

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPERIEURE ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But -Une Foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE BAMAKO



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

Année Universitaire : 2008 - 2009

N°...../

TITRE

**LES HYSTERECTOMIES D'URGENCES  
DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-  
OBSTETRIQUE DU C.H.U DU POINT-G**

**Thèse**

Présentée et soutenue publiquement le ..... /...../ 200... à .....H,  
à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

**Mme SIDIBE Mariam Niarga KEITA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

**Jury**

**Président:** Pr. Sy Aïda SOW  
**Membre :** Dr. Mahamadou TRAORE  
**Membre :** Dr. Doumbia Diénéba Doumbia  
**Co-Directeur:** Dr. Samba TOURE  
**Directeur de Thèse :** Dr. Bouraïma MAÏGA

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009**

**ADMINISTRATION:**

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES:**

Mr. Alou BA	Ophthalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**  
**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :**

**1. PROFESSEURS**

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gyneco- Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gyneco- Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie	
		Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique	
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale	
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie	
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation	
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie -Traumatologie	
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie	
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie	
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco- Obstétrique	
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale	
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique	
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation	
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale	

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco- Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOÏTA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie

Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation
Mr Aladji Séydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie -Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie - Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAÏGA	Immunologie

### **4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie,Parasitologie,EntomologieMédicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOUO	Chimie Analytique

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

## **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie

Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie/Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

**D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

**1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE Santé- Publique- **Chef de D.E.R**

**2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

Mr Jean TESTA Santé Publique

Mr Mamadou Souncale TRAORE Santé Publique

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A DICKO Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

Mr Séydou DOUMBIA Epidémiologie

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

Mr Akory Ag IKNANE Santé Publique

Mr Ousmane Ly Santé Publique

**4. ASSISTANTS :**

Mr Oumar THIERO Bio statistique

Mr Séydou DIARRA Anthropologie Médicale

**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

## **DEDICACES**

### ***Bismil-lahir-Rahmanir-Rahimi***

***Je dédie tout ce travail au bon DIEU, le tout puissant; le Miséricordieux, l'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 qui ce travail n'aurait pas vu le jour.***

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

**AMEN**

### **A mon père : *Niarga Keita***

Papa les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos cotés, mes sœurs, mes frères et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi.

Sache papa que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis

Au nom de tous mes frères et sœurs, je te dis encore merci, merci pour tous.

### **A ma mère : *Mme Keita Guarangué Soucko***

Maman, ce travail est le tien. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours choyés, rassurés et réconfortés. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que tu souhaites inchallah. Et surtout Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'aie causés, tu es et seras notre fierté de tout le temps.

Papa et Maman ; Que DIEU vous bénisse et vous garde aussi longtemps auprès de nous pour que vous puissiez cueillir les fruits murs dont vous avez tant souffert pour l'entretien. Que l'avenir soit pour vous soulagement et satisfaction.

**A ma très chère tante : *Mme Keita Oulematou sacko* :**

Vous avez été plus qu'une mère pour moi. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante et généreuse. Vous m'avez toujours choyé, rassuré et réconforté. Je vous aime beaucoup. Que DIEU vous donne longue vie pleine de santé et bonheur, AMEN.

**A mon cher tendre époux : *Amadou Sidibé***

Ton affection, ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est le lieu aujourd'hui pour moi de témoigner toute ma reconnaissance et tout mon amour à ton égard.

Tu es vraiment un mari exemplaire, je prie le bon dieu que tu restes toujours ainsi, n'écoute jamais les ont dits car cela peut être source de mésentente dans un merveilleux couple comme le nôtre. Encore Merci ! Merci ! Merci.

Que DIEU nous donne longue vie couronnée de bonheur.

**A mon fils : *Mohamed Sidibé dit Day***

Jeune dynamique, le chemin qui mène à la réussite est long je suis convaincu que tu peux y parvenir. Soit rassurer de toute mon affection et de tout mon soutien. Que la Grâce et la Miséricorde du Tout Puissant t'accompagnent toute ta vie.

**A mes grandes et à mes petites sœurs :**

- ***Mme Diabaté Fanta*** : Courageuse, simple et très compréhensive, c'est une fierté de t'avoir comme sœur aînée car tu es tout simplement formidable. Puisse ALLAH te donner tout le bonheur possible, Qu'il exauce tous tes vœux. AMEN.
- ***Mme Koné Fatoumata***: En plus d'une petite sœur tu as été aussi une amie pour moi. Que DIEU te donne longue vie et un foyer plein de bonheur et de santé. Et que sa GRACE soit avec toi. AMEN.

- ***Awa Cissé Mme Dembélé:*** je te souhaite longue vie et surtout beaucoup de courage pour tous ce que tu fais pour tes parents ne te décourage jamais. Que DIEU te donne un foyer plein de bonheur et de santé.
- ***Kankou Mme Sidibé :*** Que DIEU te donne un foyer plein de bonheur et de santé. AMEN
- ***Sadio, Bamakan, Aminata :*** Vous qui n'êtes pas mariées d'abord soyez rassuré que le Tout PUISSANT est entrain de vous préparer un mari pour chacune dont vous souhaitez avoir. Je vous aime mes chéries.

**A mes petits frères et grand frères:**

- ***Diango Keita :*** Le chemin qui mène à la réussite est long et fait d'embûches mais, je suis convaincue que tu y parviendras. Soit rassuré de toute mon affection et de tout mon soutien. Que la Grâce et la Miséricorde du tout PUISSANT t'accompagnent toute ta vie. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN
- ***Founé, Moussa, Lassina, Djéliba, Madi, Soyon, Abdoulaye.***  
Sachez que rien n'est plus grave dans la vie que la dépendance. Qu'ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN

**A mon Tonton : Youssouf Keita :** Retrouve ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que tu as fait pour moi à la réalisation de cette thèse. Que la Grâce du Seigneur t'accompagne, qu'il resserre nos liens de fraternité. AMEN.

**A mes Tontons :**

***Boya, Sama, Mamadou kaba, Bakari, Tiémoko, Bekay, Famori, Djéliké, et leur famille.***

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect. Merci à vous tous.

**A mes tantes :**

*Mansa, Fatou Diakité, Bintou, Doussouba, Sira, Bintouni, Guimba, Ténimba, Sétou, Sokona, Goundo, N'bamakan Feu Mansaba, Baba, Adam.*

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

Merci à vous tous.

**A mes neveux et nièces :**

*Diango Cissé, Diango Keita, Abdoulaye Sacko, Awa Koné, Mahamadou Diabaté dit Prince, Mami, Alima, Assan, Papi, Papou.*

Que dieu vous bénisse.

## REMERCIEMENTS

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako, je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiante. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

### **A mes beaux-frères :**

***Siaka Diabaté, Mohamed Koné, Sory Sidibé*** : Merci pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que DIEU vous bénisse et vous donnent la force de bien prendre soins de mes sœurs ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

### **A mes cousins et cousines :**

***Alassane, Cheic Oumar, Mohamed, Levier, Adama, Sarata, Awa, Laveille, Fifi, Mama, Batoma, Safi, Bafitini, Assétou***

Merci pour l'amitié et la sympathie dont vous avez à mon égard

### **A ma belle famille :**

**Feu Aboulay Sidibé, Germaine Coulibaly, Yacouba Sidibé, Mariam Sidibé, Diarra Sidibé, Awa Sidibé, Assan Diarra, Kadidia Sidibé, Mama Synayogo, Salif Dembélé, Mohamed Diakité, Moussa Diawara, Mamadou Traoré, Baty, N'béré, Cheick Oumar, Fatim Sidibé.**

Vous m'aviez toujours réservé un accueil chaleureux, que chacun retrouve ici mes sincères remerciements. Que le TOUT PUISSANT intègre la paix et l'entente entre nous.

### **A mes amies :**

***Mariam Dembélé, Mariam Modibo KEITA, Mariam KEITA, Ami Diakité, Awa Daou, Yagaré Kanté, Fatoumata Tamboura.***

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. 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.

**A tout le personnel du service de gynéco obstétrique :**

Aux sages femmes, aux infirmières, aux Garçons de salle, et aux majors. Merci à vous tous.

Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

**A mes maîtres DES, Dr SIMA, Dr DIABATE, Dr KANTE, Dr TRAORE, Dr Sakoba** ainsi qu'aux autres médecins, **Dr BAMBABA, Dr ONGOÏBA, Dr Harouna, Dr Etienne, Dr Moussa Balla, Dr Sidy, Dr DIABATE, Dr DRAME, Dr Fatou.** Que DIEU vous réserve beaucoup de succès dans votre carrière.

**A tous mes collègues internes et cadets du service de gynécologie obstétrique du Point-G**

**Youssef Yalkoué, Seydou TOURE, Djibril Magassouba, Mamadou .T. KEÏTA, Mohamed. S, Mohamed.F, Korotoumou BAGAYOGO, Fatoumata .H. MAÏGA, Diakaridia FOMBA, Daouda COULIBALY, Sory COULIBALY, Awa BERTHE, Karim, Ablo, Ibrahim DIRRA et tous mes cadets internes.**

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

**A mes amis (es) de la faculté :**

**Massaran, Boncana, Djénébou TRAORE, BAY Samabali, Doussou, Mariam, Bebe.** Merci pour la continuation de nos bonnes relations.

**Aux familles voisines du quartier, particulièrement : à la famille KEITA :** pour la confiance et le soutien.

***AU PRESIDENT DU JURY PROFESSEUR SY AIDA SOW***

***✚ Professeur de gynécologie obstétrique à la F.M.P.O. S.***

***✚ Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la commune II***

***✚ Présidente de la SO.MA.GO.***

Honorable maître,

Votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration.

Nous sommes fiers et très heureux que vous ayez accepté de présider ce Jury. Soyez rassurée cher maître de notre reconnaissance éternelle.

Puisse le tout puissant vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier.

Que le tout puissant Allah ! Vous protège Amen !

**A notre Maître et juge  
Docteur Doumbia Diénéba Doumbia.**

- ✚ Spécialiste d'Anesthésie Réanimation en fonction à l'hôpital du point « G »**
- ✚ Maître assistant chef de clinique en Anesthésie Réanimation à la FMPOS**
- ✚ Chargée de cours d'Anesthésie Réanimation à la FMPOS et au centre de spécialisation pour techniciens supérieurs.**

Votre humanisme, votre disponibilité et votre simplicité ont été toujours à la disposition de la jeune génération pour le bien être de la santé.

Recevez nos sincères remerciements et soyez rassuré de notre satisfaction

***A notre Maître et juge : Docteur Mahamadou Traoré***

- ✚ Détenteur d'un Doctorat d'état et d'un Certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de Médecin à l'université « Martin Luther de Halle Wittenberg en ex RDA ».***
- ✚ Diplômé de Maîtrise en santé publique (Master of public Health) à l'institut Régional de santé publique de Ouidah au Bénin.***
- ✚ Point focal « Gratuité de la césarienne » à la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la santé.***

Cher maître,

Vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

*Notre Maître et Co-Directeur de thèse, Docteur Samba TOURE*

✚ *Gynécologue obstétricien,*

✚ *Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.*

Cher maître :

Ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie (Amen).

***A notre Maître et Directeur de thèse, Dr. Bouraïma MAÏGA,***

- ✚ Docteur en Gynécologie et d'Obstétrique,***
- ✚ Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),***
- ✚ Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,***
- ✚ Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,***
- ✚ Chevalier de l'ordre national,***
- ✚ Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),***
- ✚ Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.***

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en vous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être compté parmi vos disciples.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**CHU GT** : Centre Hospitalier et Universitaire de Gabriel Touré

**CHU Pt-G** : Centre Hospitalier et Universitaire du Point G

**CIVD** : coagulation intra vasculaire disséminé

**CNTS** : centre national de transfusion sanguine

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSRef C** : Centre de Santé de Référence de la Commune

**DES** : Diplôme d'étude spécialisé

**FMPOS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**HRP** : hématome rétro placentaire

**HTA** : Hypertension artérielle

**IVG** : Interruption volontaire de la grossesse

**INRSP** : Institut National de recherche en Santé Publique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PP** : placenta preavia

**PFC** : plasma frais congelé

## **SOMMAIRE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
	<b>A. HISTORIQUE</b>	
	<b>B. DEFINITION</b>	
	<b>C. RAPPELS</b>	
	<b>D. VASCULARISATION</b>	
	<b>E. TECHNIQUES D'HYSTERECTOMIE TOTALE</b>	
	<b>F. INDICATION</b>	
	<b>G. SUITES OPERATOIRE COMPLICATION</b>	
<b>IV.</b>	<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>34</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>45</b>
<b>VI.</b>	<b>COMMENTAIRES – DISCUSSION.....</b>	<b>64</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION – RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>71</b>
<b>VIII.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>73</b>
<b>IX.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>76</b>

## **I- INTRODUCTION**

L'utérus symbole de la féminité a été longtemps rendu responsable de tous les maux supposés ou réels de la femme. Grâce au développement de la médecine en particulier la chirurgie et l'anesthésie réanimation, l'hystérectomie est devenue une intervention courante.

L'hystérectomie, exérèse de tout ou une partie de l'utérus, est une intervention qui consiste à enlever le corps de l'utérus (hystérectomie subtotale), ou le corps et le col de l'utérus (hystérectomie totale), les trompes de Fallope et les ovaires sont souvent concernés (hystérectomie totale plus annexectomie) ; ce dernier cas étant rarissime en urgence.

L'hystérectomie est une intervention qui remonte à la nuit des temps :

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

En 1825, Langenbeck fit la première hystérectomie abdominale pour cancer du col, mais faite en cinq minutes, elle n'empêcha pas la mort de la patiente quelques heures après.

C'est une intervention relativement fréquente.

A Libreville sur 82981 accouchements il y a eu 58 cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence avec une fréquence de 0,07% soit une hystérectomie pour 1431 accouchements

En Occident, Racinet et al. [1], l'évaluent entre 0,013% et 0,722%. Elle est de 0,53% pour Muteganya et a /. [2] au Burundi.

A Yaoundé au Cameroun 31cas d'hystérectomie obstétricale d'urgence ont été pratiquées pour 8078 accouchements soit une incidence de 0,4%

A Dakar des Etudes faites par Diouf et a /. [3] sur une période de 22 mois à propos de 35 cas représentait 0,45%. Notre pays le Mali ne fournit aucune donnée en la matière, c'est donc une étude originale que nous menons.

Cependant l'hystérectomie d'urgence, intervention ultime pour garantir la survie maternelle, s'impose si l'état hémodynamique est difficilement contrôlable, si l'utérus ne peut être conservé en cas de : placenta accreta, rupture utérine, perforation utérine, des pelvipéritonite.

L'ablation de l'utérus au cours de la grossesse ou dans le post partum est une décision lourde de conséquences, découlant d'une situation menaçant la survie de la femme. Dans la plupart des cas le pronostic fœtal n'entre pas en ligne de compte. L'anomalie de placentation et l'atonie utérine représentent les premières indications d'hystérectomie obstétricale d'urgence [4, 5, 6,7].

Au regard de tous ces constats très dommageables nous avons jugé opportun d'apporter notre modeste contribution par l'étude de l'hystérectomie d'urgence au CHU du Point <<G>>.

Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants

## **II- OBJECTIFS**

### **A- Objectif général :**

Etudier les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de l'hystérectomie d'urgence dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G du 7 Mars 2005 au 28 Février 2008

### **B- Objectifs spécifiques :**

1. Déterminer la fréquence de l'hystérectomie d'urgence,
2. Identifier les indications de l'hystérectomie d'urgence,
3. Déterminer le profil sociodémographique des patientes,
4. Décrire les différents tableaux cliniques,
5. Etablir le pronostic de l'hystérectomie d'urgence,
6. Formuler des recommandations.

### **III- GENERALITES**

#### **A° HISTORIQUE :**

##### **1- Hystérectomie abdominale**

La première hystérectomie vaginale aurait été pratiquée par Soranus à Ephèse, il y a plus de dix sept siècles. Au XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> 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 1825, le même auteur 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 1829, Récamier réalise à Paris la première hystérectomie vaginale avec ligature des artères utérines.

En 1864, en France, Koeberlé 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) décrivent les procédés modernes avec ligature élective des pédicules. Un peu plus de 100 ans plus tard, c'est l'opération la plus répandue après la césarienne.

##### **2- Hystérectomie vaginale :**

Quelques écoles, toute fois, ont continué 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.

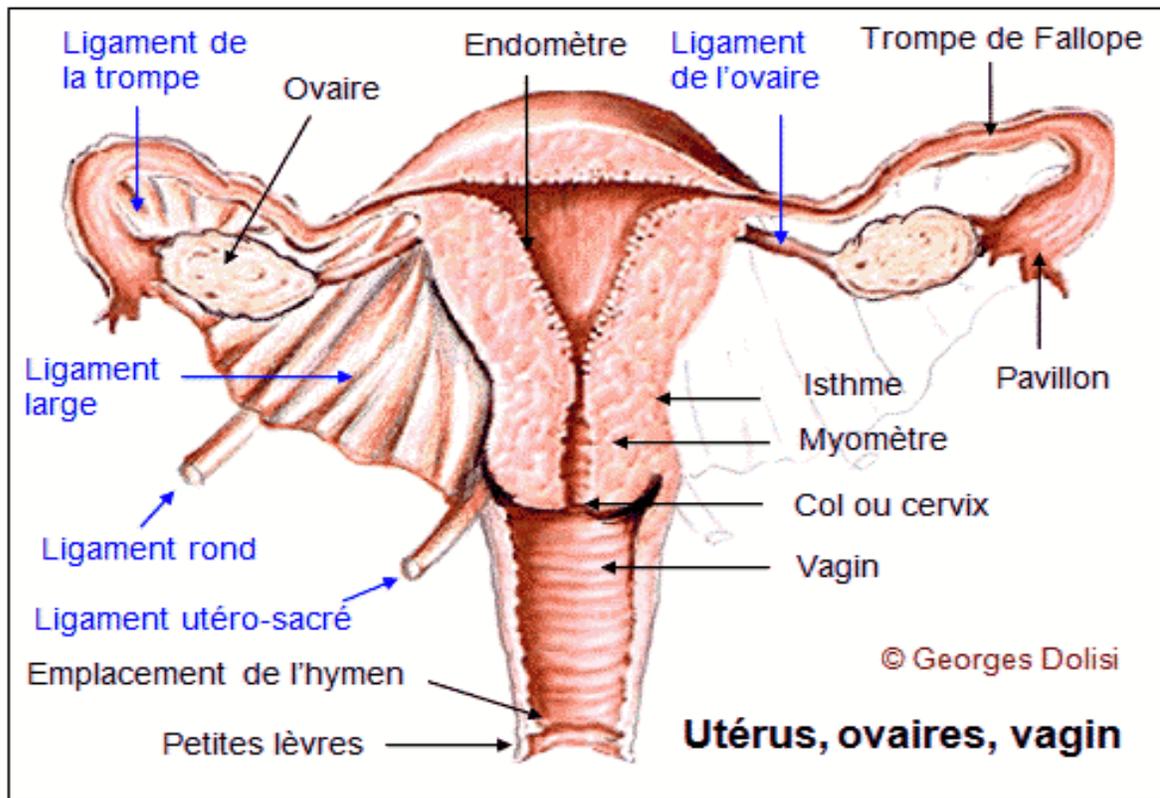
La première hystérectomie vaginale réglée a été réalisée par Joseph Anselme Récamier en 1829 mais cette intervention ne commença à être régulièrement pratiquée qu'à partir de 1890-1900 (Pean, Richelot) puis elle fut

progressivement abandonnée au profit des hystérectomies abdominales qui restent encore aujourd'hui la technique la plus utilisée.

### **B- Définition**

Terme issu du grec mus : muscle et métra : utérus. L'utérus est l'organe féminin musculaire creux, en forme de poire renversée, de 7 à 8 cm de haut, qui permet le développement de l'œuf fécondé (qui sera expulsé lors de l'accouchement, quand il est arrivé à maturité)

### **Schéma de l'utérus Rappel anatomique :**



## **C – Rappel anatomique : (P. KAMINA –UTERUS GRAVIDE)**

### **1- Caractères morphologiques de l'utérus gravide :**

L'utérus gravide est un utérus contenant le conceptus. A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement : le corps, le segment inférieur et le col. Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont :

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

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

#### **1.1-le corps utérin :**

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

##### **1.1.1- Situation du fundus utérin**

En début de grossesse, il est pelvien

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

A la fin du 3<sup>ème</sup> mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au dessus du pubis, il devient nettement palpable.

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

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

##### **1.1.2- Les dimensions**

Pour la longueur : - à la fin du 3<sup>ème</sup> mois : de 10 à 13cm ;

A la fin du 6<sup>ème</sup> mois : de 17 à 18cm ;

A terme : de 31cm ;

Pour la largeur : - à la fin du 3<sup>ème</sup> mois : de 8 à 10cm ;

- à la fin du 6<sup>ème</sup> mois : de 18cm

- et à terme : de 23cm

### **1.1.3- Forme**

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

Mais au 2<sup>ème</sup> mois, il est sphérique, semblable à une " orange ".

Au 3<sup>ème</sup> mois, à un " pamplemousse ".

Après le 5<sup>ème</sup> mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grosse extrémité supérieure.

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

### **1.1.4- Direction**

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

Mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> mois.

A terme :

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

### **1.1.5- Epaisseur de la paroi**

Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4<sup>ème</sup> mois est de 3cm.

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

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

### **1.1.6- Consistance**

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

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

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

### **1.2- Le segment inférieur**

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

#### **1.2.1- Forme**

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

#### **1.2.2 - Limites**

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

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

#### **1.2.3- Dimensions**

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

#### **1. 2.4- Formation**

Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col, comme le confirme la présence, au niveau du col, de

cicatrices de césariennes segmentaires. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6<sup>ème</sup> mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

### **1.3. Le col utérin :**

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

#### **1.3.1- Situation – Direction**

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

#### **1.3.2- Aspect – Dimensions**

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

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

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

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

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

#### **1.3.3- Consistance**

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

#### **1.3.4- Etat des orifices du col utérin :**

L'orifice externe :

- Chez la primipare, reste, en général, fermé jusqu'au début du travail.

- Chez la multipare, au contraire, il reste souvent perméable (C'est le col déhiscent de la multipare).

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

## **2- Rapports anatomiques de l'utérus gravide**

### **2.1- Les rapports anatomiques du corps utérin**

L'utérus à terme est en rapport avec :

#### **En avant :**

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

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

#### **En arrière :**

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

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

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

Les muscles grand psoas, croisés par les uretères.

#### **En haut :**

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

\* en arrière : l'estomac ;

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

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

**A droite :**

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

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

**A gauche :**

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

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

**2.2- les rapports anatomiques du segment inférieur**

**2.2.1- La face antérieure :**

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

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).

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

### **2.2.2- Face postérieure :**

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

### **2.2.3- Les faces latérales**

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

## **D. Vascularisation de l'utérus gravide**

### **1. Les artères**

#### **1.1- l'artère utérine**

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

Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique externe (Rouvier) [8]. C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son diamètre.

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

## 1.2- L'artère ovarienne

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

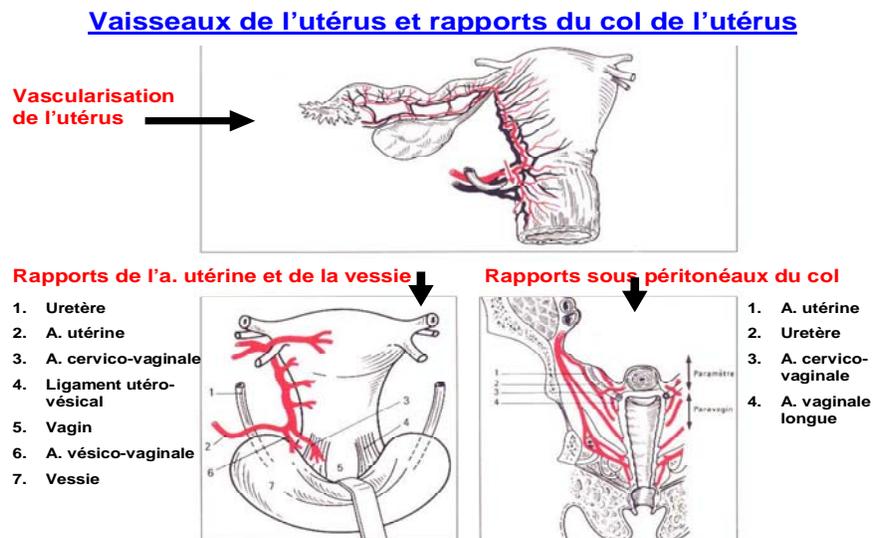
## 1.3- L'artère funiculaire

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

## 2. Les veines utérines

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

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

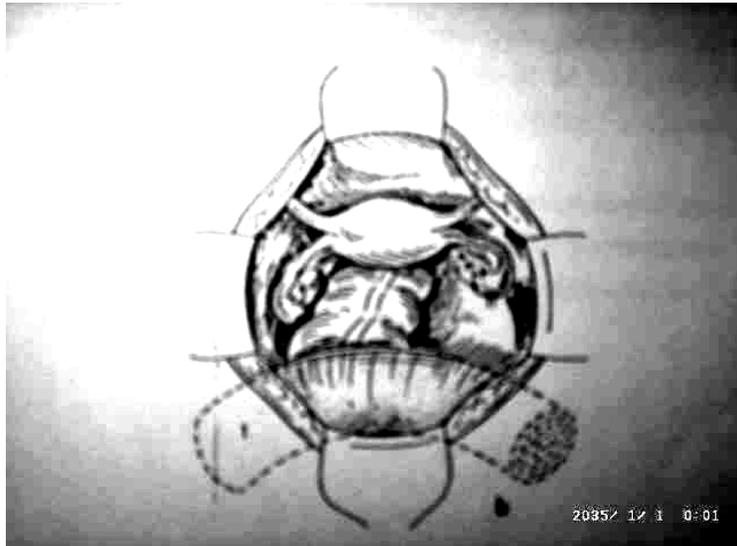


## 3. Les lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

### **E. Techniques d'hystérectomie totale :**

**SCHEMA N° 1** : Vue opératoire, position du champ roulé transversal qui retient les anses grêles d'après Lansac [10]



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

La même manœuvre est réalisée du côté opposé.

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

Une des annexes est saisie par une pince de Duval. Utérus et annexe sont attirés en dedans, l'utérus vers l'avant et l'annexe vers l'arrière. Le péritoine peut être

ouvert à partir de la section du ligament rond et la face antérieure du large est dégagée en dessous de la trompe et du pédicule annexiel. Ce dégagement est poursuivi plus ou moins en bas permettant de repérer l'uretère et de le refouler.

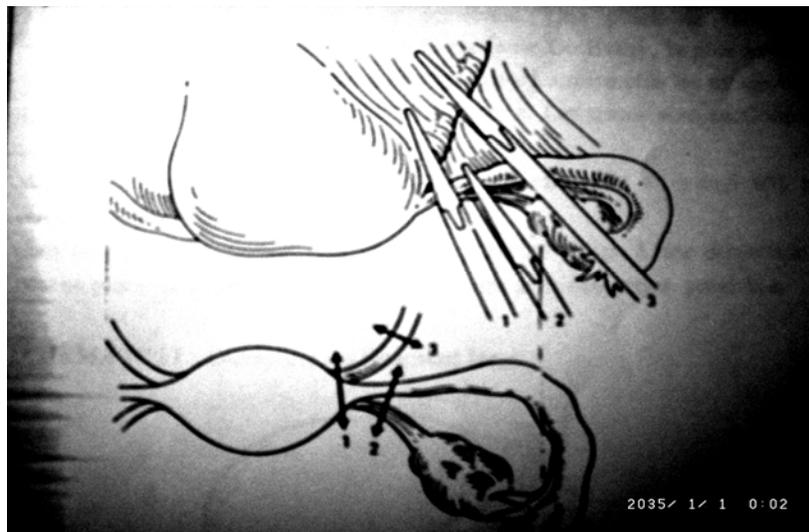
La ligature du pédicule lombo-ovarien ne pose pas de difficultés si l'ouverture et la libération du péritoine vésico-utérin est bien faite. Le péritoine pelvien est coagulé puis ouvert en pédicule lombo-ovarien qui est sectionné entre deux pinces et ligaturé au vicryl 2/0. La section du feuillet postérieur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

**SCHEMA N° 2** : Mise en place des pinces sur le ligament large d'après Lansac J [10]

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

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

3=Pince de Kocher prenant le ligament rond.



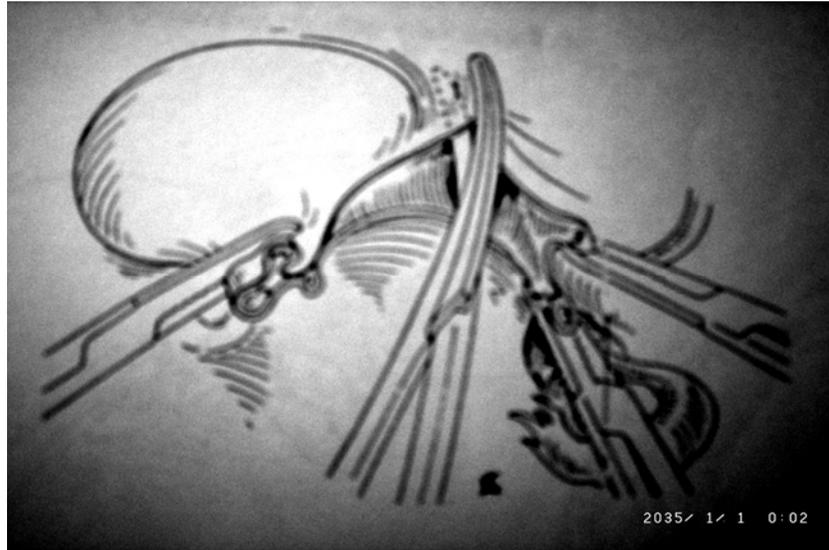
Les faces antérieures de l'utérus et du vagin étant dégagées, latéralement le bord de l'utérus est libéré en effondrant le tissu cellulaire lâche du ligament large ; le pédicule utérin peut être lié.

Pour ce faire, le péritoine de la face postérieure du ligament large contre l'utérus est décollé puis sectionné jusqu'au ligament utéro-sacré. Le pédicule utérin est ainsi dégagé en avant et en arrière à la hauteur de l'isthme. Pour lier le pédicule utérin droit, l'utérus est attiré en arrière et à gauche et l'opérateur repère le bord droit de l'utérus. IL place les doigts de sa main gauche en avant de l'isthme, introduit les ciseaux, d'arrière en avant, le long du bord utérin à la hauteur de l'isthme en passant en arrière du pédicule. La pointe de ciseaux dirigée d'abord vers l'utérus puis se retournant pour effondrer en avant le tissu fibreux de la face antérieure sous péritonéale de l'utérus. Deux pinces de De Bakey, la plus externe afin de prendre la partie haute des vaisseaux cervico-vaginaux. La mise plus ou moins basse de la pince de Bengoléa conditionne la fin de l'hystérectomie. Les tissus sont sectionnés en dedans de la pince jusqu'à la pointe de celle-ci.

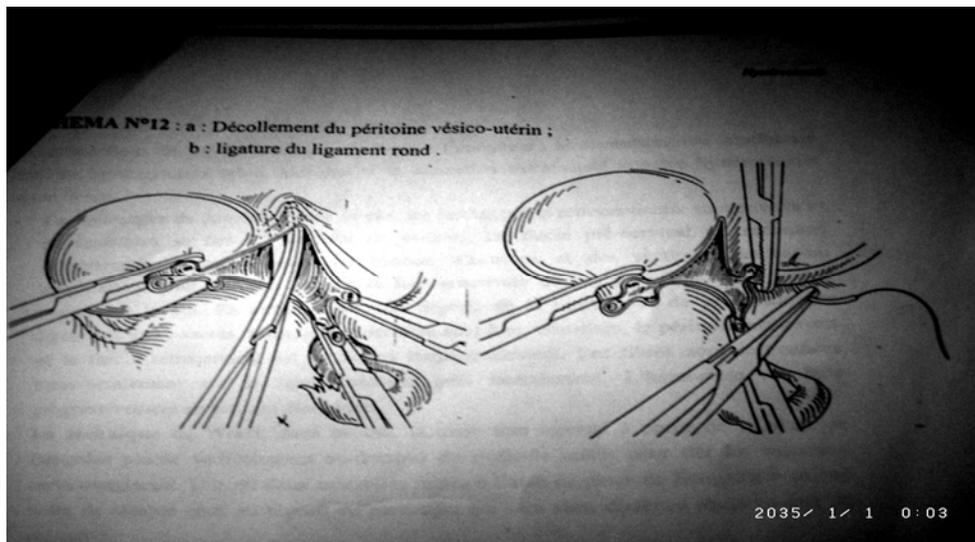
Une ligature appuyée du pédicule utérin est effectuée au vicryl n°1 puis les vaisseaux cervico-vaginaux sont liés au vicryl 2/0.

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

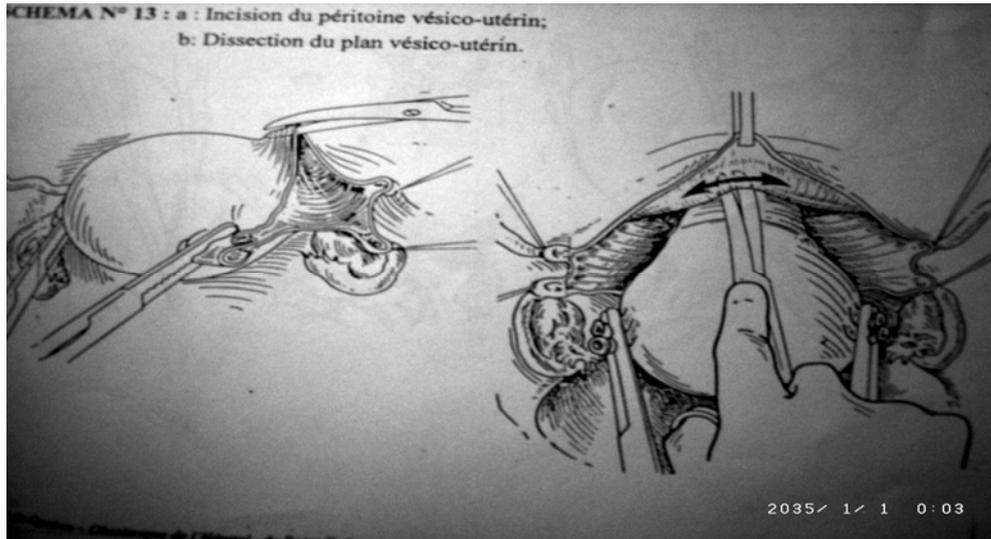
**SCHEMA N°3 : Ouverture du ligament large**



**SCHEMA N° 4 : a : Décollement du péritoine vésico-utérin ;  
b : Ligature du ligament rond.**



**SCHEMA N°5 : a : Incision du péritoine vésico-utérin ;  
b : Dissection du plan vésico-utérin.**



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

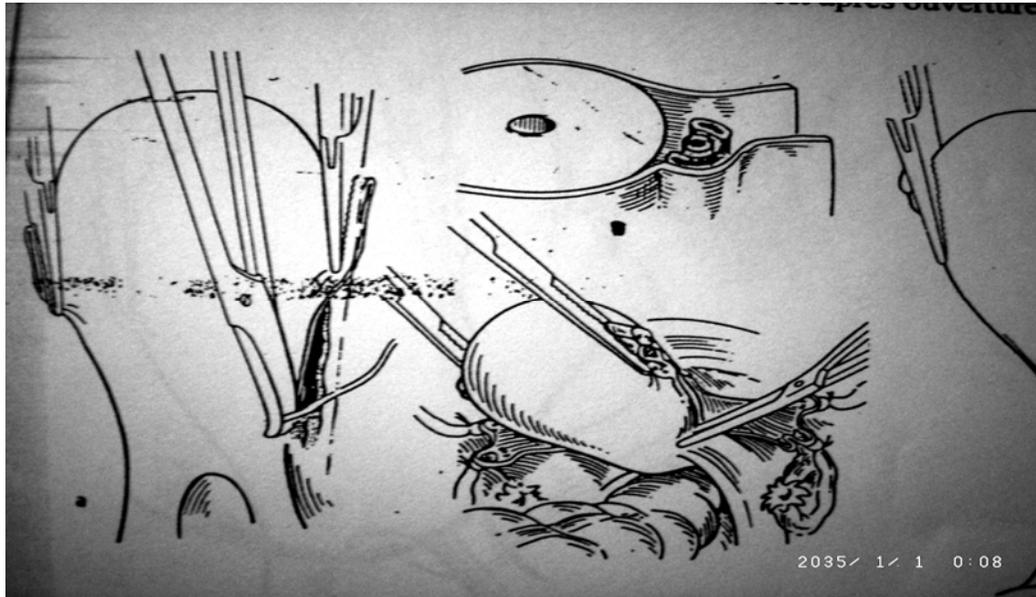
- La technique de Aldridge, dans ce cas, les fascias pré et rétro cervicaux sont ouverts et la dissection se fait à l'intérieur de ceux-ci. Le fascia pré cervical est sectionné transversalement aux ciseaux ou bistouri électrique et des sections ligatures ou coagulations sont réalisées jusqu'à la face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

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

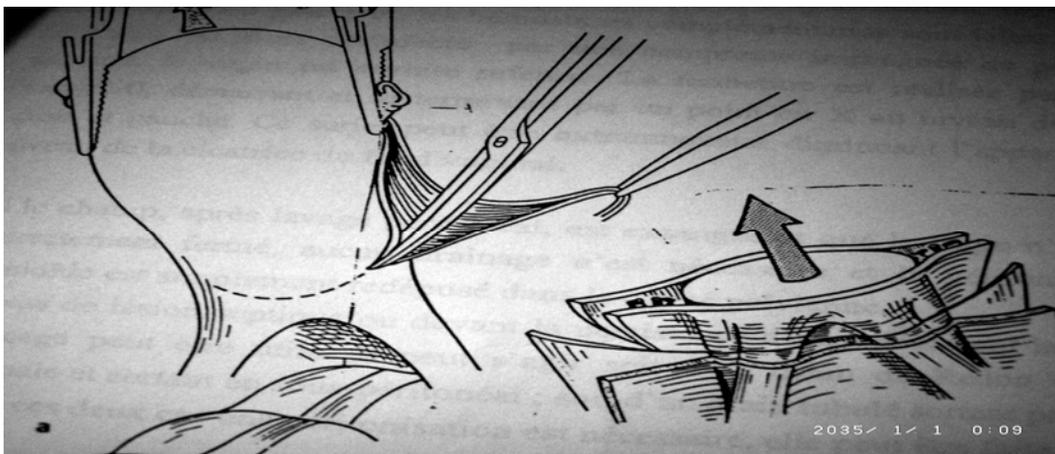
- La technique de Wiart, dans ce cas, la dissection reprend à partir de la pince de Bengoléa placée verticalement au-dessous du pédicule utérin pour lier les vaisseaux cervicovagiaux. Une ou deux nouvelles prises à l'aide de pince de Bengoléa vont être faites de chaque côté, au niveau du para vagin qui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

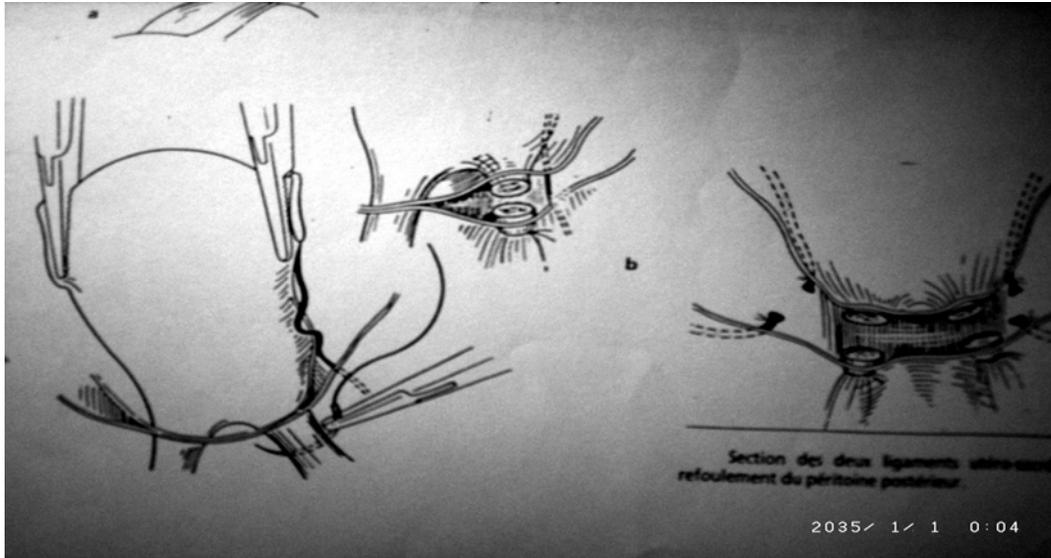
**SCHEMA N°6 :**

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



**SCHEMA N°7 :** a, incision du péritoine après mise en tension des utéro-sacrés ; b, ligature du ligament utéro-sacrés droit.





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

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

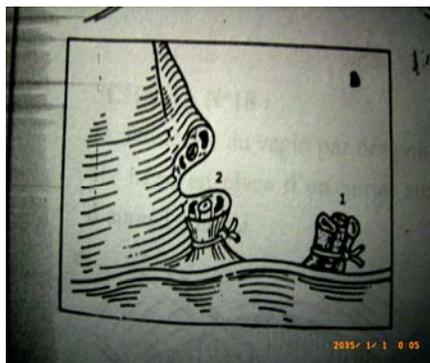
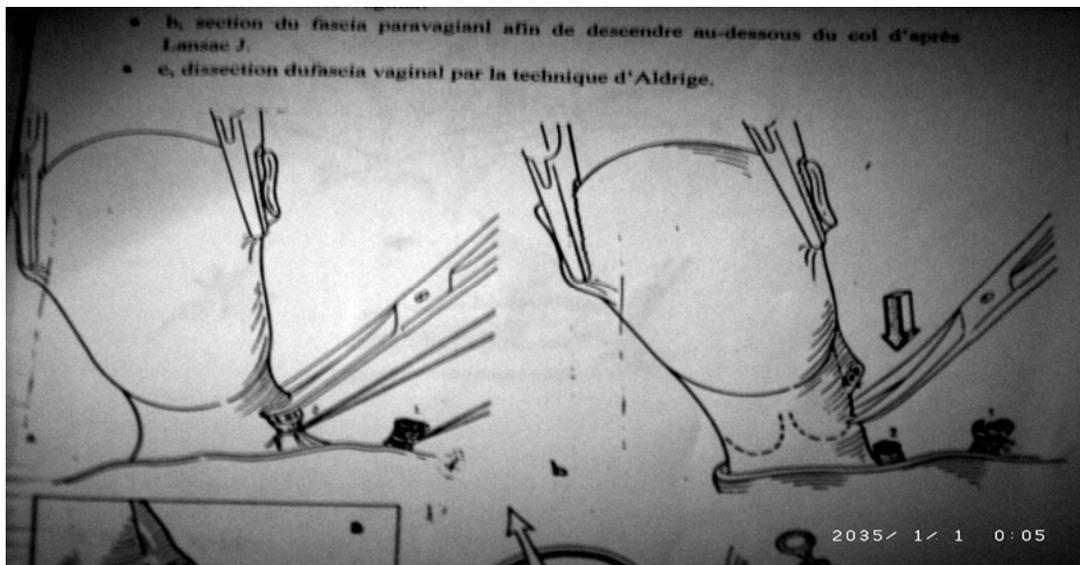
En cas de lésion septique ou devant la persistance d'un suintement hémorragique diffus, un drainage peut être utile. IL peut s'agir soit d'un drain de

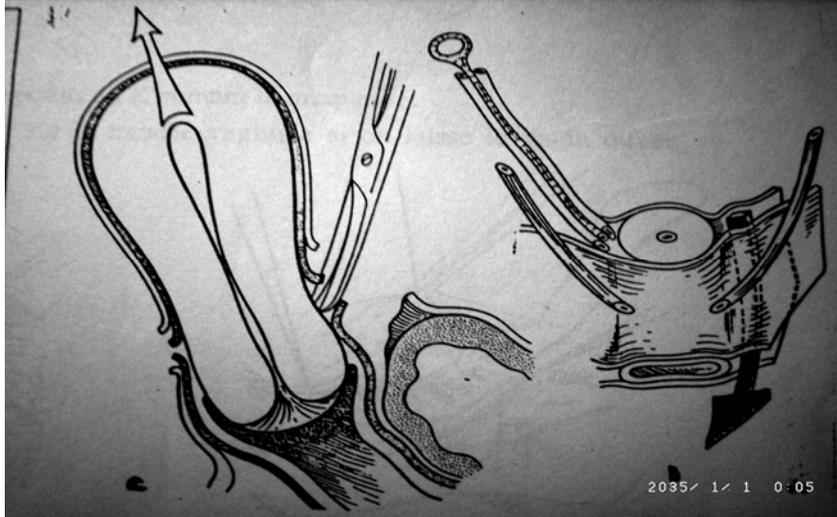
Redon couché sur la tranche vaginale et sortant en sous péritonéal ; soit d'un drain tubulé sortant par le vagin.

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

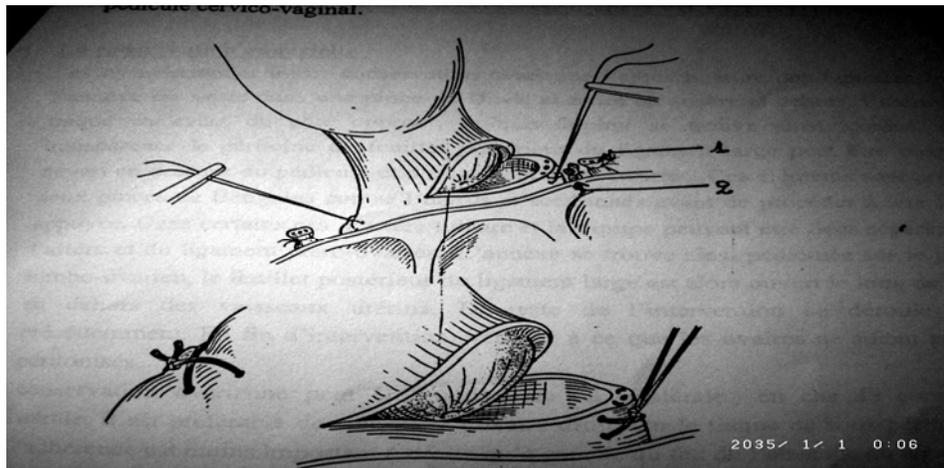
**SCHEMA N°8 :**

- a, section du para vagin et des artères cervico-vaginales : 1=pédicule utérin,  
2=pédicule vésico-vaginal.
- b, section du fascia para vaginal afin de descendre au-dessous du col d'après Lansac J.
- c, dissection du fascia vaginal par la technique d'Aldridge.





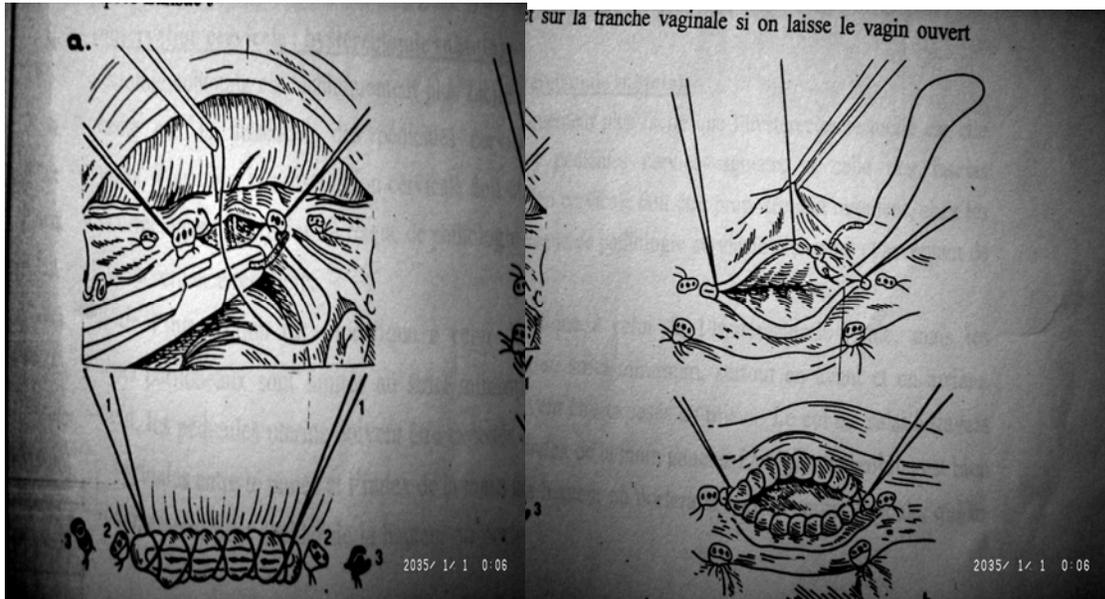
**SCHEMA N°9** : section du vagin après ligature de l'angle. 1= pédicule utérin, 2= pédicule cervico-vaginal.



**SCHEMA N°10 :**

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

\*b, Mise en place d'un surjet sur la tranche vaginale si on laisse le vagin ouvert d'après Lansac J.



- Les modifications en fonction de l'exérèse VILLET R [11]

1. La conservation annexielle

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

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

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

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

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

## **2. Technique de l'hystérectomie subtotale**

Après césarienne segmentaire

L'hystérotomie est fermée par une suture grossière et rapide qui évite un saignement gênant des berges utérines. L'incision du péritoine viscéral est prolongée jusqu'aux ligaments ronds, à quelques centimètres des cornes utérines. Les ligaments ronds sont sectionnés entre deux pinces à hémostase, puis ligaturés avec du fil à résorption lent type Vicryl n° 1. Le ligament large est ensuite ouvert en avant. Le temps suivant est la ligature des pédicules annexiels (ligaments utéro-ovariens et trompes) après section sur une pince de Faure. En raison du calibre des vaisseaux, une ligature doublée au Vicryl n° 2 est préférable. La mise en place d'une pince de Kocher longue, verticalement sur la corne utérine assure l'indispensable hémostase de retour. Le feuillet postérieur du ligament large est aisément incisé verticalement et décollé. Ce geste permet d'éloigner l'uretère de l'artère utérine.

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

Après césarienne corporéale ou après accouchement par voie basse

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

Après césarienne segmentaire verticale

Une section horizontale du segment inférieur passant sous l'extrémité inférieure de l'hystérotomie peut être impossible car celle-ci descend souvent très bas. On réalise alors une incision en V, dont la pointe rejoint l'angle inférieur de l'hystérotomie.

Après rupture utérine

La technique opératoire est tributaire de la nature de la rupture utérine. Toutes les situations sont possibles, de la rupture sous péritonéale sur un trajet d'hystérotomie antérieure à l'éclatement de l'utérus au niveau du segment inférieur ou du corps utérin. Si la rupture utérine survient sur utérus cicatriciel, elle intéresse de façon plus ou moins régulière la topographie de l'hystérotomie antérieure et la technique d'hystérectomie peut se calquer sur celle décrite par

ailleurs après césarienne. Toutefois, la rupture est souvent atypique, touchant les pédicules vasculaires latéraux, voire les organes de voisinage (vessie, dôme vaginal) ; l'infiltration hématique des tissus modifient les rapports anatomiques et toute systématisation de l'intervention dans ces cas est impossible.

#### Technique de l'hystérectomie totale

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

La dissection de la vessie doit être plus poussée que pour une hystérectomie subtotale, jusque sur la face antérieure du vagin. Les ligaments utéro-sacrés sont coupés, sur pinces, au ras de l'utérus. L'hémostase des artères cervico-vaginales se fait en plaçant une pince de Faure verticalement au contact direct du col. La pince ne doit pas être placée plus en dehors, où elle risquerait de blesser l'uretère. La vessie refoulée en permanence par une valve, l'ouverture du vagin sera faite sur la face antérieure. Le repère de la jonction col vagin se fait par la palpation si le col n'est pas dilaté. Si la dilatation a été importante, voire complète, la zone de section peut être très difficile à déterminer. Il faut alors inciser verticalement le segment inférieur sur la ligne médiane, puis le col, jusqu'à ce que le vagin soit atteint : la section circulaire du vagin est complétée latéralement, puis en arrière. L'hémostase de la tranche vaginale est assurée par deux hémi surjets et quelques points en X au niveau des angles. La péritonisation est inutile ; un drainage de la cavité est laissé en place pendant 48 heures.

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

## **F. Indication de l'hystérectomie**

### **1. Les hémorragies avant l'accouchement : [12-13-14-15]**

#### **1.1- La rupture Utérine :**

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

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

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

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

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

Les indications de l'hystérectomie sont : la rupture importante compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue accompagné de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient chez une nullipare relativement âgée. C'est l'opération de sécurité.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (les ovaires laissés en place).

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

### **1.2- L'hématome retro-placentaire :**

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

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

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

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

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

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

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

L'H R P peut se compliquer de :

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

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

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

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

\*Thrombophlébites des suites de couches.

En présence de l'H R P il faut :

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

Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite.

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

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

## **2. Les hémorragies après accouchement :**

### **. Les hémorragies du post partum immédiat :**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **1.2. Les complications urologiques :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1- Les complications infectieuses :**

#### **2.1.1-Les complications urinaires :**

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

### **2.1.2-Les abcès de parois :**

Représentent 6à7, 8% des complications (De Meeus). Le risque augmente avec la durée de l'intervention (RR= 1.25 si la paroi fait plus de 30mm d'épaisseur), mais diminue si on utilise une antibioprofylaxie (Shapiro). Là encore la prévention reste une asepsie et hémostase correcte

### **2.1.3-L'hématome profond infecté :**

Il s'agit d'un hématome qui se constitue au niveau de la cicatrice vaginale, sous la péritonisation qui s'infecte. Cette complication se rencontre dans 1,4% des hystérectomies. L'hématome infecté se manifeste par la fièvre au quatrième cinquième jour de l'intervention à 38.5ou39°C avec des décharges. Cette fièvre s'accompagne de douleurs pelviennes associées parfois à des signes rectaux type ténésme, épreintes.

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

## **2.2- Les complications hémorragiques :**

### **2.2.1- Les hématomes pariétaux :**

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

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

### **2.2.2- Les hémorragies vaginales :**

Sont rares (0.9%). Elles cèdent en général au tamponnement vaginal. Il s'agit en général d'une artériole vaginale qui n'a pas été prise dans les points de

fermeture de l'angle du vagin et s'est invaginée dans la cavité vaginale sous le nœud.

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

### **3- Les complications thromboemboliques :**

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

### **4- La paralysie du nerf crural :**

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

#### **IV- METHODOLOGIE**

##### **A. Cadre et lieu de l'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U du Point-G.

L'hôpital du Point-G, actuel centre hospitalier et universitaire (C.H.U du Point-G) a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Érigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point-G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (E.P.A) en 1992 doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92.

En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de patients référés.

Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une pour le service de Gynécologie Obstétrique.

Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

**Le service de Gynécologie Obstétrique** a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés Français, puis par des chirurgiens Maliens.

La succession des différents chefs de service :

\*1970 : Professeur Rougerie (chirurgien Français) ;

\*1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien Français) ;

\*1972-1975 : Professeur Bocar Sall (traumatologue Malien) ;

\*1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste Malien) ;

\*1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien Français) ;

\*1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien Français) ;

\*1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien Français) ;

\*1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien Français) ;

\*1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien Malien) ;

\*2001-2003 : Docteur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien Malien) ;

\*2003 à nos jours : Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien Malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

Le bâtiment abritant se service est bâti sur 2 étages, situé entre le service de médecine interne en avant, le service de Réanimation en arrière et l'Urologie à gauche.

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- 2 Gynécologues obstétriciens
- 3 médecins généralistes (2 en Spécialisation)
- 13 sages femmes
- 3 techniciens supérieurs de santé dont deux au bloc
- 3 techniciens de santé
- 2 aides soignantes
- 7 garçons de salle dont 3 au bloc opératoire

### **Fonctionnement :**

Il existe 3 jours de consultation externe de gynécologie (Lundi au Mercredi) et 1 jour de consultation pédiatrique (le Jeudi), 4 jours sont réservés aux interventions à froid (programme opératoire) en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30mn réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés pendant la garde. La visite aux malades hospitalisées est journalière et la visite générale a lieu chaque Vendredi dirigé par le chef de service.

Sur le plan organisationnel: une permanence est assurée par une équipe de garde composée: d'un médecin, quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, une infirmière et deux garçons de salle.

Unité mixte, le service reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

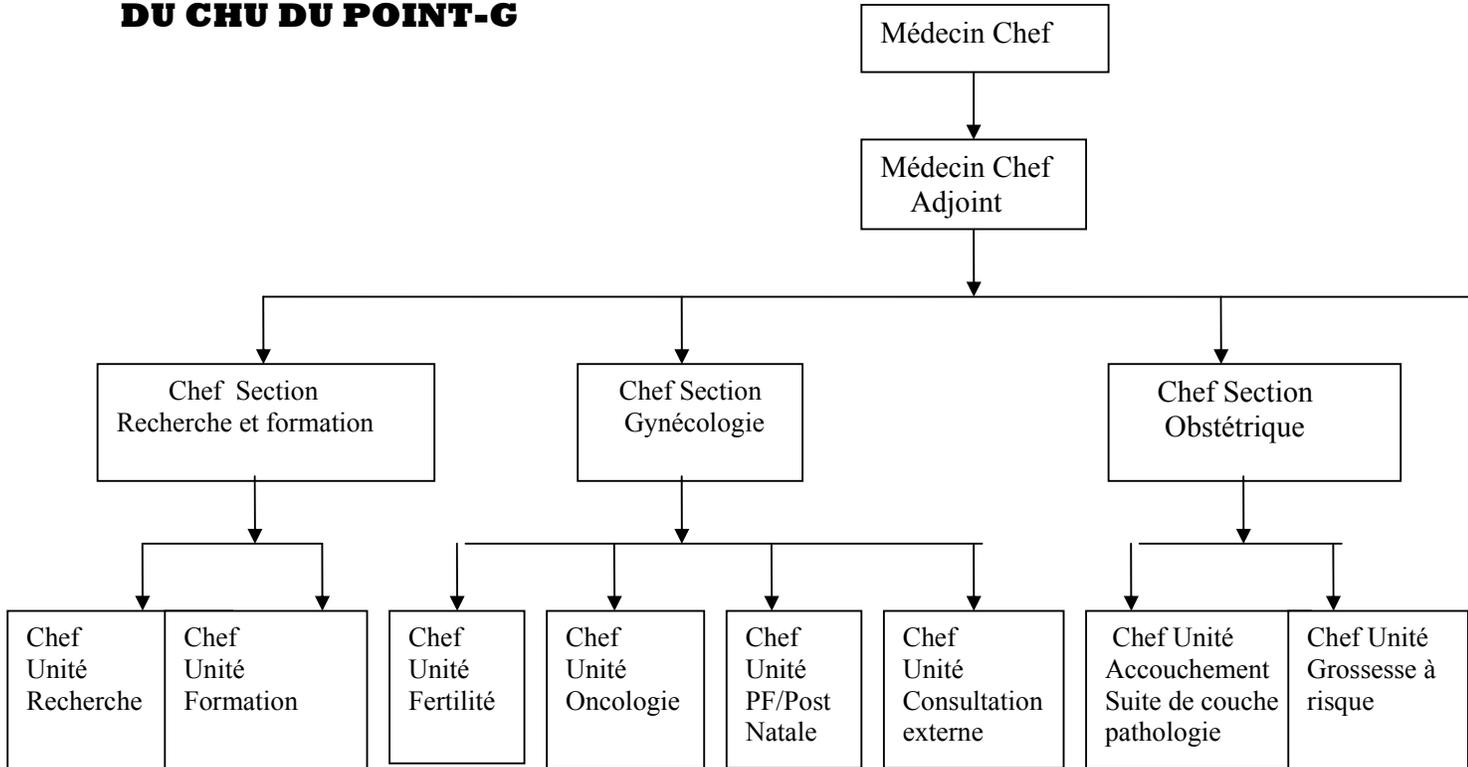
Sa double fonction d'établissement de soins et de formation en fait un centre assez dynamique.

Ainsi le service reçoit beaucoup de femmes venues pour une prise en charge gynéco obstétricale à froid ou en urgence.

Il existe un organigramme de fonction élaboré sous la direction du Dr Bouraïma Maïga chef de service qui prévoit la mise en place de nouvelles unités :

- Une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP.
- Une unité de coeliochirurgie.
- Une unité d'oncologie gynécologique.
- Un Bloc opératoire qui n'est pas actuellement fonctionnel.

**ORGANIGRAMME DE FONCTION**  
**DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**  
**DU CHU DU POINT-G**



**B- Type d'étude :**

C'est une étude rétrospective et prospective, transversale et descriptive allant du 7 Mars 2005 au 28 février 2008.

**C- Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée au service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire du Point « G » du 7 Mars 2005 au 28 Février 2008.

**4- Population d'étude :**

Notre population d'étude regroupe toutes les patientes quelque soit la provenance, le statut matrimonial, le mode de suivi, admises au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point « G » pour un problème obstétrical d'urgence.

**5-Echantillons :**

**Critère d'inclusion :**

Toutes les patientes qui ont bénéficié de l'hystérectomie d'urgence dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point « G ».

**Critère de non inclusion :**

- Les cas d'hystérectomies programmées pour myome ou cancer du col de L'utérus,
- Les hystérectomies effectuées en dehors du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point « G ».
- Toutes les autres hystérectomies réalisées à froid quelques soient leurs indications.

**Taille de l'échantillon :**

La formule suivante nous a permis d'obtenir la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{\varepsilon^2 \alpha \cdot p \cdot q}{i^2}$$

$\varepsilon$  = Ecart réduit de la loi normale (=1,96 pour  $\alpha=0,05$ )

n = Taille minimum de l'échantillon

$\alpha$  = Le seuil de significativité

p = Prévalence de l'hystérectomie au centre hospitalier –universitaire du point

G. q = Complément de la probabilité (q=1-p)

$i^2$  = Précision, que nous avons fixé à 4% (0,04)

Notre étude a concerné 53 cas d'hystérectomie d'urgence dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point « G ».

#### **6- Déroulement de l'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier –universitaire du Point<<G>>

#### **7- Collecte des données :**

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

Les sources de données étaient constituées par les dossiers obstétricaux et le registre de protocole opératoire.

- les informations relatives aux coûts, ont été collectées à l'aide d'interview et estimation de coûts des ordonnances.

#### **8- Les variables**

Les différents types de variables utilisées sont :

- Quantitative et qualitative ;
- Dépendante et indépendante ;
- Alphabétique, alphanumérique, logique ;
- Variable muette etc.

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

Nom de la variable	Type de variable	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative continue	Année	Interview lecture
Statut matrimonial	Qualitative catégorielle	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	Interview
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1=évacuée 2=référée 3=auto référée	Lecture
Ethnie	Qualitative	1=bambara 2=malinké 3=soninké 4=etc.	Interview&lecture
Indication	Qualitative dépendante&indépendante	1= HRP 2=Rupture utérine 3=Hémorragie de la délivrance 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
Type	Qualitative catégorielle	1= H. Total 2= H. Subtotal	Lecture
Coût	Quantitative	Franc CFA	Interview&lecture
Poids	Quantitative	Kilogramme	Lecture

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

Les données ont été saisies dans le logiciel Epi info version 06. 04FR de L'OMS et du CDC d'ATLANTA et analysées dans le logiciel Epi info version 2000 3.3.0 (Epi6 Direct Read) ; les tableaux et les graphiques ont été réalisés sur Word et Excel office 2003, à partir d'un ordinateur portable IBM Pinthium 4. Pour l'étude du profil des hystérectomies des tableaux de fréquences, des diagrammes par secteur, ainsi que des histogrammes ont été utilisés.

Les Tests statistiques utilisés ont été celui de  $\text{Khi}^2$  pour les associations entre variables qualitatives ; l'Odd ratio et son intervalle de confiance pour l'estimation du risque ; le seuil de significativité était de 5%

#### **10- Contraintes et limites :**

Nous avons été, au cours de notre étude, confrontés à des difficultés telles que, le décès des patientes avant tout interrogatoire, l'absence de dossiers obstétricaux, le mutisme de certaines patientes, mais aussi le manque de matériels (brassards et thermomètre) en salle d'accouchement.

#### **11. Définition opératoires**

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

##### **➤ L'accouchement :**

Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 22 SA.

➤ **L'avortement** : il s'agit des produits de conception dont le poids est inférieur à 500g.

##### **➤ Naissance vivante :**

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [17].

➤ **Mort-né:**

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

➤ **Accouchement par voie basse :**

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

➤ **Venue d'elle-même :**

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

➤ **Référée :**

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

➤ **Evacuée :**

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

➤ **Age obstétrical élevé :**

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

➤ **Adolescente :**

Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission

➤ **HTA :**

Les tensions artérielles systolique supérieur ou égal à 140 mmHg et ou diastolique supérieur ou égal à 90 mm Hg.

➤ **Primigeste :**

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

➤ **Multi geste :**

Il s'agit d'une femme qui a entre 2 et 6 grossesses

➤ **Grande multi geste :**

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

➤ **Primipare:**

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

➤ **Multipare :**

Une femme qui a fait entre 2 et 6 accouchements

➤ **Grande multipare :**

Une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

- **L'anémie :** Le diagnostic a été retenu cliniquement dans la plupart des cas devant la pâleur conjunctivo-palmo-plantaire, associée ou non à une altération de la pression artérielle.

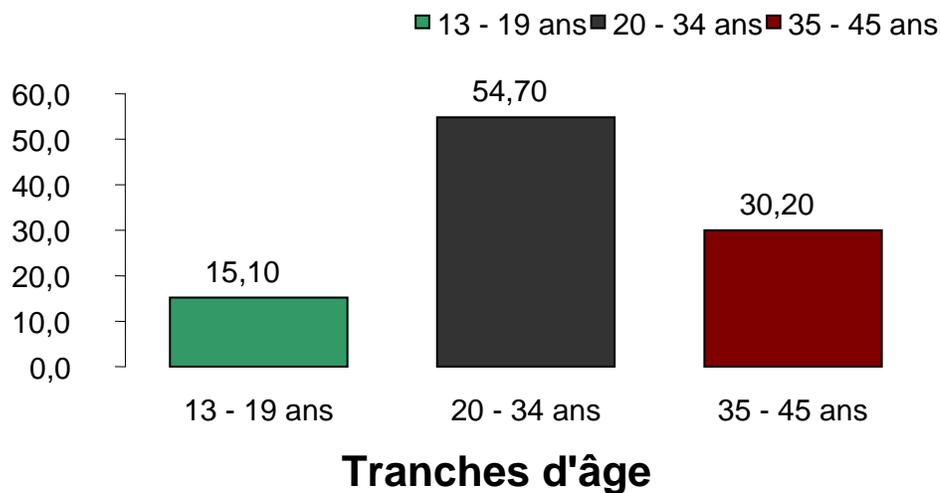
## V- RESULTATS

### A. Fréquence

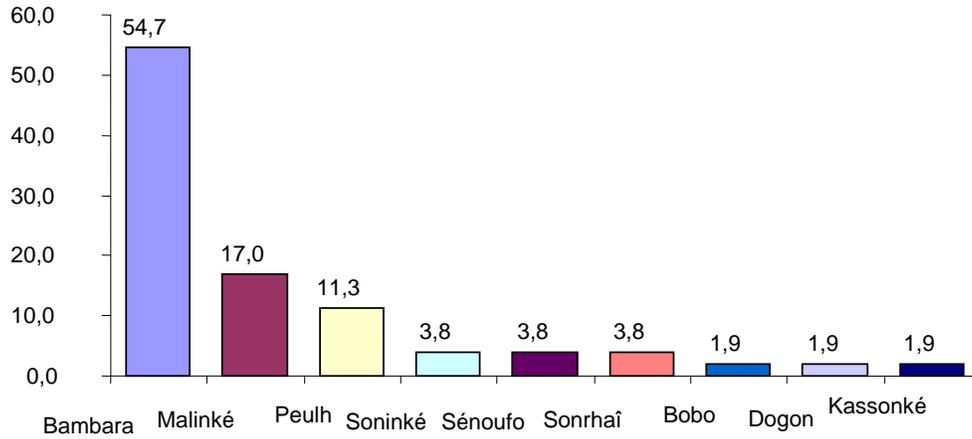
Nombre d'hystérectomie pendant la période d'étude	Nombre total d'interventions chirurgicales	%
<b>53</b>	<b>4000</b>	<b>1,33</b>

Nous avons enregistré du 7 Mars 2005 au 28 Février 2008, 53 cas d'hystérectomie d'urgence, pour un nombre total de 4000 interventions en urgence. Soit une fréquence de 1,33%.

### B. Profil sociodémographique des patientes :



**Graphique N°1 : répartition des patientes selon l'âge**

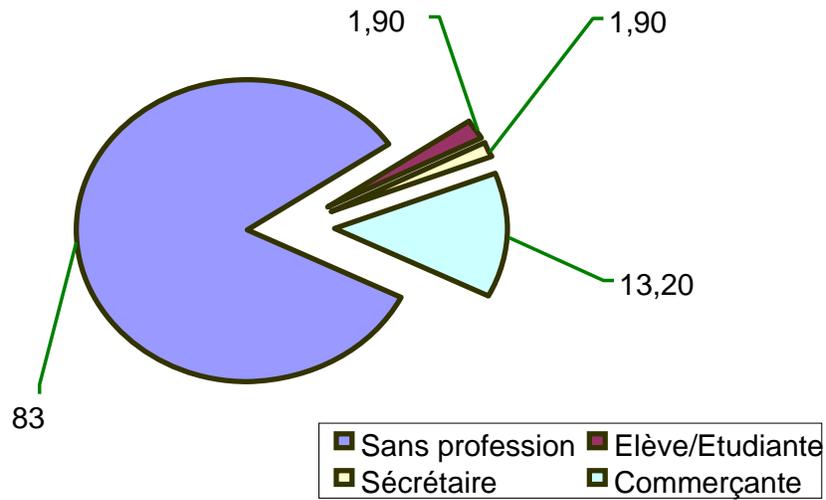


**Graphique N° 2 : répartition des patientes selon l'ethnie.**

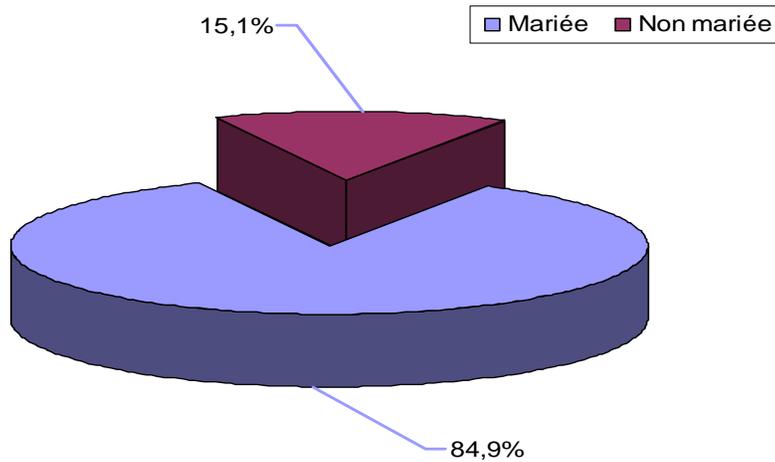
**Tableau 1: répartition selon la provenance**

Domicile / Résidence		Effectifs	(%)
District de Bamako	Commune I	5	9,4
	Commune II	2	3,8
	Commune III	5	9,4
	Commune IV	9	17,0
	Commune V	3	5,7
	Commune VI	6	11,3
Région de Koulikoro	<b>Kati</b>	<b>19</b>	<b>35,8</b>
	Kolokani	3	5,7
	Banamba	1	1,9
<b>Total</b>		<b>53</b>	<b>100,0</b>

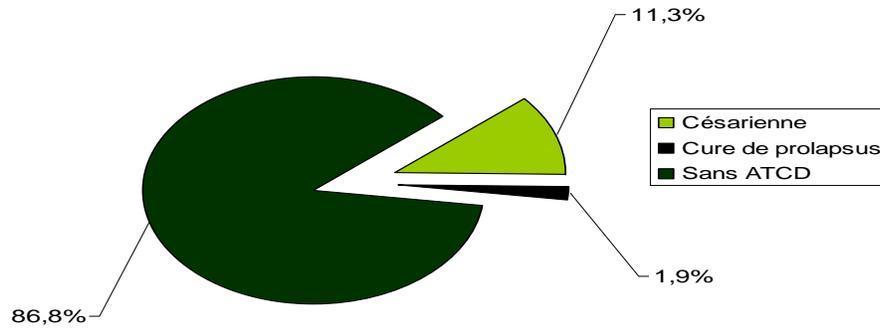
Nos patientes résidaient surtout dans le district de Bamako (55,6%) et la région de Koulikoro (44,4%)



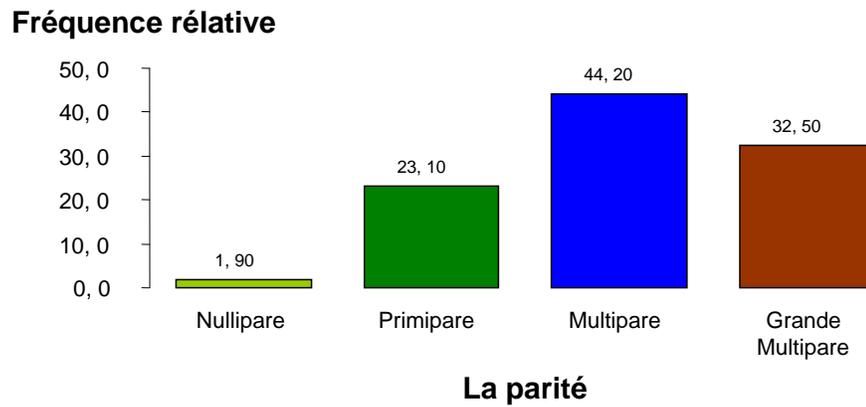
**Graphique N°3 : répartition des patientes selon les professions**



**Graphique N°4 : répartition selon le statut matrimonial des patientes**



**Graphique N°5 : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.**



**Graphique N°6 : répartition des patientes selon la parité.**

### C. La clinique

**Tableau 2 : répartition des patientes selon le mode d'admission**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Evacuées	47	88,7
Référées	5	9,4
<b>Venues d'elle même</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

1 patiente soit (1,9%) est venue d'elle-même pour hémorragie sur grossesse.

**Tableau 3 : Répartition des patientes évacuées en fonction de la structure.**

<b>Structure</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>CSRef</b>	<b>40</b>	<b>77</b>
Hôpital	10	19,2
CSCOM	1	1,9
Clinique ou Cabinet	1	1,9
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

40 patientes soit 77% venaient des CSRef.

**Tableau 4 : répartition des patientes évacuées selon le profil de l'agent ayant procédé à l'évacuation.**

Qualification de l'agent	Effectif	%
<b>Sage femme</b>	<b>25</b>	<b>47,2</b>
Médecin	10	18,8
Infirmière obstétricienne	10	18,8
Matrone	8	15,1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**25 Patientes soit 47,2% ont été évacuées par les Sage Femmes**

**Tableau 5 : répartition des patientes évacuées en fonction du type de document d'évacuation**

Type de document	Effectif	%
Fiche d'évacuation	35	66,0
<b>Partogramme</b>	<b>15</b>	<b>28,3</b>
Sans document	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**15 patientes seulement ont été évacuées avec un partogramme soit 28,3%**

**Tableau 6 : répartition des patientes en fonction de la durée d'évacuation**

<b>Durée</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
30mn	20	37,7
1H	15	28,3
2H	10	18,9
3H	6	11,3
4H	2	3,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Dans 18 cas la durée de l'évacuation était de 2H et plus soit 34%

**Tableau 7 : répartition des patientes évacuées en fonction du moyen de transports**

<b>Moyen</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Ambulance</b>	<b>40</b>	<b>75,5</b>
Taxi	10	18,9
Véhicule personnel	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Plus des  $\frac{3}{4}$  de nos patientes (40) ont été évacuées par ambulance soit 75,5%.

**Tableau 8** : répartition des patientes selon les gestes effectués avant l'évacuation

Gestes effectués	Effectif	%
<b>Groupage et facteur rhésus</b>	<b>30</b>	<b>56,6</b>
Taux d'hémoglobine	15	28,3
<b>Voie veineuse</b>	<b>25</b>	<b>47,2</b>
Traitement	20	37,7

Les traitements administrés étaient : transfusions, perfusion de solutés contenant de l'ocytocine, cytotec en intra rectale.

**Tableau 9** : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation.

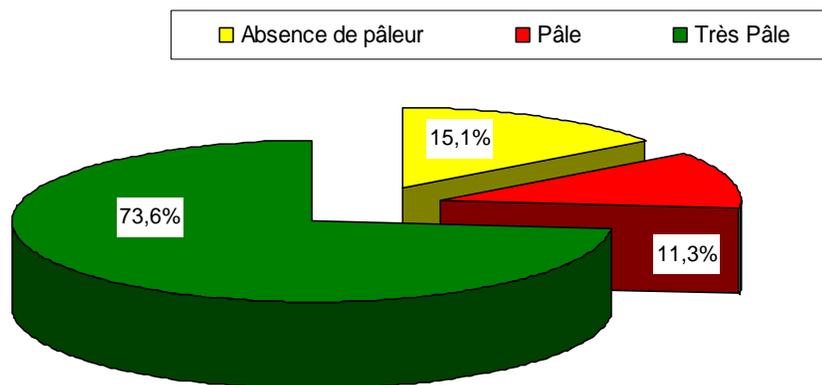
Motifs d'évacuation	Effectifs	%
<b>Hémorragie de la délivrance</b>	<b>12</b>	<b>22,6</b>
<b>Rupture utérine</b>	<b>10</b>	<b>18,9</b>
<b>Interruptions volontaires de la grossesse</b>	<b>10</b>	<b>18,9</b>
Métrorragie sur grossesse	9	17
CIVD	8	15,1
HRP	4	7,5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Les motifs d'évacuation les plus courants étaient, hémorragie de la délivrance (22,6%), l'IVG, (18,9%), la rupture utérine, (18,9%).

**Tableau 10: répartition des patientes selon l'état général à l'admission**

Etat général	Effectifs	Pourcentage (%)
Bon	12	22,6
Moyen	22	41,5
Altéré	19	35,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

A l'admission plus d'un tiers des patientes avaient un état général altéré, 35,8%.



**Graphique N°7 : répartition des patientes selon la coloration des muqueuses.**

**Tableau11 : répartition des patientes en fonction de l'existence l'importance de l'hémorragie**

Hémorragie	Effectif	%
<b>Moyenne</b>	<b>20</b>	<b>37,7</b>
<b>Pas d'hémorragie</b>	<b>18</b>	<b>33,9</b>
<b>Sévère</b>	<b>10</b>	<b>18,9</b>
<b>Minime</b>	<b>5</b>	<b>9,4</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**66% des patientes présentaient une hémorragie**

- **Minime : moins de 500ml**
- **Moyenne : entre 500 et 1000ml**
- **Sévère : 1000ml ou plus**

**Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine à l'admission.**

Taux d'hémoglobine	Effectifs	%
<b>4g</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>
<b>5g</b>	<b>3</b>	<b>8,6</b>
<b>6g</b>	<b>15</b>	<b>42,9</b>
<b>8g</b>	<b>10</b>	<b>28,6</b>
<b>9g</b>	<b>5</b>	<b>14,3</b>
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

15 patientes avaient un taux d'hémoglobine à 6g soit une fréquence de 42,9%.

**Tableau 13** : répartition des patientes en fonction de la période du groupage et rhésus

Période du groupage et Rhésus	Effectif	%
<b>En urgence</b>	<b>23</b>	<b>43,4</b>
Venue groupée	30	56,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

23 patientes ont été groupées en urgence dans notre service soit une fréquence de 43,4%.

**D – Prise en charge :**

**Tableau 14**: répartition des patientes selon le diagnostic retenu (indication de l'hystérectomie)

Diagnostic retenu	Effectifs	(%)
<b>Rupture utérine</b>	<b>16</b>	<b>30,2</b>
Hémorragie de la délivrance	12	22,6
CIVD	12	22,6
Pelvi péritonite post IVG	11	20,8
Môle hydatiforme	1	1,9
Nécrose utérine	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

La rupture utérine a motivé l'hystérectomie dans 30,2% des cas

**Tableau15** : répartition des adolescentes selon le motif d'hystérectomie

Adolescentes	Motifs d'hystérectomies	Effectifs	%
13ans	Pelvi péritonite post IVG	1	12,5
15ans	Pelvi péritonite post IVG	2	25
16ans	Rupture utérine	1	12,5
18ans	Hémorragie de la délivrance	2	25
19ans	Rupture utérine	2	25
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>100</b>

3 adolescentes ont subi l'hystérectomie pour IVG soit (37,5%), 3cas de rupture utérine (37,5%), 2cas d'hémorragie de la délivrance (25%).

**Tableau 16** : répartition des patientes selon le délai entre l'admission et l'intervention

Délai	Effectif	%
<b>10mn</b>	<b>15</b>	<b>28,3</b>
<b>20mn</b>	<b>10</b>	<b>18,9</b>
<b>30mn</b>	<b>10</b>	<b>18,9</b>
<b>40mn</b>	<b>10</b>	<b>18,9</b>
<b>1H</b>	<b>5</b>	<b>9,4</b>
<b>2H</b>	<b>3</b>	<b>5,7</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**8 de nos patientes ont été prises en charge dans les 1 à 2H précédent leur admission soit 15,1%.**

**Tableau 17: répartition des cas d'hystérectomie selon le type.**

<b>Types d'hystérectomie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
<b>Hystérectomie totale inter annexielle</b>	<b>28</b>	<b>52,8</b>
Hystérectomie subtotalé inter annexielle	11	20,8
Hystérectomie totale avec annexectomie totale	5	9,3
Hystérectomie subtotalé avec annexectomie totale	3	5,7
Hystérectomie subtotalé avec annexectomie droite	3	5,7
Hystérectomie totale avec annexectomie droite	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

L'hystérectomie totale inter annexielle était le mode opératoire le plus pratiqué lors de notre étude soit 52,8% des cas.

**Tableau18 : répartition des patientes selon le type d'anesthésie utilisée**

<b>Type d'anesthésie</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Anesthésie générale</b>	<b>53</b>	<b>100</b>
<b>Rachi anesthésie</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Anesthésie péridurale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Toutes les patientes ont subi une anesthésie générale soit une fréquence de 100%**

**Tableau 19 : répartition selon la qualification de l'anesthésiste**

Qualification de l'anesthésiste	Effectif	%
<b>Assistant médical</b>	<b>38</b>	<b>71,7</b>
Médecin anesthésiste réanimateur	15	28,3
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

71,7% des anesthésistes étaient des Assistants médicaux

**Tableau 20 : répartition selon la qualification de l'opérateur**

Qualification de l'agent	Effectifs	%
<b>Gynécologue obstétricien</b>	<b>48</b>	<b>90,6</b>
DES	3	5,7
Chirurgien généraliste	2	3,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

48 opérateurs étaient des gynécologues obstétriciens soit une fréquence de 90,6%.

**Tableau 21 : répartition des patientes selon la durée de l'intervention**

Durée	Effectifs	%
45mn	20	37,7
1H	20	37,7
2H	10	18,8
3H	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**40 patientes ont fait respectivement 45mn et 1H de temps au bloc opératoire soit 37,7%.**

**Tableau 22 : répartition des patientes selon les suites opératoires.**

Suites opératoires	Effectifs	%
Suites simples	33	62,3
Suites compliquées	20	37,7
Total	53	100

Les suites ont été simples dans (62,3%), compliquées dans (37,7%).

**Tableau 23 : répartition selon le type des complications post opératoires.**

Complications	Effectifs	%
Suppuration pariétale	11	55
Hémorragie	6	30
Lésions vésicales	2	10
Autres	1	5
Total	20	100,0

**Autres :** Complications Thromboemboliques =1

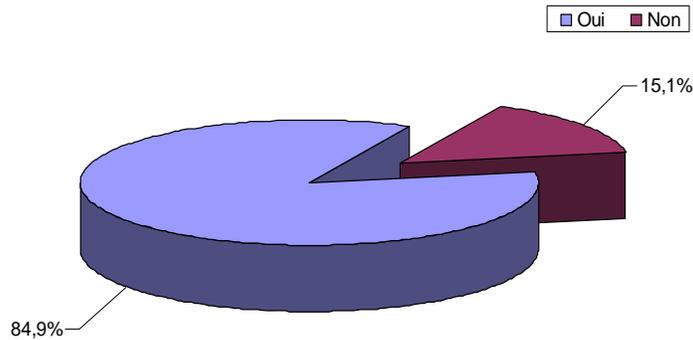
La suppuration pariétale et l'hémorragie ont dominé les complications post opératoires, avec respectivement (55%) et (30%).

**. Traitements administrés aux patientes en post opératoire :**

**Tableau 24:** antibiothérapie post opératoire.

Traitement Antibiotique	Effectif	%
Oui	53	100
Non	0	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude 100% des patientes ont reçu une antibiothérapie dans les Suites opératoires.



**Graphique N°8:** répartition des patientes selon la transfusion.

**Tableau 25 :** Répartition selon le nombre de poches transfusées par malade.

Nombre de poches par malade	Effectifs	%
Une poche	2	4,6
Deux poches	3	6,8
<b>Trois poches</b>	<b>14</b>	<b>31,8</b>
Quatre poches	13	29,5

Cinq poches	13	29,5
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Le nombre moyen de poches transfusées était de 3 soit (31,8%).

**Tableau 26: répartition selon le pronostic des cas par manque de sang**

Manque de sang	Effectifs	%
<b>Malade sauvé</b>	<b>2</b>	<b>40</b>
Malade décédé	3	60
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Malgré le manque de sang 2 patientes ont put être sauvés soit une fréquence de 40%.

**Tableau 27 : Répartition selon l'état maternel en post opératoire :**

Etat maternel	Effectifs	%
Décédées	11	20,8
<b>Vivantes</b>	<b>42</b>	<b>79,2</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Il y a eu 11 cas de décès sur 53 interventions réalisées soit 20,8% de taux de mortalité.

**Tableau 28:** répartition des patientes selon la période du décès en post opératoire.

Période du décès	Effectif	%
30mn	2	18,2
1H	2	18,2
<b>2H</b>	<b>3</b>	<b>27,3</b>
6H	2	18,2
24H	1	9,1
48H	1	9,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

La plupart des patientes sont décédés avant les 24H en post opératoire soit 81,8% des cas.

**Tableau 29 :** répartition des patientes selon le lieu du décès

Lieu du décès	Effectif	%
<b>Dans le service de réanimation</b>	<b>7</b>	<b>63,6</b>
Dans le service de gynécologie obstétrique	4	36,4
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

7 de nos patientes sont décédées dans le service de réanimation soit une fréquence de 63,6%.

**Tableau 30 : répartition des cas de décès selon la cause.**

<b>Cause du décès</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Anémie par manque de sang	3	27,3
Choc hypovolémique	1	9,1
Choc septique	2	18,2
<b>CIVD</b>	<b>5</b>	<b>45,4</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

La cause la plus marquée était la CIVD (45,4%)

**Tableau 31 : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation**

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
0 jours	10	18,9
48 heures	1	1,9
<b>4 – 8 jours</b>	<b>24</b>	<b>45</b>
9 – 13 jours	7	13,3
14 - 18 jours	7	13,3
≥19 jours	4	7,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

La durée d'hospitalisation comprise entre 4-8 jours était la plus élevée (45%).

## VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE

#### 1-La Fréquence :

Au cours de la période d'étude, nous avons pratiqué 53 hystérectomies d'urgence sur 4000 urgences chirurgicales.

Intervention dite de nécessité par opposition à l'hystérectomie d'opportunité, l'hystérectomie d'urgence est souvent le dernier recours de l'obstétricien, particulièrement dans les pays en voie de développement. La fréquence de cette intervention est de 1,33% des urgences dans notre service.

En Occident Racinet et al. [1], l'évaluent entre 0,013% et 0,72%. En Afrique, elle varie considérablement d'un pays à l'autre. Elle est de 0,53% pour Muteganga et al. [2] au Burundi, de 0,45% pour Diouf et al. [3] au Sénégal, de 0,07% pour Sosthème Magi-Tsonga et al. [16] au Gabon et de 0,11% pour Ozumba et al. [17] au Nigeria, notre taux est supérieur aux autres séries Africaine.

Des taux plus élevés sont notés par Osefo et al. [18] ainsi que par Bloc et al. [19] qui ont retrouvé respectivement 2,5% et 5,4%.

#### 2-**Caractéristiques sociodémographiques :**

##### a- **Age :**

L'âge moyen est de 34 ans dans notre étude, il est comparable à celui retrouvé par la plupart des auteurs africains [3, 17,19].

La tranche d'âge de 20 à 34 ans est la plus exposée. Nous avons noté 27 cas d'hystérectomie dans cette tranche, soit 54,70% de l'ensemble des interventions. Ce taux est inférieur à celui relevé par Diouf [3] à Dakar qui est de 8,5% d'hystérectomie d'urgence dans la même tranche d'âge, contre 70% par Zelop et

al. [20] aux Etats-Unis, elle constitue habituellement la période de fécondité maximale dans nos pays.

La tranche d'âge de 13 à 19 ans était remarquable dans notre série, avec une fréquence de 15,10%. Ce jeune âge pourrait s'expliquer par l'immaturation psychologique, le mariage précoce des filles et la survenue de grossesse liée à la précocité sexuelle.

### **b- Niveau socioprofessionnel :**

\* La majeure partie de nos patientes était mariée, avec un taux de 84,9%.

Ce qui est un facteur à encourager, car une femme mariée peut mieux gérer sa grossesse compte tenu du soutien familial. Cependant les célibataires ont représenté 15,1% des cas de notre échantillon. Cela pourrait traduire le manque d'éducation sexuelle dans notre société.

\* Plus de la moitié était analphabète 83,0% soit 44 femmes.

\* En ce qui concerne les ethnies 54,7% de nos patientes est Bambara, 17,0% Malinké, 11,3% Peulh, les soninkés, Senoufo, Sonrhäï, occupaient 3,8%. Cette répartition est comparable à celle de la population générale.

### **3- La parité :**

La multiparité constitue un facteur de risque important. Nous avons retrouvé 44,20% d'hystérectomie d'urgence chez les patientes ayant entre 2 et 6 parités, dont 32,50% chez les patientes ayant plus de 6 parités. Le rôle délétère de la multiparité a été noté par certains auteurs [3,17], elle fragilise le myomètre, favorisant les ruptures et les inerties utérines.

La proportion de nullipare et primipare hystérectomisée dans notre échantillon a représenté une tranche non négligeable. Elle est de 1,90% chez les nullipares et 23,10% chez les primipares. Ce nombre important confirme la notion de risque de la gravido-puerpéralité des femmes n'ayant aucune expérience de la parturition.

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

Dans notre étude 88,7% de nos patientes ont été évacuées, 9,4% référées et 1,9% venue d'elle-même.

77% de nos patientes ont été évacuées par les centres de santé de référence, dont 19 soit (35,8%) par le CSRef de Kati, 16 soit (30,2%) par les centres de santé de références du district de Bamako, 5,7% ont été évacuées de Kolokani et 1,9% de Banamba.

Les 35,8% évacuées par le CSRef de Kati s'explique par notre position géographique par rapport au cercle de Kati, et le manque de bloc opératoire dans leur centre.

En ce qui concerne les centres de référence, les 30,2% de référence semblent s'expliquer, par le manque de matériels de réanimation dans leur centre et par un débordement des capacités d'accueil de l'hôpital Gabriel Touré.

Cette études nous a permis de déplorer certaines insuffisances dans les référence /évacuation telles que : la mauvaise tenue du partogramme, l'absence de prise de la voie veineuse, l'absence du groupage sanguin ABO /Rhésus et le manque de moyen financiers des patientes.

25 de nos patientes soit 47,2% ont été référées par les sages femmes, 20 patientes avaient fait 30mn de parcours, 40 sont venues par Ambulance, soit une fréquence de 75,5%, 35 (66,0%) avaient une fiche d'évacuation, 15 (28,3%) avaient un partogramme et 3 (5,7%) étaient venues sans document.

#### **5- Aspects cliniques :**

Ils étaient dominés par les hémorragies et leurs conséquences :

\* Les ruptures utérines ont représenté (30,2%) des motifs d'hystérectomie.

Au troisième trimestre 16 cas de rupture utérine, dont 5 sur utérus cicatriciel, 1 sur utérus bicatriciel. Dans 10 cas, les lésions siégeaient sur l'une des faces

latérales du segment inférieur et dans les 6 autres cas, elles se prolongeaient sur la partie corporeale de l'utérus.

Elles sont la conséquence de dystocies méconnues ou négligées, d'expression abdominales dans les maternités périphériques, de l'emploi abusif d'ocytocine, le retard à l'évacuation et le manque d'information, sensibilisation des femmes.

Stanco et al [21] estiment que la cicatrice de césarienne constitue le premier facteur de risque. En revanche, nous reconnaissons que les parturientes présentant un utérus cicatriciel sont étroitement surveillées en salle de naissance et bénéficient plus rapidement d'une césarienne que les autres parturientes, cela pourrait constituer un facteur protecteur chez ces patientes.

La rupture utérine est une complication redoutable qui constitue chez nous un problème de santé publique, exposant à une lourde mortalité foeto-maternelle.

Les indications opératoires sont dominées par les hémorragies (22,6%), et la rupture utérine (30,2%) en constitue la principale étiologie. Ce constat est fait dans plusieurs études Africaines [2,18].

\* L'hémorragie de la délivrance 22,6% (12cas) :

Les principales causes à ces hémorragies ont été : les rétentions placentaires ou de débris placentaires par placenta accreta, l'atonie utérine.

Cela s'explique par le fait que la majorité des patientes sont des multipares, des grandes multipares et/ou le non respect des mesures de prévention des hémorragies du post partum.

L'hystérectomie est jugée nécessaire du fait des difficultés d'hémostase et de l'importance des lésions locales souvent marquées par des tissus utérins fortement dilacérés. L'hémorragie de la délivrance représente une des premières causes de la mortalité maternelle.

\* l'hématome rétro placentaire (22,6%). Il est compliqué de trouble de la coagulation et compte tenu des difficultés d'accès aux produits dérivés du sang, nous optons pour l'hystérectomie d'hémostase. Nous n'avons pas une grande expérience de ligature des artères hypogastriques en cas d'atonie utérine.

L'hystérectomie est, dans ces cas, réalisée après l'échec des ligatures des pédicules utéro-annexielles associées à de fortes doses d'ocytocine de synthèse. Le coût élevé des prostaglandines injectables limite leur utilisation.

\* Les infections post abortum (IVG) ont constitué la deuxième indication.

Au premier trimestre de la grossesse, l'hystérectomie a été pratiquée chez 11 patientes (20,8%) qui présentaient une péritonite généralisée à point de départ pelvien, avec à chaque fois, une nécrose utérine secondaire à des manœuvres abortives.

Les avortements provoqués clandestins induisent souvent des lésions utérines sévères responsables de septicémie. La dégradation de l'état général de ces patientes n'est souvent jugulée qu'après exérèse du foyer septique, ce qui explique le taux élevé d'hystérectomie dans ces cas (20,8%). Cristalli et al. [22] retrouvent de 15 à 39% d'hystérectomies pour infection contre 28,6% pour Diouf [3]. Dans un cas, il s'agissait de complication hémorragique suite à un avortement molaire.

L'augmentation du taux des infections pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction de ces femmes par rapport à la santé, l'utilisation de matériel non stériles (sonde intra cervicale), des médicaments traditionnels et des produits caustiques. Ce qui favorise la survenue des infections et de leurs complications.

#### **6- Prise en charge :**

Dans le souci de réduire la mortalité maternelle et/ou fœtale, un système de kit opératoire et une armoire d'urgence ont été mis en place pour faire face à l'urgence dès qu'elle se présentait.

##### **\*Traitement chirurgical :**

L'hystérectomie totale inter annexielle a été la technique chirurgicale la plus utilisée chez les patientes (52,8%) ; dans 5 cas (9,4%), une annexectomie unilatérale lui a été associée du fait de l'infarcissement de l'annexe dû à des complications secondaires à un avortement clandestin par l'injection intra cervicale de produits caustiques d'origine indéterminée.

L'hystérectomie subtotale inter annexielle (20,8%), et subtotale avec annexectomie (5,7%) ont été effectués. La subtotale présente certains avantages, dont la rapidité du geste et un risque moindre de lésions utéro-vésicales. Muteganya et al. [2] l'ont pratiquée dans (42%) contre (82,8%) dans la série de Diouf [3]. Idéalement l'hystérectomie totale reste la solution de sagesse afin d'éviter les difficultés de surveillance du moignon cervical restant.

**\* Traitement médical :**

En post opératoire, la majeure partie des patientes a été prise en charge par le service de réanimation. Le protocole associait : une transfusion de sang total, souvent du plasma frais congelé (PFC) et des antibiothérapies systématiques. Les patientes hospitalisées directement dans notre service ont bénéficié d'une antibiothérapie systématique, d'une thérapie martiale et d'une transfusion sanguine. Le produit sanguin le plus utilisé au cours de la période a été le sang total. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce produit était et reste encore le produit le plus disponible au CNTS qui est le seul service qui délivre le sang.

5 patientes (15,1%) non pas été transfusées pour manque de sang, parmi ces cinq patientes, deux ont pu être sauvées avec les macromolécules et les trois autres sont décédés.

84,9% des patientes ont été transfusées, contre 87% dans la série de Stanco et al. [21].

**7- Pronostic :**

Les suites ont été simples dans (33%) des cas et compliquées dans (20%) des cas. La suppuration pariétale a été la complication la plus courante (55%), suivie de l'hémorragie (30%), 2 cas de lésion vésicale (10%), toutes ces patientes ont fait plus de 10 jours, d'hospitalisation.

Malgré la faible fréquence de cette intervention, la mortalité maternelle est élevée dans notre série avec 11 décès (20,75%). 9 de nos patientes sont décédées

le même jour et 2 autres dans les 24, 48 heures en postopératoire. L'hémorragie a été le facteur morbide le plus fréquent touchant (45,4%) des survivantes après 48heures, il y a eu 4 cas d'anémie et 2 cas de choc septique.

La plupart de ces patientes ont séjourné dans le service de réanimation, 7 d'entre elles sont décédées dans le dit service.

Le taux de mortalité maternelle est de (29,8%) pour Osefo [6], de (20%) pour Diouf [3], (12,5%) pour Ferchiau et al. [23] et de (11%) pour Muteganya [2]. Elle oscille entre (0,8%) et 16% dans la littérature [24,25]. Elle est surtout liée à l'insuffisance des apports transfusionnels en postopératoire.

Plus de la moitié des enfants étaient des morts- nés (72,5%) soit 29 cas sur 40 grossesses menées à terme.

Le délai d'intervention, mais surtout le retard de diagnostic, contribuent à l'augmentation de ce taux. Les parturientes consultent tardivement et nous parviennent dans un état hémodynamique déjà précaire rendant difficile le sauvetage foetal. Muteganya [2] retrouve 55,5% de mortalité néonatale.

## **VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **A-CONCLUSION :**

L'hystérectomie obstétricale d'urgence demeure une intervention fréquente dans nos pays.

Dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point <<G>>, elle représente 1,33% des interventions chirurgicales d'urgence.

Les premières indications, dans notre étude ont été les ruptures utérines (30,2%) suivies des hémorragies de la délivrance (22,2%), des pelvi-péritonites post avortement (20,9%) et de l'hématome rétro placentaire (19%).

L'hystérectomie d'urgence pose, certes des problèmes du fait de l'aménorrhée précoce et de son corollaire la stérilité définitive mais elle reste le traitement de choix des complications de pathologies énumérées ci-dessus.

Une meilleure sensibilisation des populations sur les avantages des consultations prénatales et une amélioration de la surveillance du travail d'accouchement pourraient aider à réduire cette intervention. Aussi une disponibilité permanente des produits sanguins, des utérotoniques de type prostaglandine ainsi qu'un renforcement des effectifs du personnel sont des conditions nécessaires à l'amélioration du pronostic de cette chirurgie.

## **B-RECOMMANDATIONS :**

Au terme de ce travail nous avons jugé nécessaire d'émettre un certain nombre de suggestions en vue d'améliorer le pronostic et la qualité de l'hystérectomie d'urgence.

### **I- Aux autorités politiques et sanitaires :**

- 1- Promouvoir la référence.
- 2- Le renforcement et la formation continue du personnel sanitaire des structures de référence, et celui des CSCOM.
- 3- L'IEC des communautés dans le but de développer les attitudes et les comportements bénéfiques pour la santé génésique.
- 4- La création d'une banque de sang dans les structures hospitalières afin de réduire le risque de mortalité maternelle
- 5- L'accélération de la mise en route du bloc opératoire de Kati
- 6- La dotation des CHU de matériel pour la ligature des artères utérines

### **II- Aux populations :**

- 1- La régularité des consultations prénatales lors des grossesses et l'accouchement en milieu médical pour la prévention et le traitement des dystocies mécaniques pourvoyeuses de complications graves pouvant imposer une hystérectomie.

### **III- Aux personnels de santé :**

- 1- La promotion d'un suivi de qualité afin de dépister précocement les facteurs de risque.
- 2- L'utilisation systématique du partogramme pour la surveillance du travail d'accouchement.
- 3- L'amélioration de la qualité des dossiers obstétricaux et leur pérennisation.
- 4- La mise en application systématique des expériences acquises au cours des formations des soins obstétricaux d'urgence.
- 5- La réalisation précoce des bilans prénataux.

## **VIII. Bibliographie**

### **1. AKOTIONGO M. et Collaborateurs.**

Les ruptures utérines à la maternité de CHN-YO aspect épidémiologique et clinique.) Med. D'Afrique Noire 1998.45 (8-9) 508-51.

### **2. Bayo A.**

Les ruptures utérines à propos de 58 cas récentes à l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med. Bamako 1991 n °4

**3. Barclay D-L-** caesarean hysterectomy at the charity hospital in New Orleans. Clin obstet gynecol 1969, 12: 635-651.

**4. Bloc M.** Hystérectomies après césarienne: contribution a l'établissement d'un score infectieux. Thèse, Abidjan, 1980,423p.

Thèse Med. D'Abidjan 1986 n° 714.151P.

### **5. Dembélé B.T**

Etude épidémiologique, clinique et pronostique de ruptures utérines au centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako à propos de 114 cas.

Thèse de Med. Bamako 2002. 87 P n° 28

### **6. Diarra O**

Les urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétriques de l'hôpital du Point-G.

These Med. Bamako 2000 n ° 177, 81P

### **7. Diallo A-O**

Contribution a l'étude des hémorragies de la délivrance à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Med. Bamako 1990.n° 38

**8. Dicko; S**

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales à l'hôpital Régional Fousseyni Daou de Kayes. A propos de 160 cas  
Thèse Med. Bamako 2001, n° 101. 65P.

**9. Diouf A. et collaborateurs.**

L'hystérectomie obstétricale d'urgence  
Contraception f fertilité sexualité 1998. 26 (2) 167-172

**10. Dolo A, Keita B, Diakité F.S, Maiga B.**

Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas observés au service de gynéco obstétrique de l'hôpital National du Point-G.  
Med D'Afrique Noire 1991 ; 38(2)= 133-134.

**11. Drabo A.**

Les ruptures utérines à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti : Facteurs influençant pronostic materno fœtal et mesures prophylactiques. A propos de 25 cas  
Thèse Med. Bamako 2000 n° 17. 132P

**12. Fernand DEZH.**

Hémorragies graves en obstétrique : 35ème congrès National d'anesthésie et de réanimation, conférence d'actualisation  
Paris Masson 1993 : 511-529.

**13. Ferchiou M et collaborateurs**

L'éclampsie, une urgence obstétricale toujours d'actualité  
Maghreb médical 1995.

**14. Kamina P.** Dictionnaire d'anatomie (ATLAS) P-Z

**15. Keiti Num S et collaborateurs :**

Urgence obstétricale et la morbidité maternelle sévère  
Paris 25 Mars 1994, colloque National.

**16. Kouma A.**

Les hystérectomies dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point-G à propos de 315 cas  
These Med. Bamako 2000.n ° 98,84p

**17. Lansacs, Plecomte.**

Gynécologie pour le praticien, 4<sup>ème</sup> Edition.

**18. Merger R ET Collaborateurs**

Précis d'obstétrique 6 édition Masson Paris 1995

**19. Merger R, Levy Z, Melchior S.** Intervention par voie haute: Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979-618-27

**20. 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.

**21. Osefo J.** Caesarean and postpartum hysterectomy in Enugn, 1973-1986. In J Gynécol. Obst 1989; 30: 93-7.

**22. Raby C.** Coagulation intra vasculaires disséminées et localisées. Paris : Masson. 1970

**23. Rouvier H.**

Anatomie Humaine. Description topographique et fonctionnelle Tome2.

**24. Stanco L M, Shimmer DB, Paul RH, Michel DR.**

Emergency péripartum hysterectomy and associated Risk factors. Amr S Obstet Gynécol. 1996; 168: 879-83à-côté.

**25. Thonet RGN.** Obstetric hysterectomy. An 11years experience. BrJ Obstet Gynécol. 1986 ; 93 : 794-8 ;

**26. Villet R et Salet L.**

Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes)

Encycl.Méd chirurgie (Paris France) Techniques chirurgicales urologie.  
Gynécologie 41.600.1995, 16P.

### FICHE SIGNALITIQUE

**Nom** : KEITA

**Prénom**: Mariam Niarga

**Titre de thèse** : Les Hystérectomies d'urgence dans le service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U du Point-G.

**Année universitaire** : 2008 -2009

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : MALI (Sébénikoro à Bamako)    **Rue** : 413    **Porte** : 76

**Tel.** : 76 48 99 47 ou 76 38 91 69

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie Obstétrique.

### RESUME

Notre étude est rétro et prospective couvrant une période de **3** ans, allant du **7 Mars 2005** au **28 Février 2008** où **53** cas d'hystérectomie d'urgence ont été colligés. Elle vise à Etudier les aspects épidémio -clinique et thérapeutique de l'hystérectomie d'urgence dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point G.

La fréquence de l'hystérectomie d'urgence durant la période d'étude est de :

► **1, 33%** par rapport au nombre d'interventions d'urgence réalisées dans le service;

La tranche d'âge **20-34** ans soit **54,70%** a été la plus touchée.

L'âge moyen est **29** ans avec des extrêmes de **13** et **45** ans.

L'antibiothérapie a été effectuée dans **100%** des cas.

La rupture utérine à été l'indication la plus marquée avec une fréquence de **30,2%**.

Les patientes avaient une durée moyenne d'hospitalisation de **8- 13** jours. Le taux de décès est de **20,7% (11 cas)**.

L'irrégularité dans le suivi de la grossesse,le retard dans la prise en charge, ont été les principaux problèmes rencontrés au cours de cette étude. L'hystérectomie d'urgence demeure un problème de santé publique dans les pays en développement, dont le nôtre où les centres spécialisés dans la prise en charge ne sont pas très accessibles. Nous estimons que la réduction du taux de cette intervention passe nécessairement par la prise en charge systématique et précoce des patientes et l'amélioration du système de référence évacuation.

**Mots clés : Hystérectomie – Rupture utérine - C.H.U du Point-G – Bamako.**

**FICHE DE RECRUTEMENT (HNPG)**

**HYSTERECTOMIES D'URGENCE SERVICE GYNECO-OBSTETRIQUES (HNPG)**

**I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE**

Q1. Localité.....

Q2. Dossier n° : .....

Q3. Date d'entrée...../...../..... heure : .....

Q4. Nom et prénoms.....

Q5. Age .....

Q6. Ethnie : .....

Q7. Adresse (domicile /résidence) .....

Q8. Statut matrimonial : .....

1) Mariée.....

2) Célibataire.....

3) Divorcée.....

4) Veuve .....

Q9. Niveau d'instruction : .....

1) Analphabète.....

2) Primaire.....

3) Secondaire.....

4) Supérieur.....

Q10. Profession : .....

1) Sans profession .....

2) Elève ou étudiante.....

3) Salariée.....

4) Commerçante.....

5) Autres.....

Si autre, préciser.....

Q11. Procréateur :

1) Age : .....

- 2) Adresse : .....
- 3) Profession : .....
- 4) Niveau d'instruction : .....
- 5)

## II. ADMISSION :

Q12. Mode d'admission : .....

- 1) évacuée
- 2) referée
- 3) venue d'elle-même

Q13. Motif d'admission : .....

## III. ANTECEDANTS

Q14. MEDICAUX :

1) FAMILIAUX :

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| a) Gémellité | d) Drépanocytose |
| b) HTA       | e) Autre         |
| c) Diabète   | f) Aucun         |

Si autre, préciser .....

2) PERSONNELS :

- |            |                  |
|------------|------------------|
| a) HTA     | d) Drépanocytose |
| b) Asthme  | e) Aucun         |
| c) Diabète | f) Autre         |

Si autre, préciser.....

Q15. CHIRURGICAUX : .....

Q16. GYNECOLOGIQUES :

- |                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| a) Fibrome                 | d) Salpingectomie  |
| b) fistule vésico vaginale | e) Plastie tubaire |
| c) Périnéorraphie          | f) Autre           |
| g) Aucun                   |                    |

Si autre, préciser.....

Q17. OBSTETRICAUX :

- |            |           |
|------------|-----------|
| a) Gestité | b) Parité |
|------------|-----------|



e) césarienne pour rupture utérine

A). Enfant : Nombre Vivant Décède Apgar à 1mn  
A 5mn Réanime : Oui Non Référé

### V. Indication

Q31. Indication de l'hystérectomie :

- a) Hémorragie par rétention placentaire (acreta ou percreta increta)
- b) Hémorragie par coagulopathie lié a l'HRP
- c) Hémorragie par coagulopathie lié a la rétention du fœtus mort
- d) Hémorragie par coagulopathie lié a la perforation utérine post abortum
- e) Hémorragie par coagulopathie lié a la perforation utérine post molaire
- f) Infection post abortum
- g) Autres à préciser-----  
-----

Q32. Type d'hystérectomie

- a) Hystérectomie subtotale interannexielle
- b) Hystérectomie totale interannexielle
- c) Hystérectomie subtotale avec annexectomie
- d) Hystérectomie totale avec annexectomie annexielle

Q33. Type d'anesthésie

- a) AG
- b) Rachis anesthésie
- c) Anesthésie péridurale
- d) Rachis anesthésie seul échec complété par AG
- e) Anesthésie péridurale seule complétée par AG

Q34. Qualification de l'opérateur

- a) Gynéco obstétricien
- b) Médecin généraliste
- c) Chirurgien
- d) CES

Q35. Qualification de l'anesthésiste

- a) Assistant médical
- b) Médecin anesthésiste réanimateur
- c) Technicien supérieur de santé



Q40. DUREE D'HOSPITALISATION : .....

**1- Le coût des hospitalisations**

1<sup>ère</sup> Catégorie 30 000 F CFA

2<sup>ème</sup> Catégorie 20 000 F CFA

3<sup>ème</sup> Catégorie 10 000 F CFA

**2- Le coût de l'acte : 20 000 FCFA**

**3- Le coût de l'anesthésie : 20 000 F CFA**

**4- Ordonnance médicale pour une hystérectomie :**

<b>Produits</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix</b>
Sérum glucosé 500	2	900F CFA
Sérum salé 500	6	2700F CFA
Ringer lactée	2	900F CFA
Perfuseur	1	175F CFA
Catheter 20 G ou 18	2	500F CFA
Transfuseur	1	700F CFA
Sparadrap	1m	400F CFA
Betadine solution	2	1600F CFA
Lame de bistouri	1	100F CFA
Solumédrol	2	3400F CFA
Compresse	6	6000F CFA
Ceftriaxone	6	9000F CFA
Gants stériles	3	1200F CFA
Perfalgan	2	5000F CFA
Poche à urine	1	500F CFA
Sonde de foley 18 ou 16	1	685F CFA
Thermomètre	1	600F CFA
Vicryl serti 2/0	2	4500F CFA
Vicryl serti 0	4	9480F CFA
Vicryl serti 1	4	9580F CFA
Seringue 10cc	8	400F CFA
Amoxicilline 500mg	2	700F CFA
Fer	3	495F CFA
<b>Total</b>		<b>59265</b>

## 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !