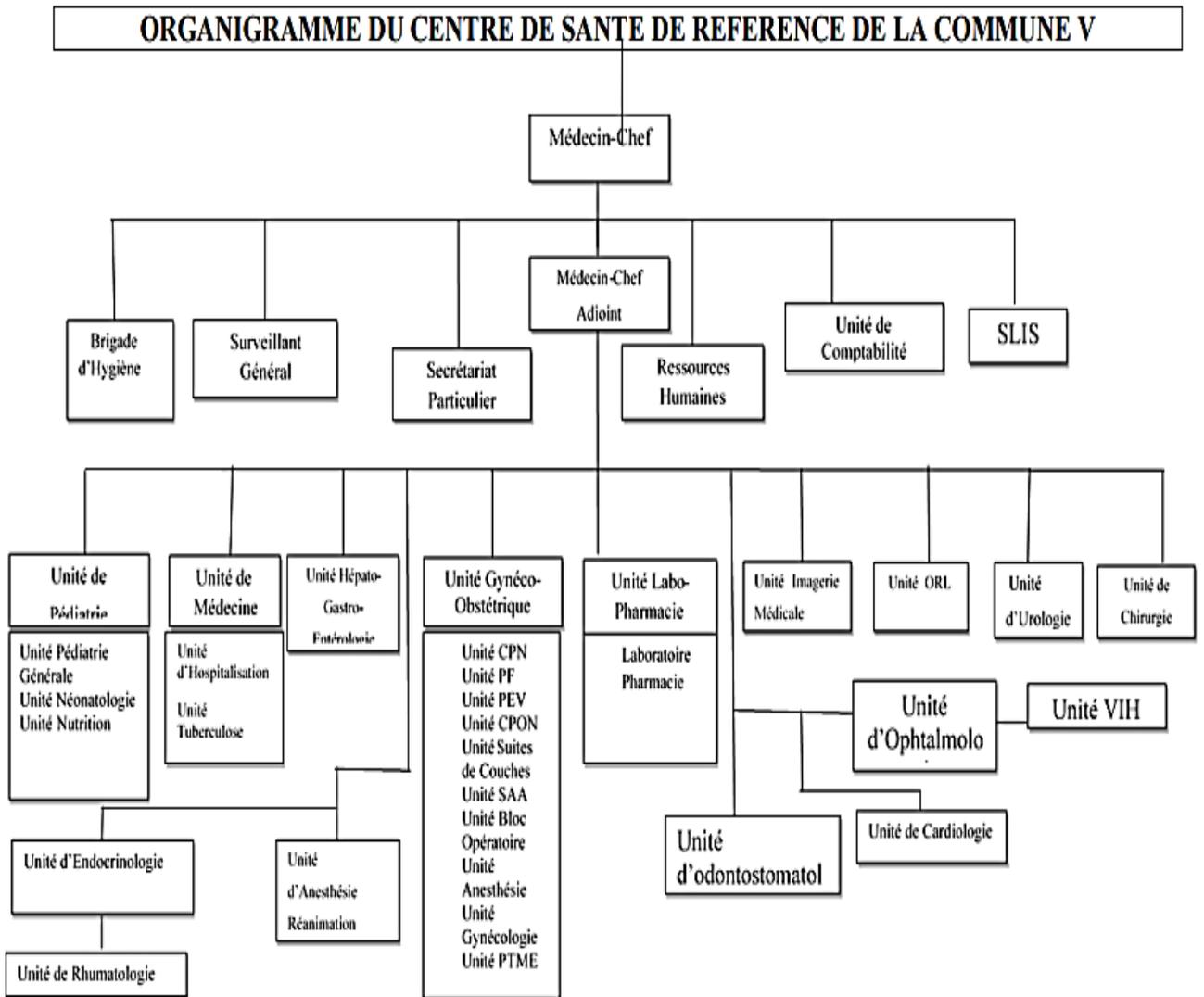


Figure 5: Organigramme du CSREF de la Commune V

Source : Gestion des ressources humaines.

Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique

- Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables.
- Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.
- Le dépistage du cancer du col de l’utérus est assuré tous les vendredis par deux sage-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

- Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.
- Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.
- Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.
- Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.
- Une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois.

4.2 Type d'étude

IL s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective de données.

4.3 Période d'étude

L'enquête a été menée du 1^{er} Aout 2023 au 31 Mai 2024 soit dix (10) mois.

4.4 Population d'étude

Il s'agit de toutes les femmes admises dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako chez qui une intervention chirurgicale a été indiquée pour hystérectomie.

4.5 Echantillonnage :

Il a été exhaustif portant sur l'ensemble des cas d'hystérectomies durant la période d'étude.

- **Calcul de la taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon est définie en fonction de la prévalence d' hystérectomie au Benin qui est 0,53%.

Calcul de la taille de l'échantillon « n » sera réalisé à l'aide de la formule de Cochran :

$$n = \frac{Z^2 \times p(1 - p)}{i^2}$$

n : Taille de l'échantillon

Z : Valeur Z pour un niveau de confiance (par exemple 1,96 pour un niveau de confiance de 95%)

P : Prévalence des hystérectomies

I : Marge d'erreur (précision souhaité, par exemple 0,05)

$$n = (1.962)^2 \times 0.2 (1-0.2)/(0.05)^2 = 8,117 \approx 8$$

Si l'on ajoute la marge d'erreur de 10% donc $N=8+1=9$

Taille de l'échantillon = 9

4.5.1 Critères d'inclusion :

Il s'agit de toutes les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako chez qui une hystérectomie a été indiquée et pratiquée.

4.5.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude chez qui une hystérectomie a été indiquée mais non pratiquée au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako.

4.6 Support des données

Nous avons fait la collecte des données à partir des différents documents dont :

- fiche d'enquête ;
- dossiers gynécologiques ;
- dossiers obstétricaux ;

- le registre de compte rendu opératoire ;
- le registre de de laparotomie.

4.7 Variables utilisées

Nous avons utilisé les variables suivantes :

Tableau I: Variables utilisées

VARIABLE	TYPE DE VARIABLE	ECHELLE DE MESURE	TECHNIQUE DE COLLECTE
Age	Quantitative discrète	Année	Lecture et consignation du dossier gynécologique ou obstétrical
Ethnie	Qualitative catégorielle	1.Bambara 2.Malinké 3.Peulh 4.Etc.	Lecture et consignation du dossier
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1.Mariée monogame 2.Mariée polygame 3.Célibataire	Lecture et consignation du dossier
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1.Venue d'elle-même 2.Adressée par un médecin 3.Référée 4.Evacuée	Lecture et consignation du dossier
Profession	Qualitative ordinale	1.Ménagère 2.Commercante 3.Elève/Etudiante 4.Etc	Lecture et consignation du dossier
Indication	Qualitative dépendante et indépendante	1.Myome utérin 2.Prolapsus génital 3.Rupture utérine 4.Etc	Lecture et consignation du dossier

4.8 Déroulement de l'étude

A l'admission des patientes programmées pour hystérectomie à indication gynécologique, une fiche d'enquête est remplie à travers un interrogatoire avant intervention chirurgicale et complétée après l'opération par le dossier et le registre de compte rendu opératoire.

Pour les patientes chez qui une hystérectomie obstétricale a été indiqué en urgence (rupture utérine, placenta acreta, hémorragie du post-partum immédiat), l'enquête

est menée à la sortie de la patiente au bloc opératoire dans la salle d'hospitalisation post-opératoire.

4.9 Les saisies, analyses et les traitements

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS

Elles ont été faites par le logiciel Microsoft Word 2016.

Le test de khi-2 a été utilisé pour comparer les résultats.

Les valeurs $P < 0.05$ ont été admises pour seuil de différences statistiques significatives.

4.10 Définitions :

- **Césarienne abdominale** : intervention chirurgicale consistant à ouvrir abdomen et l'utérus afin d'extraire le fœtus et ses annexes.
- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1ère grossesse
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses
- **Primipare** : 1er accouchement
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements
- **Multipare** : 5 à 6 accouchements
- **HRP** : syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail d'accouchement, caractérisé anatomiquement par un hématome situé entre le placenta et la paroi utérine.
- **Rupture utérine** : solution de la continuité non chirurgicale complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide.
- **Placenta accreta** : Adhésion partielle de l'amnios au myomètre.
- **Placenta increta** : Adhésion totale de l'amnios au myomètre.
- **Placenta percreta** : Atteinte de la séreuse par l'amnios.
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses

- **Grande multipare** : ≥ 7 accouchements

4.11 Aspects éthiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus sont mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé et ceci dans l'intérêt des patientes.

RESULTATS

5. Résultats

5.1. Fréquence :

Notre étude s'est déroulée sur dix mois allant du 1^{er} Aout 2023 au 31 Mai 2024 au Csref CV.

Durant notre étude nous avons enregistré **80** cas d'hystérectomies dont 63 cas pour indications gynécologiques et 17 cas pour indications obstétricales d'urgences sur 2 531 interventions Gynécologiques et Obstétricales soit une fréquence de **2,48 %** d'hystérectomies gynécologiques, une fréquence de **0,67 %** d'hystérectomies obstétricales et une fréquence globale de **3,16%**.

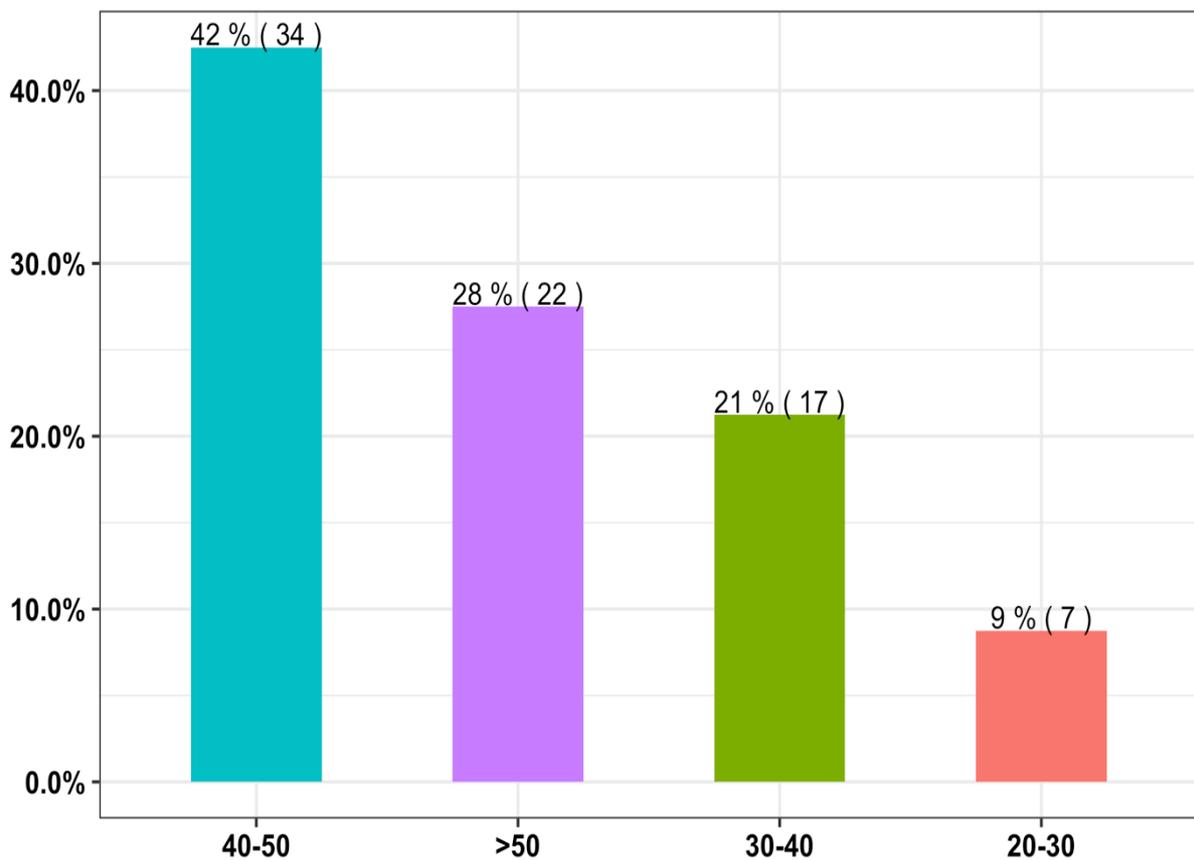


Figure 6: Répartition des patientes selon l'âge (ans)

La tranche d'âge de 40-50 ans soit 42% était la prédominante.

Tableau II: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée monogame	71	89%
Mariée polygame	8	10%
Célibataire	1	1%
Total	80	100%

La plupart soit 89% de nos patientes hystérectomisées étaient des femmes mariées monogames.

Tableau III: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	62	78%
Commerçante	13	16%
Fonctionnaire	4	5%
Élève/Étudiante	1	1%
Total	80	100%

Soixante-deux femmes soit 78% de nos patientes étaient ménagères.

Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	41	51%
Secondaire	17	21%
Primaire	16	20%
Supérieur	6	8%
Total	80	100%

Près de la moitié soit 51% des femmes hystérectomisées non pas été à l'école soit 41 patientes.

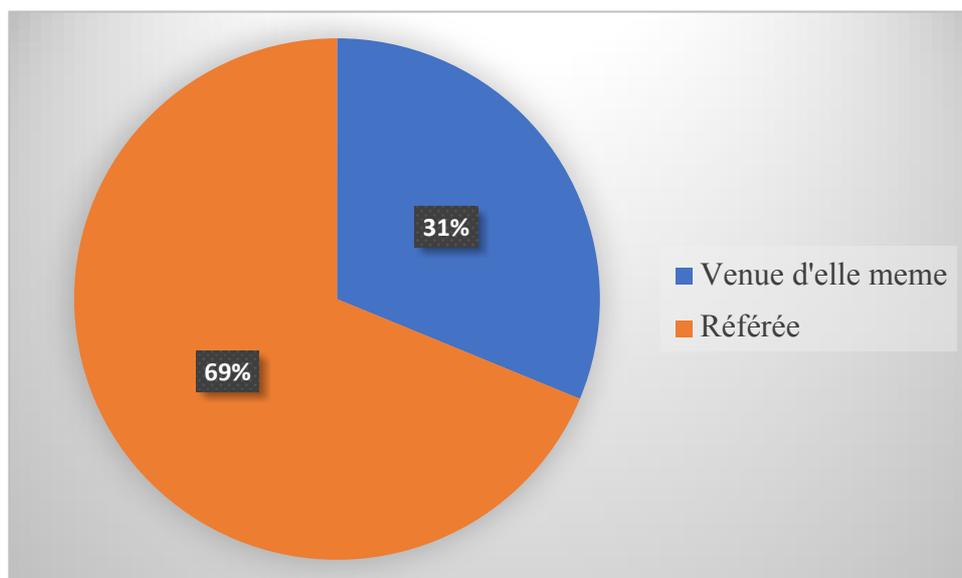


Figure 7: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Plus de la moitié soit 69% de nos patientes ont été référée.

Tableau V: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Métrorragies	34	43%
Douleurs pelviennes	12	15%
Sensation de masse pelvienne	11	14%
Prolapsus génital	9	11%
Contraction utérine douloureuse	8	10%
Hémorragie intra-partum	2	3%
Hémorragie du post partum immédiat	2	3%
Saignements post coïtaux	1	1%
Pertes liquidiennes	1	1%
Total	80	100%

Trente-quatre (34) de nos patientes soit 43% ont consulté pour métrorragies

Tableau VI: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	63	79%
HTA	13	16%
Diabète	2	3%
Drépanocytose	1	1%
Autres	1	1%
Total	80	100%

Treize (13) de nos patientes étaient hypertendues.

Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun	52	65%
Césarienne	20	25%
Myomectomie	4	5%
Kystectomie	2	3%
Hernie	2	3%
Total	80	100%

Vingt (20) de nos patientes soit 25% ont un antécédent de césarienne.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Multigeste	63	79%
Pauci-geste	8	10%
Nulligeste	6	8%
Primigeste	3	4%
Total	80	100%

Soixante-trois (63) de nos patientes soit 79% des femmes sont multigestes

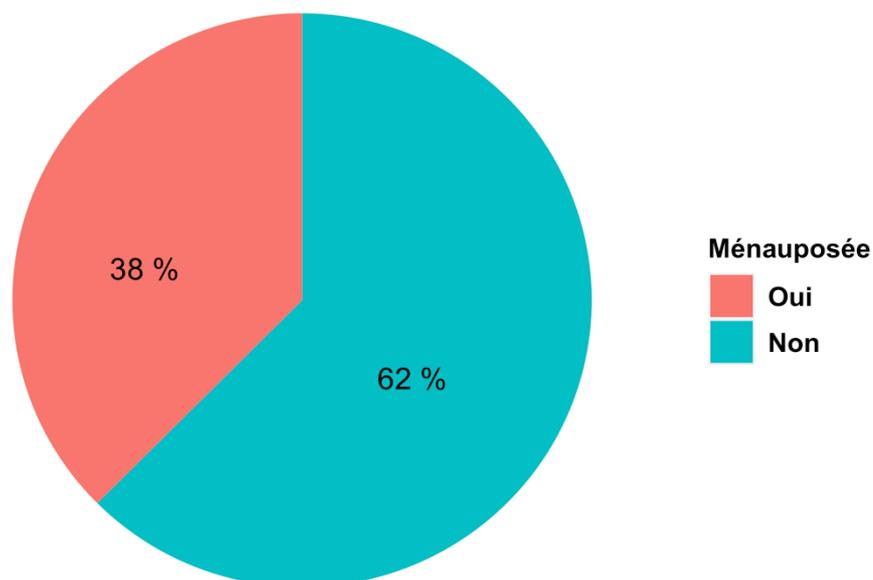


Figure 8: Répartition des patientes selon la ménopause

Plus de la moitié soit 62% de nos patientes n'étaient pas en ménopause.

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

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
4-6 enfants vivants	25	31%
>6 enfants vivants	20	25%
3 enfants vivants	16	20%
2 enfants vivants	9	11%
0 enfant vivant	8	11%
1 enfant vivant	2	3%
Total	80	100%

La prédominance des enfants vivants étaient de 4 à 6 enfants soit 31%

Tableau X: Répartition des patientes selon les indications

Indications	Effectif	Pourcentage
Myomes utérins	50	63%
Prolapsus utérin	13	16%
Rupture utérine	7	9%
Placenta acreta	6	8%
Hémorragie du post partum immédiat	4	5%
Total	80	100%

Les myomes utérins étaient l'indication dominante dans 63% des cas et 16% des cas de prolapsus utérin.

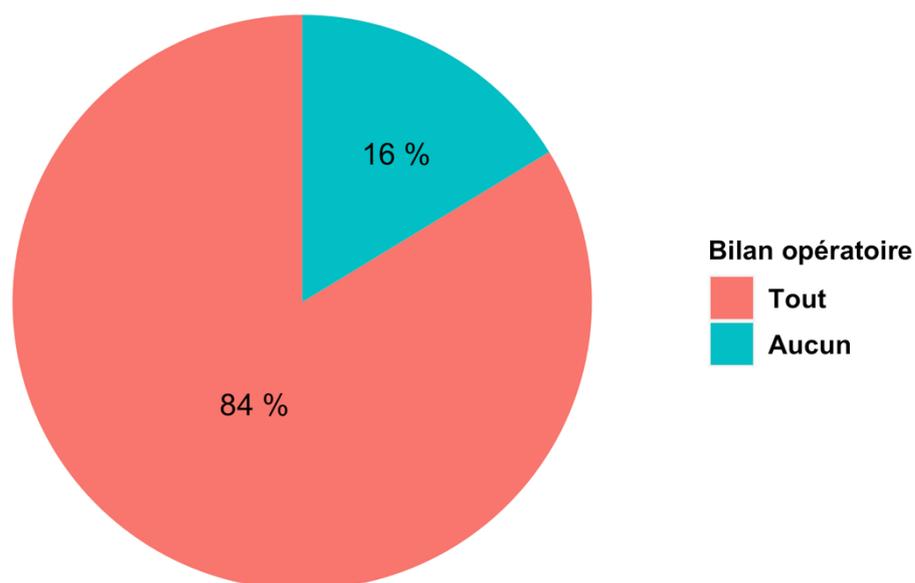


Figure 9: Répartition des patientes selon le bilan opératoire

La plupart soit 84% de nos patientes ont réalisé tous les bilans opératoires

Tableau XI: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Rachianesthésie	65	81%
Générale	15	19%
Total	80	100%

Soixante-cinq (65) de nos patientes soit 81% des hystérectomies ont été réalisées sous rachianesthésie.

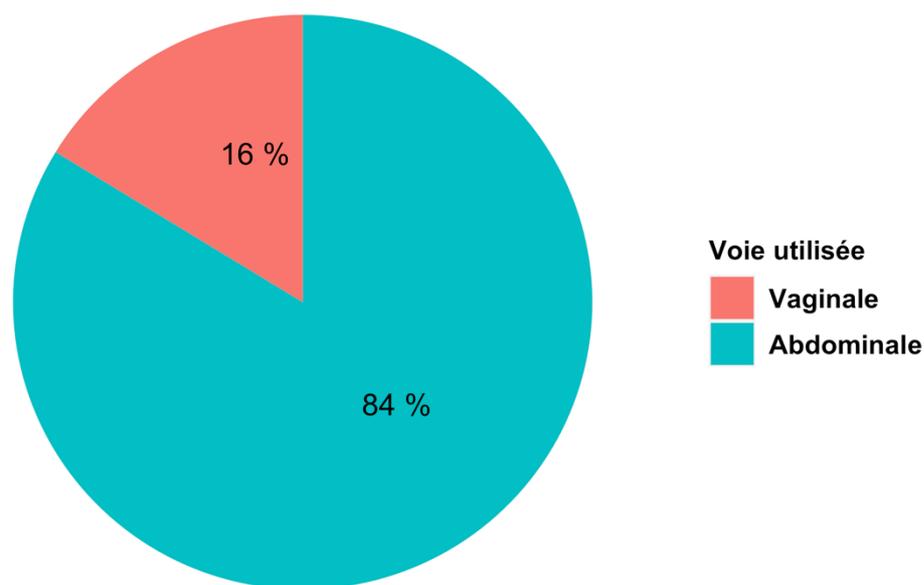


Figure 10: Répartition des patientes selon la voie utilisée

La majorité soit 84% des hystérectomies ont été faites par voie abdominale

Tableau XII: Répartition des patientes selon le type d'hystérectomie

Types d'hystérectomie	Effectif	Pourcentage
Subtotale inter-annexielle	31	39%
Totale+annexectomie	18	23%
Subtotale+annexectomie	16	20%
Totale inter-annexielle	2	3%
Vaginale	13	16%
Total	80	100%

L'hystérectomie subtotale inter-annexielle était majoritaire avec 39% des cas

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les complications immédiates

Complications immédiates	Effectif	Pourcentage
Aucun	80	100%
Total	80	100%

Aucune de nos patientes n'a présenté de complications immédiates

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les complications secondaires

Complications secondaires	Effectif	Pourcentage
Aucun	77	96%
Anémie	3	4%
Total	80	100%

Trois (03) femmes soit 4% des hystérectomies se sont compliquées d'anémie sévère.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Effectif	Pourcentage
Non	77	96%
Oui	3	4%
Total	80	100%

Nous avons observé 3 cas de transfusion sanguine pour anémie sévère soit 4 %

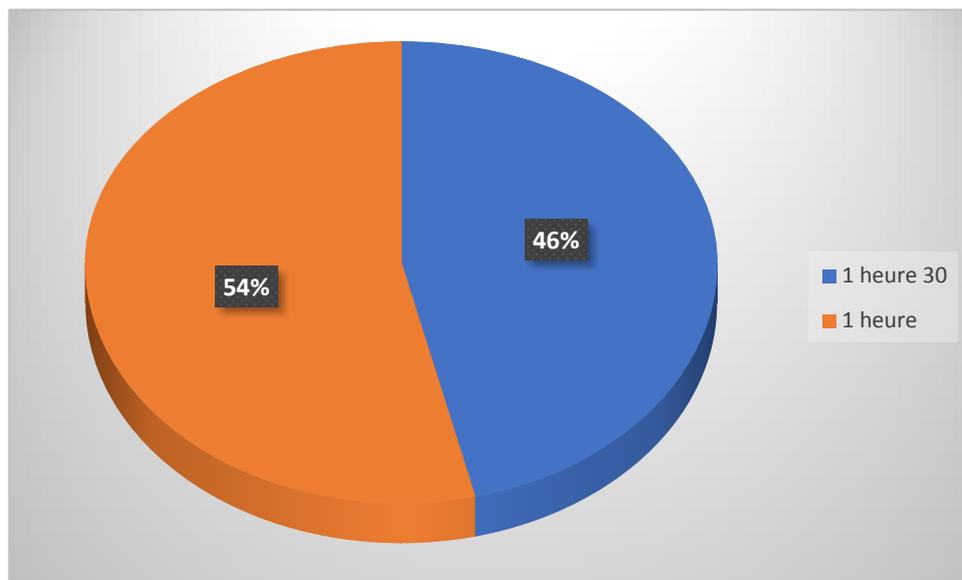


Figure 11: Répartition des patientes selon la durée de l'intervention

Plus de la moitié des hystérectomies étaient réalisées en une heure soit 54%

Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'état à la sortie

État à la sortie	Effectif	Pourcentage
Bon	79	99%
Mauvais	1	1%
Total	80	100%

Toutes nos patientes avaient un bon état général à la sortie

Tableau XVII: Relation entre l'âge et les indications

Age [ans]	Indications					Total
	Myomes utérins	Prolapsus utérin	Rupture utérine	Placenta acreta	Hémorragie du post partum immédiat	
20-30	1 [2%]	0 [0%]	1 [14%]	1 [17%]	4 [100%]	7 [9%]
30-40	11 [22%]	1 [8%]	2 [29%]	3 [50%]	0 [0%]	17 [21%]
40-50	24 [48%]	4 [31%]	4 [57%]	2 [33%]	0 [0%]	34 [42%]
>50	14 [28%]	8 [62%]	0 [0%]	0 [0%]	0 [0%]	22 [28%]
Total	50 (100%)	13 (100%)	7 (100%)	6 (100%)	4 (100%)	80 (100%)

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge et les indications (p-value =2.179).

Tableau XVIII: Relation entre la voie utilisée et les indications

Voie utilisée	Indications					Total
	Myomes utérins	Prolapsus utérin	Rupture utérine	Placenta acreta	Hémorragie du post partum immédiat	
Vaginale	0 [0%]	13 [100%]	0 [0%]	0 [0%]	0 [0%]	13 [16%]
Abdominale	50 [100%]	0 [0%]	7 [100%]	6 [100%]	4 [100%]	67 [84%]
Total	50 (100%)	13 (100%)	7 (100%)	6 (100%)	4 (100%)	80 (100%)

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre la voie utilisée et les indications (p-value =2.2).

Tableau XIX: Relation entre le type d'hystérectomie et les indications

Type hystérectomie	Indications					Total
	Myomes utérins	Prolapsus utérin	Rupture utérine	Placenta acreta	Hémorragie du post partum immédiat	
Subtotale inter-annexielle	19 [38%]	0 [0%]	3 [43%]	6 [100%]	3 [75%]	31 [39%]
Subtotale+annexectomie	12 [24%]	1 [8%]	3 [43%]	0 [0%]	0 [0%]	16 [20%]
Totale inter-annexielle	2 [4%]	0 [0%]	1 [14%]	0 [0%]	0 [0%]	3 [4%]
Totale+annexectomie	17 [34%]	0 [0%]	0 [0%]	0 [0%]	1 [25%]	18 [22%]
Vaginale	0 [0%]	12 [92%]	0 [0%]	0 [0%]	0 [0%]	12 [15%]
Total	50 ((100%))	13 (100%)	7 (100%)	6 (100%)	4 (100%)	80 (100%)

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre le type d'hystérectomie et les indications [p-value =1.607].

Tableau XX: Relation entre le type d'anesthésie et les indications

Type anesthésie	Indications					Total
	Myomes utérins	Prolapsus utérin	Rupture utérine	Placenta acreta	Hémorragie du post partum immédiat	
Rachis-anesthésie	49 [98%]	13 [100%]	2 [29%]	0 [0%]	1 [25%]	65 [81%]
Générale	1 [2%]	0 [0%]	5 [71%]	6 [100%]	3 [75%]	15 [19%]
Total	50 (100%)	13 (100%)	7 (100%)	6 (100%)	4 (100%)	80 (100%)

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre le type d'anesthésie et les indications (p-value =4.136).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective de données allant du 1^{er} Aout 2023 au 31 Mai 2024 soit dix (10) mois. Notre étude a porté sur l'ensemble des femmes admises dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako chez qui une intervention chirurgicale a été indiquée pour hystérectomie.

Les résultats obtenus dans notre étude ont permis de faire les commentaires et la discussion suivants.

6.1. Fréquence :

Au cours de la période d'étude, nous avons effectué 80 hystérectomies sur 2531 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales soit une fréquence de 3,16%. Ce résultat est supérieur à celui rapporté par A. Fofana au CSRéf CII dans le district de Bamako au Mali en 2024 qui a conclu que les hystérectomies représentent 1,66%[18]. Cette différence pourrait être due à la fréquentation accrue des patientes dans notre centre de santé de référence. B. Lah a rapporté 12,78%[19] au cours de son étude sur les hystérectomies au CHU Mère-Enfant « le Luxembourg » en 2018. Ce taux est supérieur à celui que nous avons rapporté, ceci est dû à la durée et le type d'étude.

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

6.2. Caractéristiques Socio-démographiques :

a. Âge :

L'**âge moyen** était de 47 ans dans notre étude avec les extrêmes de 20 et 74 ans. La tranche d'âge de 40-50 ans était la plus touchée soit 42%. A. Fofana dans son étude a rapportée 47,65 ans avec des extrêmes de 30 et 66 ans[20]. Ceci est dû au fait que la plupart de nos patientes avaient principalement des indications

d'hystérectomies gynécologiques et ces indications touchent généralement les femmes d'âge avancé en période de pré ou de ménopause et l'ablation de l'utérus est acceptée plus facilement dans notre contexte.

b. Niveau socioprofessionnel :

Plus de la moitié de nos patientes n'ont pas été scolarisé soit 51%, 78% des femmes étaient ménagères, 89% étaient mariées monogames et 10% mariées polygames. La faible revenue et la non scolarisation des femmes retardent la consultation et leur prise en charge.

c. Gestité :

Les patientes étaient des multigestes à 79%.

Notre résultat est supérieur à celui de F.S Mangara[21] qui a trouvé 70,30% et celui rapporté par A Fofana[18] soit 60%.

d. Mode d'admission :

Plus de la moitié de nos patientes ont été référée soit 69%, 31% étaient venues d'elles-mêmes. Cela s'explique par le fait que la plupart de nos hystérectomies étaient programmé par les médecins de ces patientes.

e. Motif de consultation :

Dans notre étude, les métrorragies, les douleurs pelviennes, la sensation de masse pelvienne et le prolapsus génital sont principalement les motifs de consultation avec respectivement 43%, 15%, 14% et 11%.

Diallo S.[6] a retrouvé dans son étude les mêmes motifs de consultation avec une fréquence respective de 28,6%, 17,9%, 21,4% et 17,9%.

f. Antécédents médicaux :

Dans notre étude, presque toutes nos patientes n'avaient pas d'antécédent médical soit 79%. Par contre 16% étaient hypertendues et 3% diabétiques.

g. Antécédents chirurgicaux :

La majorité des patientes dans notre étude n'avaient pas d'antécédent chirurgical soit 65%. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par B. Siby[22] soit 79,7%.

Ceci s'explique par le fait l'hystérectomie est l'intervention de dernier recours après plusieurs échecs thérapeutiques. Par contre 25% des patientes dans notre étude avaient un antécédent de césarienne.

h. Examen général :

Dans notre étude, toutes les patientes avaient un bon état général soit 99% et seule une sur les quatre-vingt avait un état général passable soit 1%. Ce taux est comparable à celui de B. Siby[22] qui a rapporté 1,4%. Ceci s'explique par le fait que certaines patientes bénéficient une supplémentation en fer au préalable et suivent des traitements des pathologies associées avant l'intervention.

i. Bilan préopératoire :

Dans notre étude, 86% de nos patientes avaient réalisé tous les bilans préopératoires. Ceci s'explique par le fait que la plupart des hystérectomies étaient programmées.

j. les indications :

Les myomes utérins étaient l'indication la plus représentée dans notre étude soit 63%, suivie du prolapsus utérin à 16%. Ce résultat est supérieur pour les myomes et inférieur pour le prolapsus utérin à celui de B. Siby [22] qui a rapporté successivement 43,2% et 37,84%. Ceci s'explique par le fait que B. Siby s'intéressait uniquement qu'aux hystérectomies à indications gynécologiques. B. Lah [19] a trouvé successivement 31,1% pour fibrome utérin et 34,4% pour prolapsus utérin.

k. Traitement :

1. Traitement chirurgical :

1.a. Voie d'abord :

Nous avons pratiqué l'hystérectomie par voie abdominale chez 84% des patientes, et l'hystérectomie par voie vaginale chez 16% des patientes. Nous n'avons pas réaliser de laparo-conversion pour les hystérectomies vaginales. La voie d'abord abdominale demeure la voie chirurgicale la plus utilisée dans notre série. Ce taux

élevé d'hystérectomie par voie abdominale s'explique par le fait que l'utérus myomateux représentait la principale indication dans notre étude. A. Fofana[18] a trouvé 93,3%, B. Siby[22] 51,4% et B. Lah[19] 57,8%.

La voie vaginale a été utilisée chez toutes les patientes âgées et souffrantes de prolapsus génital.

Toutes les hystérectomies ont été réalisées avec le consentement des patientes.

1.b. Type d'hystérectomie :

L'hystérectomie sub-totale inter-annexielle a été le type le plus utilisé dans notre étude soit 39%, suivie de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale soit 23%. B. Lah[19] a trouvé successivement 57,8% et 34,4%. Notre taux bas s'explique par le fait que la majorité de nos patientes n'étaient pas à la ménopause ou la pré ménopause.

6.3. Traitement médical :

Trois de nos patientes ont été transfusées soit 4% par de concentré de globule rouge. Notre taux est comparable à celui retrouvé par B. Siby qui a rapporté 4,05%. Ce taux s'explique par le fait que ces trois patientes étaient sous supplémentation en fer pour pathologies associés à leur indication de l'hystérectomie.

6.4. Type d'anesthésie :

La rachi anesthésie a été l'anesthésie locorégionale la plus pratiquée dans notre étude soit 81%. L'anesthésie générale a été pratiquée dans 19% des cas.

L'anesthésie a été réalisée la plupart des cas par des infirmiers anesthésistes sous la supervision d'un médecin anesthésiste réanimateur.

Toutes les opérations ont été réalisé à 100% par des gynécologues obstétriciens(nes).

6.5. Antibiothérapie :

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une antibiothérapie. Elle était assurée par voie parentérale avec une céphalosporine de troisième génération ou

d'Amoxicilline + Acide clavulanique pendant 7 à 10 jours. Le relais par voie orale pendant 10 jours.

6.6. Les complications :

-Complications immédiates :

Nous n'avons pas enregistré de complication immédiate. La plupart des hystérectomies étaient programmées et réalisées par des gynécologues obstétriciens(nes). Les pertes sanguines ont été minimales.

-Complications secondaires :

Nous avons enregistré trois cas d'anémie soit 4% des cas. Ceci s'explique par le fait que la majorité de nos patientes ont consulté pour métrorragie. B. Lah[19] et A. Fofana[18] ont trouvé respectivement 11,1% et 26,7% de cas d'anémie.

Nous n'avons déploré aucun décès dans notre étude.

6.7. Etat à la sortie :

Dans notre étude, toutes nos patientes avaient un bon état général à la sortie.

Les limites et contraintes de notre étude

Notre recherche a porté sur l'ensemble des femmes admises dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako chez qui une intervention chirurgicale a été indiquée pour hystérectomie. Nous avons été confrontés au cours de cette étude à un certain nombre de difficultés notamment les dossiers obstétricaux remplis avec des informations incomplètes ou manquantes. Notre recherche a duré 10 mois, une période d'étude plus large pourrait donner une fréquence plus élevée

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. Conclusion

L'hystérectomie est une intervention chirurgicale couramment réalisée au CSRéf CV. Le fibrome utérin était l'indication la plus représentée suivie du prolapsus utérin. L'hystérectomie par voie abdominale a été la plus pratiquée. L'hystérectomie sub-totale inter-annexielle a été le type le plus utilisé suivie de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et toutes nos patientes avaient un bon état général à la sortie.

8. Recommandations :

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

Aux personnels de santé :

- Informer, éduquer la population pour le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses de l'utérus.
- Faire correctement les dossiers des malades.
- Prévoir du sang avant toute intervention chirurgicale.

Aux autorités politiques et sanitaires :

- Améliorer le plateau technique des structures de référence.
- Ouverture d'une unité pour les examens anatomo-pathologiques des pièces opératoires au CSRef CV.
- Faciliter l'accès aux produits sanguins et dérivés.
- La formation continue des personnels soignants.

A la population :

- Faire des consultations régulières pour toute affection gynécologique.
- Faires des consultations prénatales et les accouchements dans des structures sanitaires.

REFERENCES

9. Références

1. Camara D. et al. Health and disease Hystérectomies d'hémostase à Bamako Aspects épidémiocliniques et pronostic maternel. Health Sci:vol 19(3)July 2018. Available at www.hsd-fmsd.org
2. Fané Seydou et al. Health sciences And disease Hystérectomies obstétricales d'urgence au CHU Gabriel Toure de Bamako de 2003 à 2020. Health Sci:dis:vol 22(5)May2021pp33-39. Available free at www.hsd-fmsb.org
3. Q. Reboul; A. Mehdi; C. Chaleur. L'hystérectomie par voie vaginale en ambulatoire étude de faisabilité et de satisfaction des patientes; Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie (2018).
4. Berrada K. Les hystérectomies par voie basse à propos de 135 cas. 2008; disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/8001>. Thèse N°029/08.
5. B.i.b. Hounkpatin, A. Bagnan Tonato, J.l. Denakpo, A. Lokossou, M.m. Sehoue, R.x. Perrin. Hystérectomie par voie vaginale : épidémiologie, indications et résultats à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. 2012; vol.59;N°11.
6. Diallo S. Hystérectomie dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. USTTB; 2023. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12354>. Thèse N°23M295
7. Guindo A. L'hystérectomie dans le service de Gynécologie de l'Hôpital du Mali. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2160>.
8. Lah B. Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire « mere-enfant » le Luxembourg. 2018 Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2032>. Thèse N°18M66

10. Diakité MK. Les hysterectomies au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital régional F, Daou de kayes à propos de 37 cas. 2011 Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1161>.Thèse N°11M251
11. Villet R, Salet L. Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes) Encycl. Méd chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie. Gynécologie. 1995;41:16P.
12. Sabrina K. Les pertes de grossesse récurrentes ou fausse couche. Mémoire pour l'obtention du diplôme de Master Physiologie Cellulaire et physiopathologie (PCPP) -2021-2019; Disponible sur: <https://wikimemoires.net/2021/01/uterus-ovaires-physiologie-reproduction/>
13. Subtil D, Cosson M, Vinatier D. Épidémiologie des hysterectomies. In: Hystérectomies pour pathologies bénignes. Masson-Williams and Wilkins Paris; 1997. p. 151-9.
14. Hystérectomie pour lésions bénignes : complications peropératoires et postopératoires précoces - ScienceDirect. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003394400002054>
15. Leveque J, Eon Y, Colladon B, Foucher F, Chaperon D, Grall JY, et al. Hystérectomies pour pathologie bénigne en région Bretagne : analyse des pratiques. J gynécol obstét biol reprod. 2000;29(1):41-7.
16. L. Cravello, F. Bretelle, D. Cohen, V. Roger, J. Giuly, B. Blanc, L'hystérectomie vaginale : à propos d'une série de 1 008 interventions - ScienceDirect. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1297958901001357>

17. Ries L, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller B, Feuer E, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003. Public Health Faculty Publications. 1 janv 2006; Disponible sur: https://scholarworks.gsu.edu/iph_facpub/132
18. Fofana A. les hystérectomies : indications et pronostic au Centre de Santé de Référence de la commune II de Bamako. USTTB; 2024. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13119>.Thèse N°24M64
21. Fatou sadio Mangara, hystérectomie vaginale dans le service Gynécologie obstétrique de l'hopital du Mali 37 cas.Thèse N°15M128
22. Siby B. Hysterectomies dans le service de gynecologie et d'obstetrique du centre hospitalier universitaire Professeur bocar sidi sall de kati.USTTB;2023. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12241>.ThèseN°23M178

Iconographie



**Utérus après hystérectomie
Pour rupture utérine au CSRéf CV**



**Utérus et annexes après hystérectomie
par voie basse au CSRéf CV**



**Hystérectomie Abdominale
au CSRéf CV**



Abord Abdominal



Prolapsus 3^{ème} degré



Après hystérectomie

Figure 12: Pièces après hystérectomies, Abord par voies abdominale et vaginale.

ANNEXES

10. Annexes

FICHE D'ENQUETE

N° d'ordre.....

• Caractéristiques sociodémographiques

Q1. Nom et

Prénom.....

Q2. Age : /___/

1. <20 ans 2. 20-40 ans 3. 30-40 ans 4. 40-50 ans 5. >50 ans

Q3. Ethnie : /___/

1. Bambara 2. Malinké 3. Peulh 4. Dogon 5. Soninké 6. Bozo 7. Kassonké 8. Sarakolé 9. Autres

Q4. Statut matrimonial : /___/

1. Mariée monogame 2. Mariée polygame 3. Célibataire

Q5. Profession : /___/

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

Q6. Niveau d'instruction : /___/

1. Scolarisée 2. Non scolarisée 3. Déscolarisée

Q7. Provenance : /___/

1. Bamako ville 2. Hors Bamako ville 3. Autres

• Etude Clinique :

Q8. Mode d'admission : /___/

1. Venue d'elle-même 2. Adressée par un médecin 3. Référée 4. Evacuée

Q9. Si référée ou évacuée provenance : /___/

1. CSCom 2. CSRéf 3. Structure privée

Q10. Motif de consultation : /___/

1. Douleurs pelviennes 2. Métrorragies 3. Prolapsus génital 4. Sensation de masse pelvienne 5. Hémorragie intrapartum 6. Hémorragie du post partum immédiat 7. Saignements post-coitaux 8. Autres

Q11. Antécédents médicaux : / ___ /

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

Q12. Antécédents Chirurgicaux : / ___ /

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

Q13. Antécédents Obstétricaux :

a°] Gestité / ___ /

1. Nulligeste
2. Primigeste
3. Pauci-geste
4. Multigeste

b°] Parité / ___ /

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

c°] Nombre d'enfants vivants : / ___ /

1. 1 Enfant vivant
2. 2 Enfants vivants
3. 3 Enfants vivants
4. 4 à 6 Enfants vivants
5. Plus de 6 Enfants vivants
7. Aucun

Q14. Est-elle ménopausée ? / ___ /

1. Oui
2. Non

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

Q16. Examen général : / ___ /

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

Q17. Indications : / ___ /

1. Fibromes utérins
2. Prolapsus utérin
3. Myomes
4. Tumeurs de l'ovaire
5. Endométriose
6. Métrorragies rebelles
7. Cancer du col de l'utérus
8. Cancer de l'ovaire
9. Autres

Q18. Bilans Pré-opératoire : / ___ /

1. Créatininémie
2. Glycémie
3. Groupage Rhésus
4. Taux d'hémoglobine
5. Transaminases
6. TP
7. TCK
7. Tout

Q19. Gestes secondaires : / ___ /

1. Périnéorraphie
2. Aucun

Q20. Qualification de l'opérateur : / ___ /

1. Gynéco-obstétricien
2. Chirurgien

Q21. Anesthésie : / ___ /

1. Rachis-anesthésie
2. Générale
3. AG+ALR

Q22. Voie utilisée : / ___ /

1. Vaginale
2. Abdominale
3. Mixte

Q23. Type

d'hystérectomie : _____

Q24. Diagnostic per-opératoire : / ___ /

1. Idem
2. Autres

Q25. Complications immédiates : / ___ /

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

2. Si complication,

CAT : _____

Q26. Complications secondaires : / ___ /

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

2. Si complication,

CAT : _____

Q27. Technique

Opératoire : _____

Q28. Durée de l'intervention : / _____ /

Q29. Antibioprophylaxie post opératoire : / ___ /

1. Oui 2. Non

Q30. Si oui, durée : / _____ /

Q32. Autre traitement reçu à

préciser

.....

Q33. Durée d'hospitalisation : / ___ /

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

Q34. Etat à la sortie : / ___ /

1. Bon 2. Mauvais 3. Evacuée 4. Décédée 5.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : GAKOYE

Prénom : Affo

Titre de thèse : Hystérectomies au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Année scolaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali Tél : (+223) 77430661.

Email : affoamadougakoye@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS Bamako.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique et santé publique.

Résumé : IL s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective sur dix (10) mois allant du 1^{er} Aout 2023 au 31 Mai 2024. Elle visait à étudier tous les cas d'hystérectomie gynécologique ou obstétricale. A l'issu de notre étude **80** cas d'hysterectomies dont 63 cas pour indications gynécologiques et 17 cas pour indications obstétricales d'urgences sur 2 531 interventions Gynécologiques et Obstétricales soit une frequence de **2,48 %** d'hysterectomies gynécologiques, une fréquence de **0,67 %** d'hysterectomies obstétricales et une fréquence globale de **3,16%**. La tranche d'âge la plus représentée était 40-50 ans soit 42%. L'âge moyen était de 47 ans avec les extrêmes de 20 et 74 ans. 79% des patientes étaient des multigestes. Le fibrome utérin était l'indication la plus représentée à 63%, suivie du prolapsus utérin à 16%. L'hystérectomie par voie abdominale a été pratiquée chez 84% des patientes, et l'hystérectomie par voie vaginale chez 16% des patientes. L'hystérectomie sub-totale inter-annexielle a été le type le plus utilisé soit 39%, suivie de l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale soit 23%. Toutes les hystérectomies ont été réalisées par des gynécologues obstétriciens (nes). Seulement trois patientes soient 4% des cas présentaient une anémie en

postopératoire. Dans notre étude, toutes nos patientes avaient un bon état général à la sortie.

Mots clés : Hystérectomie, Fibrome utérin, indication, étude, gynécologiques

Abstract: This was a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective collection over ten (10) months from August 1, 2023 to May 31, 2024. It aimed to study all cases of gynecological or obstetrical hysterectomy. At the end of our study, 80 cases of hysterectomy were recorded out of a total of 2,531 gynaecological and obstetric surgical procedures, representing a frequency of 3.16%. The most common age group was 40-50, i.e. 42%. The average age was 47, with extremes of 20 and 74. 79% of patients were multigestational. Uterine fibroids were the most common indication at 63%, followed by uterine prolapse at 16%. Abdominal hysterectomy was performed in 84% of patients, and vaginal hysterectomy in 16%. Sub-total inter-annexal hysterectomy was the most common type used in our study (39%), followed by total hysterectomy with bilateral adnexectomy (23%). All hysterectomies were performed by obstetric gynecologists. Only three patients (4%) had postoperative anemia. In our study, all our patients were in good general condition at discharge. No deaths were recorded.

Keywords: Hysterectomy, Uterine fibroid, indication, study, gynecological

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE